

Paul Bossyns, Fabienne Ladrière, Valéry Ridde

*Une assurance maladie à grande échelle pour le
secteur informel en Afrique subsaharienne
Six ans d'expérience au Sénégal rural
2012 – 2017*

Studies in Health Services Organisation & Policy, 34, 2018



Studies in Health Services Organization & Policy, 34, 2018
Series editors: W. Van Damme, B. Criel, B. Marchal
©ITGPress, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerp, Belgium.
E-mail: rverlinden@itg.be

Paul Bossyns, Fabienne Ladrière, Valéry Ridde

*Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique
subsaharienne
Six ans d'expérience au Sénégal rural
2012 – 2017*

*Published in partnership with Enabel, the Belgian development agency
enabel.be*



*D/2018/0450/1
ISBN 9789076070469
EAN 9789076070469*

*Une assurance maladie à grande
échelle pour le secteur informel en
Afrique subsaharienne
Six ans d'expérience au Sénégal
rural
2012 - 2017*

Paul Bossyns, Fabienne Ladrière, Valéry Ridde

Studies in Health Services Organization & Policy, 34, 2018

Table des Matières

ABBREVIATIONS	7
INTRODUCTION.....	9
EXECUTIVE SUMMARY.....	13
Introduction	14
Modelling	15
Health service organisation in Senegal	18
Commercialisation of health care.....	18
Fragmented financing	19
Absence of a uniform management system	19
Drug shortages.....	19
Absence of a transparent and uniform fee-paying system.....	20
Restricted package of care at health centre (district hospital) level .	20
Introducing an inclusive flat-fee payment system	20
Impact on quality of care	21
Impact on drug availability.....	22
Acceptability for the people	23
Acceptability for the health care workers	23
Preparing for a health insurance scheme.....	24
Introducing large-scale health insurance through departmental units .	24
Intervention areas.....	25
Hypothetical mandate of the DHIU.....	27
After two years of implementation	27
Assuring quality care	33
Neglected disease areas.....	33
Decentralisation of surgery services	35
Evacuation system.....	35
Other initiatives concerning the quality of care.....	36
Conclusion	37
Health insurance as a counterforce of health facilities	37
Governance as the ultimate condition for success	40
With poor governance culture impossible to put up performant systems	40
Political economy dynamics in a complex environment.....	40
Concrete mitigating measures in the pilot areas	41

Introduce accounting capacity at facility and district level	41
General conclusions	43
Discussions on the models introduced.....	43
Reversed delegation strategy.....	43
Effects of previous political choices	44
Strategic determinants	45
1. UN PROJET DE DEVELOPPEMENT : LA RECHERCHE-ACTION POUR MIEUX COMPRENDRE ET MIEUX AGIR	47
1.1 Conclusion : un vieux monsieur avec un nouveau chapeau ou un « general check-up » ?.....	53
2. L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE POUR LE SECTEUR INFORMEL AU SENEGAL	55
2.1 Accès financier aux soins de santé.....	55
2.2 Mutuelles et assurances de santé	59
2.3 Le système de santé du Sénégal en 2012.....	63
2.4 Le modèle « Mutuelle à base communautaire ».....	65
2.5 Le financement et l'accessibilité financière du système de santé au Sénégal à partir de 2012.....	66
2.6 Le modèle proposé initialement en 2012	70
2.7 Les évolutions du modèle initial	74
2.8 Conclusion : un modèle évolutif dans le cadre d'une importante réforme du système de santé	77
3. CREER LES CONDITIONS DE REUSSITE	79
3.1 La commercialisation des soins	79
3.1.1 La commercialisation des soins au Sénégal	82
3.1.2 La relation entre marchandisation des soins et l'AM	84
3.2 La disponibilité des médicaments	84
3.3 La fragmentation du système de financement	85
3.4 Le dogmatisme du modèle UEMOA.....	87
3.5 L'adhésion volontaire	87
3.6 Un faible plateau technique et une qualité de soins sous-optimale	88
3.7 Manque de transparence dans la gestion des services.....	88
3.8 Le faible niveau de digitalisation.....	89
3.9 Conclusion : s'attaquer à des facteurs importants du contexte pour un changement durable.....	89

4.	PROTEGER L'AM CONTRE L'EVENTUEL ALEA MORAL.....	91
4.1	Les raisons de la tarification forfaitaire subventionnée : réponse partielle à la commercialisation des soins	94
4.1.1	La tarification forfaitaire subventionnée (TFS).....	95
4.1.2	La TFS comme partie intégrante d'un système de financement stratégique	98
4.2	Déterminer un « tarif forfaitaire » : les principes.....	99
4.2.1	Les calculs du « forfait »	100
4.2.2	Le facteur « Efficience des soins et des services ».....	103
4.3	La TFS « pilotée » au Sénégal	104
4.3.1	Description du système introduit	104
4.4	Répercussions de l'introduction d'une TFS sur le système de santé au Sénégal.....	111
4.4.1	La TF et la CPN et la prise en charge du paludisme.....	112
4.4.2	La TF et l'utilisation de la PF.....	115
4.4.3	TF et système de référence	117
4.4.4	TF et disponibilité des médicaments.....	119
4.5	Acceptabilité de la TF	121
4.5.1	Acceptabilité par les utilisateurs et les représentants de la population.....	122
4.5.2	Acceptabilité par les prestataires.....	123
4.6	TF comme facilitation de l'AMU	124
4.7	Conclusion : pas de réforme du système de financement sans discussion sur le système de tarification.....	124
5.	LA PROTECTION SOCIALE SANTE DANS LE SECTEUR INFORMEL AU SENEGAL	127
5.1	Introduction	127
5.2	Présentation des départements pilotes	129
5.3	Le mandat (hypothétique) de l'UDAM	130
5.4	Le personnel de l'UDAM.....	132
5.4.1	La charge de travail conjoncturelle.....	132
5.4.2	La contribution - rôle du projet.....	133
5.5	Le fonctionnement des UDAM pilotes : Koungeul et Foundiougne	134
5.5.1	Le taux de pénétration	134
5.5.2	Répartition par type d'adhésion	137
5.5.3	Le niveau d'utilisation.....	138
5.6	L'analyse financière d'une AM.....	140

5.7	Estimation de la viabilité financière des UDAM dans le contexte du Sénégal.....	142
5.8	Taux de prise en charge	147
5.9	Sinistralité	149
5.10	Portabilité	151
5.11	Fidélisation – recouvrement des cotisations	152
5.12	L’automatisation de l’UDAM.....	153
5.13	Les conclusions de cette section	153
6.	ASSURANCE DE LA QUALITE DES SOINS ET DES SERVICES.....	157
6.1	Introduction.....	157
6.1.1	Le concept.....	157
6.1.2	La qualité des soins en Afrique subsaharienne	159
6.1.3	La qualité des soins au Sénégal	159
6.1.4	Pourquoi intervenir au niveau de la qualité dans le contexte de l’intervention PAODES ?.....	159
6.2	Stratégies de renforcement de la qualité des soins en Afrique subsaharienne et au Sénégal.....	160
6.2.1	L’accessibilité des soins	160
6.2.2	Des soins centrés sur le patient.....	161
6.2.3	L’efficacité des soins	162
6.2.4	L’efficience des soins	163
6.2.5	L’équité des soins	163
6.2.6	La sécurité des soins	164
6.3	Actions concrètes sur la qualité des soins par le PAODES	165
6.3.1	Maladies chroniques.....	167
6.3.2	Santé mentale	167
6.3.3	Soins buccodentaires et ophtalmologiques	167
6.3.4	Santé de la reproduction (SR).....	169
6.3.5	La décentralisation de la chirurgie de district et la transfusion sanguine.....	170
6.3.6	Le service d’évacuation.....	171
6.3.7	L’imagerie	175
6.4	Les conclusions de cette section	176
7.	L’ASSURANCE MALADIE COMME CONTREPOUVOIR A L’OFFRE DE SOINS	177
7.1	Concept et bref historique.....	177
7.2	Le modèle de la PC dans le système de santé local au Sénégal ...	181

7.3	Modèle de la PC dans le cadre des mutuelles à base communautaire (modèle UEMOA).....	184
7.4	L'importance de la participation communautaire dans le cadre de l'AMU	186
7.5	Organisation de la participation communautaire proposée par le modèle UDAM.....	187
7.6	Évolutions et observations opérationnelles.....	188
7.6.1	L'implication et le rôle des maires, des présidents des conseils départementaux et des chefs coutumiers	189
7.6.2	Les réformes au niveau des districts sanitaires	191
7.6.3	Le contrôle démocratique sur les UDAM.....	191
7.6.4	L'appréciation de la transparence et la volonté de payer.....	192
7.7	La mobilisation sociale	193
7.7.1	Stratégies de communication autour de l'AMU	193
7.7.2	Modulation de la cotisation volontaire pour tendre vers l'AMU à vocation obligatoire.....	193
7.7.3	Gestion de l'indigence	199
7.8	Les conclusions de cette section.....	200
8.	GOVERNANCE : LE FACTEUR DETERMINANT ULTIME	203
8.1	Gouvernance : une brève définition	203
8.2	Une analyse des parties prenantes ou d'économie politique	204
8.2.1	Le Ministère de la Santé (MSAS).....	205
8.2.2	Le Président de la Nation	208
8.2.3	Le Ministère des Finances.....	209
8.2.4	Les UDAM et leur personnel	209
8.2.5	L'assistance technique nationale et internationale de l'intervention	210
8.2.6	Le système local de santé.....	210
8.2.7	Les autorités locales.....	211
8.2.8	Les autres bailleurs et leurs organes d'exécution	211
8.2.9	La faculté de médecine.....	212
8.2.10	Les mutuelles à base communautaire (MBC) existantes.....	213
8.2.11	Les ONG d'appui aux MBC.....	213
8.2.12	L'UEMOA.....	214
8.2.13	Résumé de l'analyse « économie politique ».....	214
8.3	État des lieux par rapport à la gouvernance du secteur de la santé au Sénégal.....	216
8.4	Domaines d'influence sur la gouvernance par le programme ...	221

8.4.1 Responsabilisation des districts sanitaires et des prestataires de soins.....	221
8.4.2 Comptabilité analytique et intégrée.....	222
8.4.3 Plans de développement et investissements locaux.....	222
8.4.4 Système de tarification rationalisée et transparente.....	222
8.4.5 Gestion des médicaments	223
8.5 Les conclusions de cette section	224
9. CONCLUSIONS : UN DEBAT SUR DIFFERENTS MODELES AU SERVICE DU DEVELOPPEMENT DE LA CUS.....	227
9.1 Introduction.....	227
9.2 L'approche systémique inévitable	227
9.3 Discussions sur les modèles.....	228
9.4 Les effets des choix politiques antérieurs.....	231
9.5 Les éléments d'une évaluation réaliste	234
9.6 Les « déterminants stratégiques » de changement	235
9.7 Les « mécanismes sociaux » de changement	239
9.8 Défis pour le futur.....	243
10. REFERENCES.....	245

Abréviations

AM : Assurance Maladie
AQ : Assurance Qualité
BTC : Belgian Development Agency
CACMU : Cellule d'Appui à la CMU
CL : Collectivités locales
CMU : Couverture Maladie Universelle
DC : Directeur du Cabinet
CS : Centre de santé
DPRS : Direction Planification, Recherche et Statistiques
DRS : Direction régionale de la santé
DS : District de santé
EMP : Évaluation à mi-parcours
EST : Expertise sectorielle et thématique
IPM : Institution de prévoyance médicale
GAR : Gestion axée sur les résultats
MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action sociale
MEF : Ministère de l'Économie et des Finances
OPS : Opérations
PAGOSAN : Programme d'appui à la gouvernance sanitaire
PAMAS : Programme d'appui à la micro-assurance santé
PAREE : Programme d'appui à la réalisation d'études et d'expertise
PAODES : Programme d'appui à l'offre et à la demande de soins
PS : Poste de santé
PTA : Plan de travail annuel
RM : Région médicale
SG : Secrétaire général
SIG : Système informatisé de gestion
TFS : Tarification forfaitaire subsidiée
UDAM : Unité Départementale d'Assurance Maladie

Introduction

Ce livre est le résultat d'une capitalisation des expériences du Projet d'appui à l'offre et à la demande en santé au Sénégal (PAODES) dans le cadre de la coopération au développement belgo-sénégalaise de 2012 à 2017, pour un montant total de 17 millions d'euros.

L'objectif du projet était d'accompagner le Ministère dans ses efforts de réformes, particulièrement au niveau du financement des soins à travers la mise en place d'un système assurantiel et d'une rationalisation des soins primaires (postes de santé et premier niveau de référence, centres de santé) du système local de santé (district sanitaire).

S'inscrire dans l'innovation sectorielle signifie que l'intervention se trouve dans un contexte d'incertitude et d'apprentissage. Elle avait comme objectif ultime d'offrir au Ministère un modèle expérimenté durant suffisamment de temps et à une échelle suffisamment large pour qu'il lui permette d'en tirer des leçons pour l'élargir ultérieurement ou le mettre à disposition à une plus large échelle.

Cet exercice est une capitalisation des expériences, basée sur des données probantes, tant qualitatives que quantitatives, accumulées à travers le suivi des processus initiés et des résultats atteints. Dans les conditions opérationnelles réelles à grande échelle, le suivi ne s'est évidemment pas déroulé sans problèmes. Ainsi, pendant plusieurs années, les formations sanitaires ont arrêté de fournir les informations sanitaires pour des raisons de revendications syndicales.

Le projet a eu recours à une approche systémique. Il était prévisible que l'introduction d'une Assurance Maladie (AM) à grande échelle influencerait nécessairement toutes les autres composantes du système de santé. Une nouvelle conception de la demande aurait des répercussions sur l'offre. Il fallait maîtriser, voire gérer, ces répercussions afin d'éviter qu'elles ne deviennent un frein (la résistance au changement de tout système) aux évolutions positives escomptées. Intervenir de façon complémentaire au niveau de l'offre, tout comme à celui de la demande, devenait ainsi une obligation et une condition de succès et de pérennité. Si l'offre ne suit pas, les changements au niveau de la demande ne pourront pas se poursuivre avec la seule force endogène du système, ce qui rendrait permanent le besoin d'appui externe au système. Ainsi, le terme « système » utilisé dans ce travail réfère toujours au système de santé dans son ensemble, incluant en même

temps « l'offre » (les services) et la demande (population, patients, système de financement – assurance maladie).

L'ambition de ce document dépasse largement le projet et/ou le Sénégal. Les auteurs estiment que le travail réalisé dans le cadre de l'intervention se situe à un niveau conceptuel suffisamment important pour le partager avec la communauté de santé publique (scientifique et intervenants) et avec les pays de la sous-région et l'UEMOA qui, tous, réfléchissent à l'accessibilité financière des services de soins, l'assurance maladie et la qualité des soins.

Le rapport illustre également le concept de « financement stratégique », démontrant qu'une assurance maladie à large échelle n'est pas seulement un moyen pour financer les soins, mais peut également influencer le système dans son ensemble. Elle stimule, par exemple, le respect du système de référence et des droits du patient, permet une meilleure coordination et un meilleur alignement des partenaires au développement, crée de la transparence dans la gestion (comptabilité, plans de développement et d'investissement des formations sanitaires, régulation de la tarification des actes) ou encore favorise l'autonomisation des structures sanitaires dans plusieurs aspects de management.

Finalement, cette expérience démontre comment la participation communautaire dans un système local de santé peut être revue en profondeur. Entre une participation communautaire (PC) naïve classique, où les postes de santé regroupent les populations dans des comités avec lesquels ils partagent l'information, le pouvoir de gestion et de décision, et une participation communautaire trop ambitieuse, où les communautés doivent s'organiser en mutuelle locale et prendre leur destinée en main, mais sont confrontées à des contraintes majeures qui leur échappent techniquement (compréhension) comme socialement (distribution du pouvoir dans la société) se trouve une participation communautaire alternative. Il s'agit d'une PC accompagnée par une assurance maladie professionnelle, autonome du système de soins, et par les élus locaux qui défendent en principe les droits de leurs électeurs. Cette dernière option offre à la population un pouvoir politique, démocratique et technique. Le pouvoir technique lui est fourni par l'AM qui lui garantit la maîtrise de la technicité et donc le réalisme des revendications éventuelles (chapitre 7). Des extraits d'une lettre récente rédigée par le directeur d'une Unité Départementale d'Assurance Maladie (UDAM) et adressée à un médecin-chef de district illustrent parfaitement le potentiel créé avec les UDAM professionnelles. Cette lettre démontre la force technique de l'UDAM, mais aussi ses forces et

potentiels en matière de protection sociale et protection des droits du patient ainsi que son contre-pouvoir social par rapport à l'offre de soins.

L'expérience du projet PAODES n'est évidemment pas finalisée. Cinq ans ne suffisent dans aucun pays pour instaurer définitivement et pour l'ensemble du pays une assurance maladie universelle. Nous estimons néanmoins que l'approche innovante pilotée par le projet a suffisamment mûri pour démontrer ce potentiel multidimensionnel qui aidera le Sénégal, et d'autres pays, à affiner sa politique sanitaire et son approche assurantielle.

Il nous reste à remercier tous les acteurs, de près ou de loin, qui ont participé à ce processus intellectuel et opérationnel, particulièrement Mme la Ministre de la Santé publique et le Ministère de la Santé et de l'Action sociale ainsi que l'Agence de Couverture Maladie Universelle en particulier, les responsables et le personnel de santé local dans les districts sanitaires ciblés, le personnel du projet et finalement son Excellence, le Président de la République pour avoir mobilisé tant de ressources financières additionnelles permettant la mise en place du système assurantiel dans le pays. Cet ouvrage a été rédigé et coordonné par ses trois auteurs principaux et son contenu provient en partie d'un processus de capitalisation des expériences réalisées par l'ensemble des acteurs concernés par le projet et dont les noms principaux sont présentés plus bas pour les chapitres appropriés. Nous remercions les consultants qui ont soutenu cette capitalisation appuyée par l'Unité de santé internationale (USI) de l'Université de Montréal (Lucien Albert, Philippe Vinard, Fatouma Hane, Adama Faye) ainsi que les trois stagiaires de l'école de santé publique de l'Université de Montréal (Lola Traverson, Oumou Anne, Fatema Nouroudine Hassanaly) pour leurs contributions importantes à la revue de la littérature qui a permis de créer le lien entre les observations de terrain, la capitalisation des expériences et l'état des lieux scientifique actuel. La Dre Stéphanie Stasse, AT au début du projet et qui a initié la tarification forfaitaire et le Dr Vincent Vercruysse, Coordinateur du programme et gestionnaire du dialogue entre le projet et les autorités nationales, méritent d'être cités tout spécialement pour leur contribution au processus de mise en œuvre du projet.

Executive summary

*Large-scale health insurance for the informal sector in Sub-Saharan Africa
Six years field experience on creating a large scale health insurance in rural Senegal*

From 2012 to 2017, the Belgian governmental cooperation and the Senegalese authorities implemented a € 17 million project to support offer and demand of health services aimed at organising health insurance for the rural poor ('PAODES'). The purpose of the project was to develop a sustainable approach to bring health insurance to rural communities in Senegal.

PAODES accompanied the Health Ministry in its endeavours to reform the financing structures of health care, by installing a health insurance system and by rationalising basic health care services at local and district level.

Ultimately, the project's ambition was to offer the Health Ministry a health insurance model for the rural poor that had been tested long enough on a large enough scale so as to draw lessons from it with a view to scaling the model up. PAODES intervened in four health districts: Kounghoul (Department of Kounghoul), Foundiougne, Passy and Sokone (Department of Foundiougne), totalling 480,000 people.

Results obtained

- Health insurance coverage rate after two years: 64% (more than 300,000 people).
- The health insurance scheme was financially viable at 30% coverage.
- Utilisation of primary care up from 0.6 to 1.2 consultations per person per year (insured people).

Takeaways

- Large-scale health insurance for the informal sector can be efficient if it is operated by professional teams, if it is significantly subsidised by government so as to allow poor people to adhere, and if it is embedded in a nation-wide institution with a public purpose.
- The credibility of a health system depends on the quality of care and the packages of care offered. Health insurance is not just an additional initiative to existing care systems; it should be an

opportunity to look into the quality of care and the actual package offered to the population. It should also be an opportunity to rationalise existing services where needed.

- Governance determines all systems. Large-scale health insurance cannot exist and function without the government addressing at least technical and procedural matters with regard to governance (e.g. a uniform and government-regulated fee-paying system for the country, a digitalised accounting system for all health facilities and districts).
- An inclusive flat fee-paying system will protect health insurance schemes against ever increasing invoices as a result of medicalisation of patients and commercialisation of health care. The introduction of a flat fee-paying system, in isolation, does not affect quality of care. Quality of care is multidimensional and complex, and the reaction of users is never immediate.
- Scaling up community-based health insurance by merely creating community unions at a higher level is not a real option, because such a scale requires professional teams and a complex (financial) management system.

Introduction

The Belgian cooperation had more than ten years' experience in the Senegalese health sector, including health service financing, health insurance and health service organisation.

PAODES wanted to test a new health insurance approach, half-way between an experiment and the official Senegalese health policy. Despite some opposition of individuals who wanted to implement national policy without interpretation, the Senegalese authorities were prepared to allow a great deal of intellectual freedom to the project.

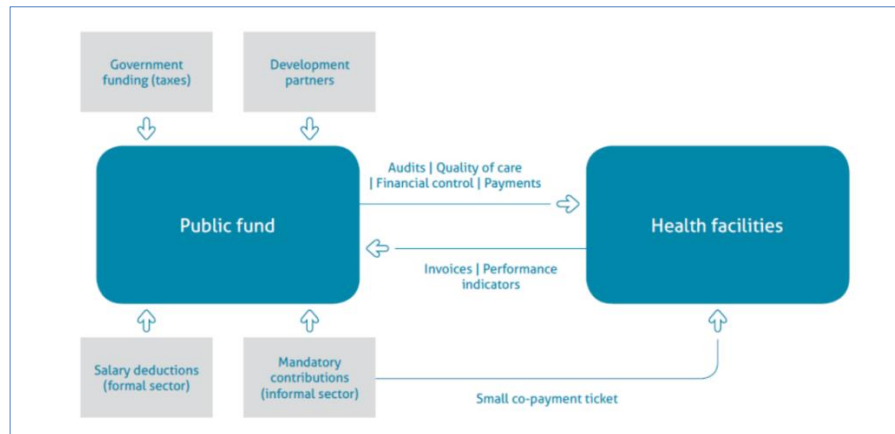
Social change being a very complex process, PAODES considered the health system at large, and not only the insurance aspects. People will only take a health insurance if the health services provided are of good quality. The project therefore intervened simultaneously on the offer and the demand side of the local health system (Figure 1).

Figure 1 : PAODES simultaneously tackled different aspects in the health care system



Modelling

Figure 2 : General health insurance model



Literature confirms that for health insurance to be sustainable, effective and equitable, it should be a public (oriented) organisation, subsidised by government, large-scale (country-wide) and professionalised (Figure 2). Adherence to health insurance should be mandatory in order to avoid adverse selection. This general scheme does not address how to deal with the poorest inhabitants.

Figure 3 : A tiered health insurance articulating with the tiered health service

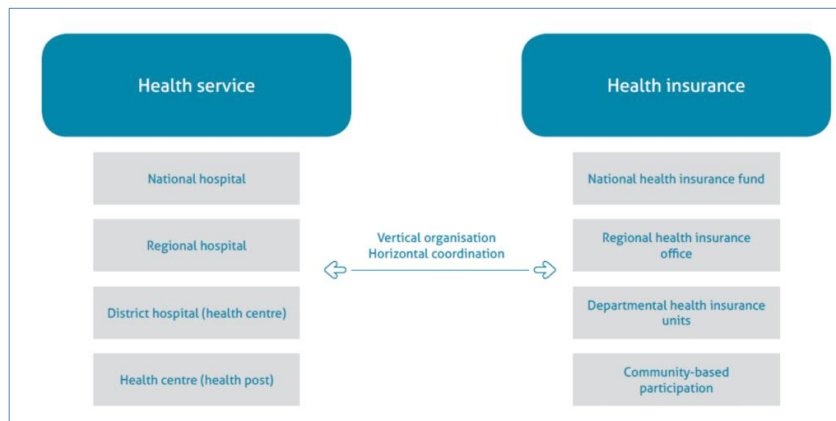
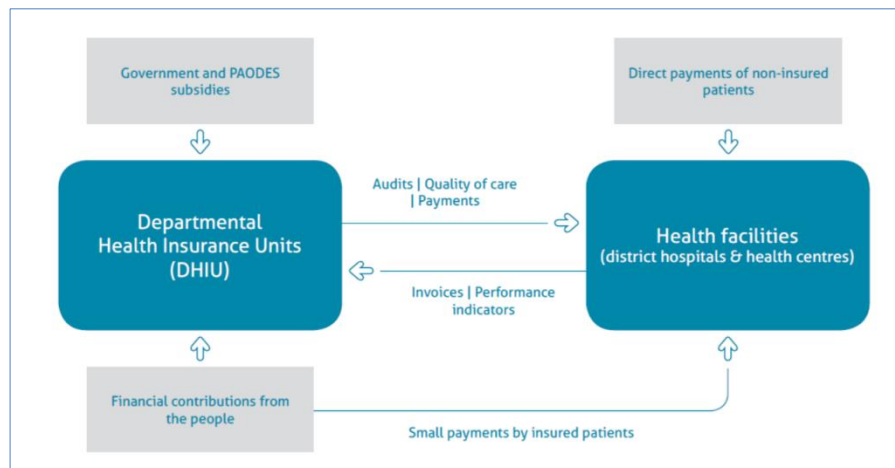


Figure 3 shows how the public fund should be organised in order to create a large-scale and professional, nationwide uniform health insurance. In this model, every level of the health service articulates with an equivalent level of the health insurance. In health insurance, the same logic should apply as the one being used for the health service, where tasks are delegated to the optimal level and a balance is sought between technicity (advantage of scale, division of labour) and proximity (as close to the population as possible). The departmental units were considered as the most decentralised level, where professional staff would be based to run the insurance scheme. Departments in Senegal cover one up to three health districts, but the department level was preferred by Senegalese authorities as it matches the political and administrative division of the country.

PAODES eventually piloted an experience almost exclusively at departmental level (Figure 4).

Figure 4 : PAODES pilot model



The Departmental Health Insurance Units (DHIU) have four or five professional staff, of which the director has a university degree (sociologist, economist). Government subsidies were fixed at 50% of the adherence fees, which were set by government at 15,000 FCFA per adult per year. The DHIU had a private non-profit association, contrary to the theoretical model

The pilot model was a compromise between the best theoretical option and the national policy, which inevitably takes into account political and societal constraints. For example, although mandatory adherence is preferred to avoid adverse selection, the model was based on voluntary adherence in the first place. Senegalese authorities pointed out that it was politically not conceivable at that period in time to make adherence mandatory for the people. Another burden to make adherence mandatory was the fact that quality of care was far from optimal. Although the national authorities had opted for massive subsidies to make health care financially accessible for most of the people, it was not possible to experiment with a public health insurance. PAODES proposed a model that combined elements from a public entity and a private community-based health insurance scheme : large-scale, professionalised, uniform for the entire territory and subsidised with public money.

Health service organisation in Senegal

Public health service in Senegal is organised in a classical and tiered way. The most peripheral level includes a network of health posts (equivalent to WHO health centres in the health district concept), covered at health district level by 'health centres' (the equivalent of district hospitals – DH). All regions have a regional hospital with specialist care. In the capital city, a national referral hospital and university clinics are operating.

In urban environments, private initiatives flourish, but they are poorly coordinated. In semi-urban environments there are many private structures (of doubtful quality), often with semi-qualified personnel only.

Health facilities in Senegal (a low middle-income country) often have relatively better infrastructure and medical equipment as compared to other countries in the region, although resources too often benefit the bigger hospitals. Medical and para-medical staff is generally well-trained and the country has high-level specialists and health managers, but they are concentrated in the major towns. Decentralised facilities are rather underdeveloped.

The major weaknesses in the system that mattered for the success of a health insurance scheme for the country, were identified. PAODES partially addressed these weaknesses in the pilot areas in order to create the conditions for the health insurance to work.

COMMERCIALISATION OF HEALTH CARE

Commercialisation of health care means that health workers and health facilities pay more attention to financial gain than to their public task of offering quality care to patients. The causes behind it are low salaries, poor financial viability of health facilities as a result of too little subsidies, and poor financial transparency accompanied by a significant degree of impunity. As a consequence, health workers are not always motivated to rationalise services or to keep transparent records, be it on clinical or financial aspects.

This situation negatively affects the viability of any health insurance scheme, because in such an environment health insurance becomes just another source for financing, instead of an opportunity to deliver quality care. PAODES took several initiatives to tackle the problem.

FRAGMENTED FINANCING

Health care financing in Senegal is extremely fragmented. Health facilities' revenues come from many different sources: fees paid by patients, health insurance, government subsidies in cash and in kind (drugs), funding from donors (e.g. RBF schemes), free health care policies, etc. Each source has its own administrative and control procedures, making the system complex and heavy. PAODES helped to diagnose the problem and paved the way to rationalise the situation.

ABSENCE OF A UNIFORM MANAGEMENT SYSTEM

Peripheral health facilities, health posts and health centres in Senegal have no official book-keeping system. Facilities and health committees keep paper records, if any at all. They are conceived locally, and so they are different from one facility to another. This informal approach has made it impossible for PAODES to conduct financial audits or to assess whether services are viable or not.

DRUG SHORTAGES

Public health facilities in Senegal often lack basic pharmaceutical products and other consumables. Partly this is due to ineffective and inefficient national policies, which means that individual facilities cannot reverse the situation.

On the other hand, and more importantly, drug shortages in health facilities are also due to inadequate stock management, a lack of cash for stocks replenishment (cash is used to pay local salaries or for salary topping-ups, and poor financial record-keeping makes it impossible to plan replenishments), and because of conflicts of interest. Health facilities are surrounded by private pharmacies, that make financial deals with health workers.

Without the provision of drugs, out-of-pocket payments of patients remain an important source of revenue, and invoices from private pharmacies are impossible to trace. Private pharmacies have no reason to provide cheap generic drugs either.

This situation jeopardises the financial viability of the health insurance schemes. PAODES was able to mitigate the risk through a new fee-paying system (see elsewhere), complementary to health insurance financing.

ABSENCE OF A TRANSPARENT AND UNIFORM FEE-PAYING SYSTEM

Health facilities in Senegal charge their patients per medical act and for individual items. They are quite free to sell drugs and charge consultations and other activities. Generally, the community agrees to the charged fees through decisions of the community health committees.

Such a non-uniform fee-paying system, based on payments per act or item, makes expenses unpredictable, promotes medicalisation and commercialisation of care and makes it almost impossible for health insurance schemes to cover an entire country in a uniform and transparent way.

In its pilot areas, PAODES introduced an 'inclusive' fee-paying system, based on flat fees for disease episodes, including drugs.

RESTRICTED PACKAGE OF CARE AT HEALTH CENTRE (DISTRICT HOSPITAL) LEVEL

The health centre in Senegal is the equivalent of the first referral level in the health district concept and could therefore be compared to the district hospital. The notion of 'district hospital' is largely absent in the Senegalese health system. Health centres are rather medicalised health posts; they provide primary care with a medical doctor in place, but without a strong technical platform. Most health centres do not have an operating theatre, do not perform blood transfusions or C-sections, they do not have an emergency room and many do not have X-ray machines or even ultrasound equipment. They usually operate in more important agglomerations. Real hospital care is almost only provided in regional hospitals.

PAODES invested in strengthening the technical capacity of the health centres in the pilot areas in order to boost their credibility in the eyes of the population. Without such credibility, people will not easily adhere to the health insurance.

Introducing an inclusive flat-fee payment system

The problem of health care commercialisation was highlighted earlier. PAODES negotiated with the health facilities on an alternative and uniform fee-paying system, based on flat rates for disease episodes. A major concern for the health facilities was not to lose income.

This initiative was considered not only as a measure to protect patients from financial hazards or as an attempt to create more transparency in the

care system. It was also an important preliminary condition for health insurance to remain financially viable (instead of being exploited by the care facilities with ever increasing invoices), and easy to manage (predictable invoices and easy verification).

A new fee-paying system should also stimulate respect for the referral system for more efficient use of existing facilities, and should allow for other services such as an evacuation system, to be covered by the health insurance.

The Ministry of Health in Senegal did not really question the existing fee-paying system in the country.

The possible impact of the new fee-paying system on the health facilities was assessed for different aspects.

IMPACT ON QUALITY OF CARE

PAODES assessed the technical quality of care for different diseases in order to check whether the new fee-paying system had any impact. For tuberculosis and non-complicated malaria for instance, quality of care was not influenced, positively or negatively, by the introduction of the new payment system. No negative influence on quality was an important message, because the fee-paying system was not felt as problematic by most health authorities. Opponents to the change claimed that the quality of care would suffer.

There were two exceptions. The quality of severe malaria treatment was positively influenced under the flat-fee system. Thanks to the flat fees, there was less delay between the arrival of the patients and the start of the treatment. Before, under the fee-per-act regime, families of patients often had to go to private pharmacies to buy the individual treatment products, they had to queue for every exam and had to pay every bill before any action on the patient was taken. But other factors, such as a strengthened malaria programme that made drugs more available in the same period, probably explain part of the improvement as well.

Family planning services too saw a sharp increase with the introduction of the flat fees. The increase as such was probably due to the new fee-paying system, but it can only partly be linked to better quality.

At the same time, the new fees were significantly lower for the clients. Moreover, they paid just once and could use the service for four consecutive quarters. This strongly motivated women to return every quarter for a new consultation.

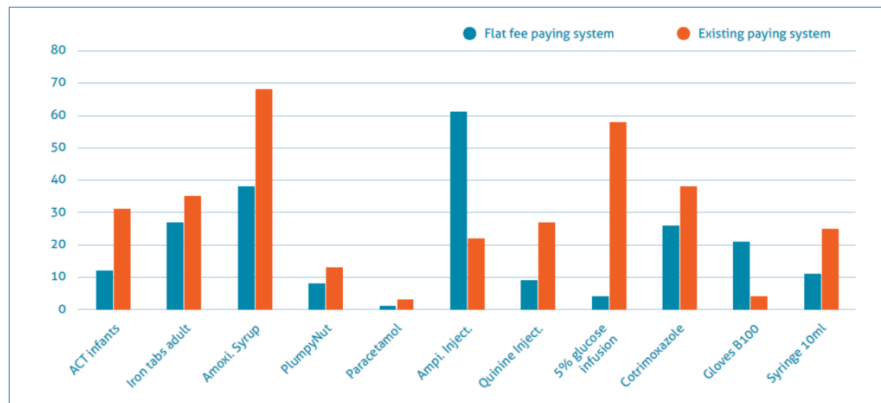
Conclusion

The introduction of an inclusive new fee-paying system (based on flat fees), in isolation, does not affect quality of care. This can be explained by the fact that quality of care is multidimensional and complex, and the reaction of users is never immediate. It was important for PAODES to show to Senegalese health authorities that the new system did not impact negatively on the quality of care.

IMPACT ON DRUG AVAILABILITY

Drugs were more available in areas where the flat fees were introduced, as opposed to similar facilities where the old payment system was maintained (Graph 1). As drugs were included in the fees that patients paid, health staff and local health authorities were motivated to have the drugs readily available at the facility level. Despite the obvious improvement of the situation, drug stock-outs remained unacceptably high. Other factors were at the origin of this observation.

Graph 1 : Number of days of stock-outs for tracer drugs in areas with flat fee (FF) policy and in areas without change in the fee-paying system



Before the new fee-paying system, most patients were sent to private pharmacies and had to pay expensive specialty drugs. Patients were extremely satisfied to be provided the necessary drugs immediately. From a more technical point of view, under the old regime, it was impossible to trace which and how many drugs patients actually bought. Under such circumstances the system could not possibly be responsible for the (technical) quality of care.

Conclusion

If properly motivated and systemic obstacles removed, drug availability in health facilities in Senegal can be improved by merely changing the rules and procedures. In essence it is not a problem of staff capacity nor a problem of drug availability in the country, although the national supply chain was not working optimally yet.

ACCEPTABILITY FOR THE PEOPLE

The Senegalese people were very satisfied with the new fee-paying system. They explicitly appreciated the transparency, the advantage of not having to run back and forth between the health facility and private pharmacies, and they perceived the system as cheaper. PAODES could not confirm this with more precision or objectivity, because the multiple out-of-pocket payments in and outside the health facility under the old regime could not be easily traced.

The population was very aware of the rule that all drugs should be included in the fee they paid. When drugs had run out of stock, they harshly protested.

ACCEPTABILITY FOR THE HEALTH CARE WORKERS

Health care workers too were very satisfied. They confirmed that they were less focused on financial matters now that payments were global and when they had noticed that the number of consultations did not decrease (on the contrary). They did remain concerned about their salary topping-ups, but most of them were reassured by the facts after one year of implementation. However, the reflex of maximising profit by simply increasing the fees per disease episode or to re-introduce fee-for-service charges for particular medical acts (imagery for instance) persisted, partially inspired by personal motivation, partially also by sincere concern not to have sufficient revenue for the health facility.

Resistance against the new regime was higher among health workers than in the general population. This is not surprising knowing that health workers have direct personal financial interests to defend. Lots of debate and analysis was needed for the staff to accept, and this was only possible by subsidising¹

¹ Subsidies were provided by the project, but after the health insurance units became financially autonomous, adapted fees were proposed and at the end, subsidies were only paid through the health insurance scheme, not via donors.

flat rates to that extent that no personal loss was to be expected. It shows that a fee paying system is not a matter of individual facilities or staff members, but rather a policy decision that needs to be managed continuously by national authorities.

PREPARING FOR A HEALTH INSURANCE SCHEME

Changing the fee-paying system from fee-for-service to fees per disease episode or type of condition, including all expenses related to these conditions, should be regarded as an objective in itself, because it makes the system more transparent and efficient if properly managed. But the rationale of a transparent fee-paying system as a precondition for a functional health insurance scheme was equally important in this experience.

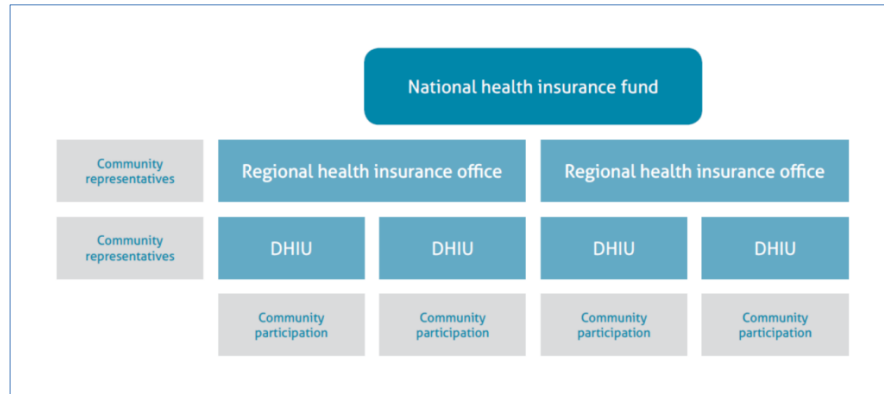
Under a fee-for-service regime, it is a well-known phenomenon that invoiced amounts increase as long as insurance pays for them. The health insurance then generally reacts by reducing reimbursements, making itself ever more irrelevant as a protector against catastrophic health expenditure. Without any reaction, the health insurance may go bankrupt. Flat-fee tariffs make the health facilities responsible for the efficient use of scarce resources. They cannot make patients pay more to cover for inefficiencies.

On the other hand, there is a risk that health facilities would provide too little care or prescribe too little drugs in order to maximise profits. Any financial system has to be properly managed and audited, and personal incentives should be disconnected from direct payments as much as possible.

Introducing large-scale health insurance through departmental units

The core of the PAODES experience was to pilot the Departmental Health Insurance Units (DHIU) for the implementation of health insurance schemes that would meet most of the requirements according to current scientific knowledge. The purpose was to create viable, large-scale and professionalised operational health insurance units that could autonomously manage the operational tasks, such as register new subscribers, manage subsidies, members' contributions and expenses and negotiate and verify contracts with health facilities. These units should be building blocks for a uniform nation-wide health insurance mechanism and institute (Figure 5).

Figure 5 : DHIU building blocks in a national health insurance strategy



A country needs a uniform health insurance scheme for the entire country, in which DHIU are the operational building blocks of the insurance system. The construction is ‘tiered’. Considering the fact that departments can be very different (in terms of inhabitants), it would be possible that in the future more than one unit per department may be considered. Although the DHIU have considerable independence, they are part of a global organisation and they are controlled and supported by a regional level.

INTERVENTION AREAS

Table 1 shows the population and the population density in the health districts of the pilot areas. The districts of Koungeul and Foundiougne were the first to join the DHIU at departmental level (with the same name). Passy and Sokone joined a year later. In total 478,842 inhabitants were covered by the initiative; a number considered sufficient for piloting.

Table 1 : The pilot departments

	Population (2016)	Communes	Surface (km ²)	Population density (inhabitants/km ²)
Department Kounghoul				
HD Kounghoul	170,989	9	4,237	40
Department Foundiougne				
HD Foundiougne	55,852	6	949	59
HD Passy	90,055	5	900	100
HD Sokone	161,946	6	1,068	152
Total	478,842	26	7,154	351

Table 2 presents the health districts in the two pilot departments. In Senegal, 'health centres' are the equivalent of district hospitals in the health district concept, but they do not include operating theatres at that level. The Belgian cooperation lobbied for over a decade to decentralise certain surgical activities. It effectively paved the way by installing operating theatres in several health centres. Health centres have routinely one up to three medical doctors (generalists). Health posts are run by nurses, rarely completed by midwives. Community health units are run by community volunteers and do not provide curative care.

Table 2 : Health facilities concerned with the piloting

Health District (HD)	Health centres with operation theatre	Health posts	Community health units	Medical cabinet	Semi-private and private actors
Kounghoul	1	19	46	1	3
Foundiougne	1	9	12	0	2
Passy	0	12	20	0	4
Sokone	1	17	47	1	6
Total	3	57	125	2	15

HYPOTHETICAL MANDATE OF THE DHIU

The DHIU, as operational units of a national health insurance scheme, have to carry out the following tasks:

- Facilitate the adherence of the population – social mobilisation and information. Electronic registration.
- Receive fees and governmental subsidies. Financial management.
- Manage expenses and recurrent costs. Payment of health facilities' invoices.
- Contracting health facilities.
- Verify invoices. Quality control visits to the facilities (respect of clinical protocols).
- Apply financial penalties when indicated.
- Manage patients' complaints.
- Organise meetings of the statutory organs.

The DHIU also negotiate prices and fees, but this has to be seen as a temporary function. Such negotiations should be organised by the health insurance system, but at national level rather than at local level in view of the desired uniformity.

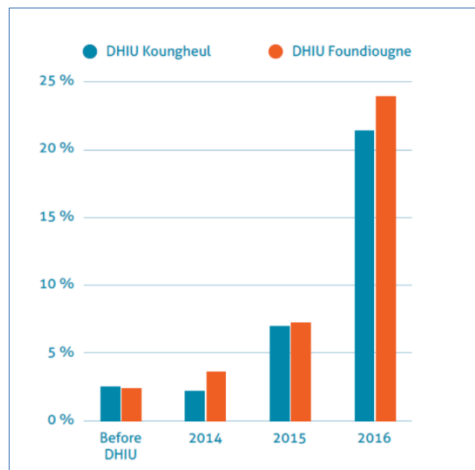
AFTER TWO YEARS OF IMPLEMENTATION

The DHIU were monitored and – after two years – evaluated on different parameters. These parameters form a complex universe of interdependent determinants.

Penetration rate

The penetration rate two years after the creation of the DHIU was 24% (Graph 3). The 2.5% mentioned before the creation was the penetration rate of the then existing community-based health insurance initiatives for a few villages only. In fact, the real level of protection in 2016 was much higher than 24%, because Senegal was also providing financial support to poor families, including adherence fees for the health insurance. Including this complementary activity, the penetration rate was over 64% for the total population. These subsidies were not taken into account for further analysis because they are considered as a parallel system that could stop after a new political decision.

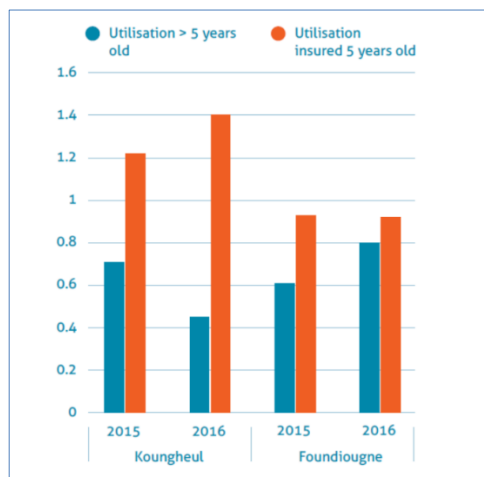
Graph 3 : Evolution of the DHIU penetration rate



Service utilisation

The purpose of health insurance is to provide better financial access to care for the population. Therefore, a priori, the targeted population should make more use of health care services.

Graph 4 : Use of health care services of insured and non-insured population in Kougheul and Foundiougne



In the population above five years old, health care use is significantly higher in the insured population as opposed to the non-insured (Graph 4). Children under five were excluded because they enjoy free health care, whether insured or not. The different evolution in the two departments is mainly due to the low geographical accessibility in Foundiougne.

Financial viability

Assessing the financial viability of health insurance is not easy, because many parameters have to be taken into account. There is the time gap between the adherence and the possible expenses, there is the delay of government subsidies. Viability also depends on the evolution of health care use, on the reimbursement levels, on the weight of the recurrent costs (salaries, fuel...). Financial viability eventually depends on the penetration rate, because the recurrent costs are to a large extent independent from it. The higher the penetration rate, the lower the recurrent costs of the organisation compared to the payment of invoices to the health facilities. Finally, financial viability depends on the package of care for which reimbursements are made.

After two years of functioning and a penetration rate of around 25%, the DHIU were virtually viable: Foundiougne expenses amounted to 93% of its revenues, while Koungeul spent 102% of its revenues. The difference in viability between the two DHIU was to a great extent due to the higher health care use in Koungeul. Taking into account the governmental subsidies for poor families, the penetration rate went up to 65% with hardly an increase of the recurrent costs. The pilot did not take this into account, because the delays for the effective payment of the subsidies by the Senegalese authorities were too big.

With a stable penetration rate of 40 %, the initiative as it was put in place would be financially viable beyond any doubt.

Degree of protection

The degree of protection is the percentage of the invoices that is covered by the health insurance scheme, compared to the total fees to be paid. The difference between the total fees and the reimbursements corresponds with the out-of-pocket payments users still have to make. The degree of protection is an important quality indicator for any health insurance because it represents its core business. If for instance health insurance is reimbursing only 5% of what the patient has to pay, there is hardly any social protection. The number of people protected is a meaningless indicator without mentioning at the same time the degree of protection.

In the pilot areas, at the health post level (most peripheral structure), between 75 and 100% of the charged fees (including all drugs and consumables) were covered by the health insurance. Specifically ambulance services were free for the patient. At the health centre level (district hospital), ambulant and in-patient care were covered between 92 and 95% of the invoices, including all drugs, consumables and diagnostic tests (lab exams, X-rays and ultrasound).

Regional hospital care was hardly covered in the given period, because - amongst other reasons - no transparent fee system could be negotiated. Under such conditions, the DHIU estimated the risk of financial burden too high and preferred not to contract these hospitals yet.

Claims ratio

The claims ratio compares how much of the total income (population contributions and government subsidies) is spent for the effective protection of care users and how much of the budget goes into recurrent costs of the organisation.

Table 3 shows the evolution of the claims ratio. The claims ratio is not very high and the evolution is in opposite direction for the two units. This demonstrates that minor changes in adherence and contracting, but also in payment or subsidy delays, have an influence on the young organisations. As highlighted earlier, if the penetration rate increases, all other factors being stable, recurrent costs decrease relatively and the claims ratio therefore increases.

Table 3 : Claims ratio for the pilot DHIU

	2015	2016
DHIU Foundiougne	34 %	58 %
DHIU Kounghoul	63 %	46 %

The claims ratio is also determined by the protection level (a higher protection level should make the claims ratio go up) and by health care use.

Portability of the health insurance

Typical small-scaled community-based health insurance schemes are defined locally and in general do not contract more than one or two first-line health posts. Adherents cannot use other health facilities beside those contracted. Hospital care is often excluded from the package.

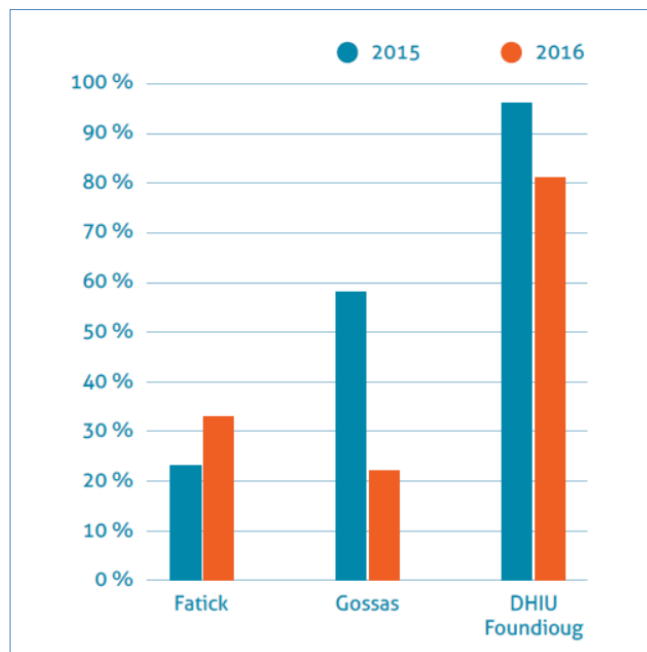
In case of the DHIU, fees were fixed and uniform for the different pilot

departments. Therefore it was easy to allow people to use any of the facilities in the same area. And if in the future the initiative would be extended with a unique fee-paying system for the entire country, the portability would be nation-wide. The population appreciated this aspect very much.

Retention of adherents

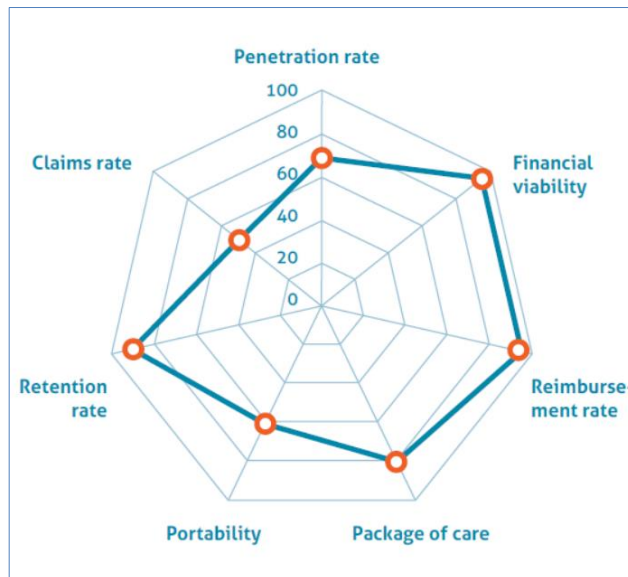
The retention of adherents, defined as the likelihood that adherents continue to pay their contribution after a first experience, was seen as an important indicator to estimate the credibility of the initiative.

Graph 4 : Retention of adherents in the DHIU of Foundiougne compared to two community-based health insurance organisations in the same area



Graph 4 shows the high retention rate of Foundiougne DHIU, compared to the smaller community-based health insurance schemes of Fatick and Gossas. In focus group discussions, the people expressed their enthusiasm for the DHIU. They indeed appreciated the high reimbursement rate, the portability and the fact that the fee-paying system was transparent and ‘all-included’.

Graph 5 : Theoretical example of how a health insurance scheme can be apprehended for several parameters together



Functionality of a health insurance scheme

The above parameters are all interlinked. Each determinant in isolation represents only a small part of reality. It is therefore important, in order to understand, evaluate or eventually to compare a health insurance scheme, to consider all parameters together. This can be represented in a spider diagram as in Graph 5. If the method of measuring and calculating the parameters is uniform, useful comparison between different schemes becomes possible.

Discussion

The model of DHIU has proven to surpass to a large extent certain weaknesses in the design of community-based health insurance.

DHIU, with the level of subsidies provided by the Senegalese authorities, are economically viable for at least primary and secondary health care. If the penetration rate increases further (to 40 or 50 %), tertiary health care can be included without a risk.

Without a uniform and controlled fee-paying system, DHIU cannot contract health facilities that do not operate in full transparency. This cannot

be regulated by individual DHIU; it is a matter for the national level.

The DHIU and the dynamics they provoke, through regulation and control mechanisms, contribute to improved governance of the health facilities.

Particular free health care packages could be integrated into the DHIU. Until now, this is not the case. It does make the system less efficient and, to a certain extent, demotivates people to adhere to the health insurance. Alternative mechanisms or approaches are possible. The potential of DHIU to help defragment health care financing by implementing and integrating free care policies and RBF initiatives, was largely left unexploited by the health authorities.

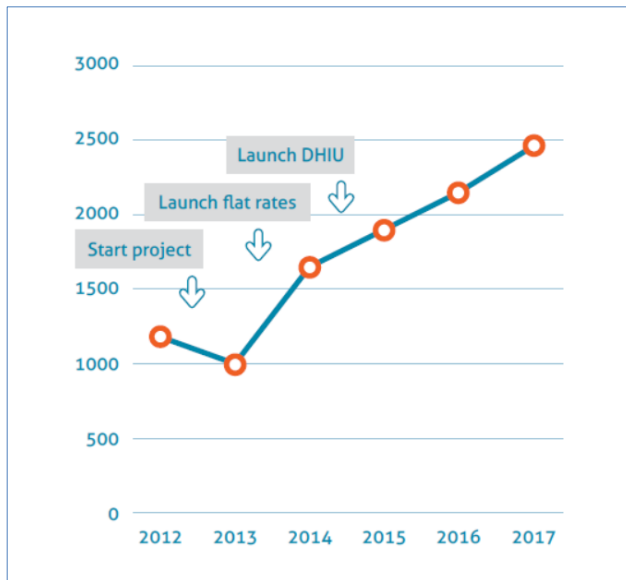
Assuring quality care

Insurance against disease risks does not make sense if the quality of care is not guaranteed, or if the package covered is insignificant. In both situations, universal health care would not be affected by health insurance. PAODES intervened on several aspects of health care delivery and organisation in order to expand the packages of care offered. The purpose of PAODES was to simultaneously address issues at the offer and demand side of the health system.

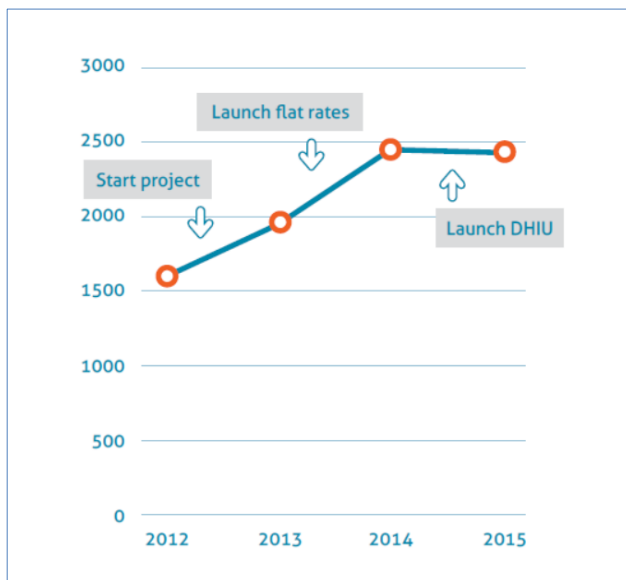
NEGLECTED DISEASE AREAS

PAODES invested in certain areas of curative care for which the local system did not provide much coverage. Dental and ophthalmological care were boosted through the purchase of new equipment and staff training. Combined with the increased financial accessibility, both domains were better covered by the health services (Graph 6 and 7).

Graph 6 : Dental consultations in the intervention districts



Graph 7 : Evolution of ophthalmological consultations



DECENTRALISATION OF SURGERY SERVICES

Health districts in Senegal do not perform basic surgery such as caesarean sections. This partially explains the relatively high maternal mortality and definitely jeopardises financial and geographical access to surgery care. Decentralisation of certain surgical acts has been blocked for a long time, but several district hospitals were equipped with surgical theatres and blood transfusion was provided. Certain districts that fell under the DHIU were actually performing C-sections. Senegal is now seriously considering to change its policy and to allow surgery to be performed by non-specialists.

EVACUATION SYSTEM

Transport and especially emergency transport for patients is very expensive. The cost often exceeds the bill that patients pay for the actual service. Several studies demonstrated that the population was indeed aware and actually concerned about this problem. Ambulance service in Senegal is left to individual health facilities and local committees and district health teams to organise. Official subsidies are low and erratic and concern essentially fuel and vehicle repairs.

The DHIU decided to reimburse the ambulance fees and make them free for the patients, but not without a thorough analysis of the situation.

Table 4 shows this analysis before the decision to reimburse was taken. Because evacuations are a rare event in a society, they may be expensive for an individual patient, but they can be rather easily covered by a health insurance scheme. The table illustrates well how DHIU can organise the analysis to decide to include new items in their package covered. It is noteworthy to mention that the data collection could actually demonstrate that the district had too many ambulances and drivers, at least to just cover evacuations, and that the DHIU were not blindly prepared to cover all the costs of excessive vehicles and drivers. The analysis and contracting negotiations are an opportunity to look into the rational use of scarce resources. At the end, the DHIU decided to reimburse fuel only on an average consumption rate, depending on the average distances between health posts and health centres and average fuel consumption per 100 km. Vehicle maintenance and repairs would be covered by public funds that health facilities receive.

Table 4 : Analysis of the ambulance system before intervention of the DHIU

	Koungheul District	Sokone District
Health posts	18	16
Annual evacuations	435	465
Average distance of evacuation (round trip)	77 km	80 km
Ambulances per district	10	9
Emergency evacuations/person/year	0,29%	0,31%
Ratio evacuations/primary curative consultations	0,39%	0,86%
Emergency evacuations/week	8,4	9
Evacuation/driver/week	0,7	1,3
Annual cost for evacuations (fuel, maintenance and repair 2 vehicles, salary of 3 drivers half-time)	7.799.000 FCFA	8.069.000 FCFA
Average cost/evacuation :	17.929 FCFA	17.353 FCFA
Proportion of annual budget of DHIU to cover the total cost of evacuations for the assured patients	0,9 % (0,0086)	0,9% (0,0088)

OTHER INITIATIVES CONCERNING THE QUALITY OF CARE

Many other initiatives were taken to increase the quality of care. Clinical protocols for chronic diseases were developed with the Ministry of Health, staff was trained in the intervention areas and the DHIU co-financed the care. The initiative was too young to show any macroscopic impact, but DHIU were the only peripheral health insurance schemes in Senegal to actually get involved in chronic diseases coverage.

Initiatives were also taken in the same sense for mental health problems. The protocols were not effectively introduced by the time of this evaluation.

CONCLUSION

The credibility of the health system depends on the quality of care and the packages offered by the services. Health insurance is not just an additional initiative to existing care systems, but it should be on the one hand an opportunity to look into the quality of care and the actual package of care offered to the population. On the other hand, it should be an opportunity to rationalise existing services where needed.

Contrary to PAODES, most donors do not invest simultaneously in offer and demand side, and in our opinion, the Senegalese Ministry of Health had too little critical attention for its own system in place. Health insurance and health care should go hand in hand, and articulate not only on financial matters but also on the quality of clinical care, quality control and health service organisation.

Health insurance as a counterforce of health facilities

Health facilities and their staff have the monopoly towards the population they serve. The population from their side are mostly ignorant about the technical quality of care and about the potential of the services. They therefore live quality of care as a subjective feeling (felt quality), but depend entirely on the health staff for technical quality.

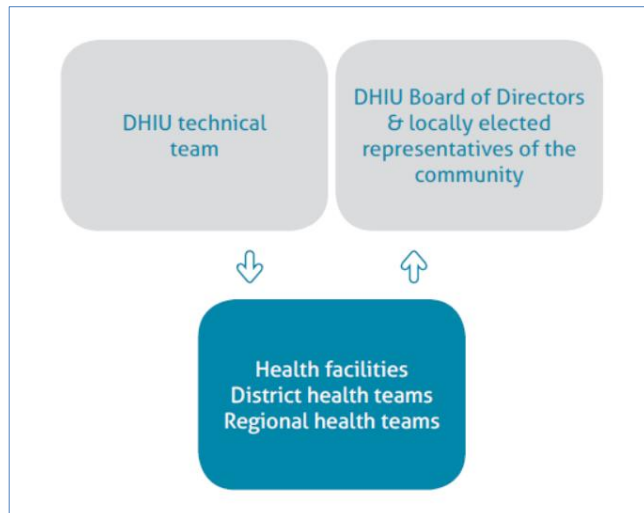
Health care workers often feel more connected to the Ministry that is paying them, than to the patients for whose health they are responsible. Literature claims that there should be a payer-provider split and even a payer-provider-regulator split for balancing these societal powers and breaking monopolies. The classical approaches of community participation with health committees representing the population going into a dialogue with 'their' health facility, organised top-down by the health system, does not seem to work.

The DHIU pilot was an opportunity to look critically into existing power relations between facilities and the population. With the creation of DHIU, the demand side was confronted with a new and powerful player. PAODES therefore had no choice but to look into the community participation issues with renewed attention.

Figure 6 shows the position of the new players in the health system. The DHIU technical team normally represents the population, but the population did not directly appoint it. Locally elected people, as representatives of the population, are members of the board of directors of

the DHIU. Together they form the demand side, which is more distant from the population than maybe the classical health committees. On the other hand they have real power in society, at a sufficiently high level and the DHIU technical team can provide them with the necessary technical inputs when needed. Local politicians felt actually very confident to interact with the DHIU staff members because indeed they could explain the situations with which they were confronted from time to time.

Figure 6 : The new players in the power structures between offer and demand in the health system



Because of the professionalism, DHIU can more easily go into a dialogue with the offer side of the system. They are regarded as valid counterparts with real financial (they can penalise facilities by not reimbursing) and political power (backed by board of directors).

Interviews and focus group discussions confirmed these positions. Although anecdotal, several critical incidents illustrated that DHIU do defend the interest of the population when for instance health facilities or districts want to alter (raise) the user fees. DHIU have argued (with financial evidence, but also with political arguments like the interest of the public good) to persuade health districts not to change the fees. Although this cannot be expected from all DHIU if the system would be expanded and

function under routine conditions, it shows that power relations indeed changed and that a potential for dialogue was created. The objective is not to break the power of the offer side, but to come to a better equilibrium.

DHIU also showed a very different relation with the population when compared to the classical health committees. With professional communicators in their team, they were able to mobilise communities at a larger scale and with a more qualitative dialogue. Among other things they made adhere entire villages at a time, by explaining that they could get a small discount if they did. Villagers could actually decide for themselves which members of the community could get access to the health insurance for free (covered by the rest of the villagers). Local politicians were allies in this dynamic because they saw (political) opportunities, but also a way to finance access for the poor without getting in cumbersome individual favours. Villages created common fields of which the harvest was meant to provide seed money to pay for the health insurance of the entire village. Although this dialogue was time-consuming, it was reported to be very effective and efficient in the long run, but final conclusions should be made only after a few more years of experience with this approach.

Finally, patients' rights were addressed through the function of a medical advisor. A medical doctor was recruited at regional level by the DHIU in order to do clinical audits in hospitals, to look into quality elements such as hygiene, keeping of medical records, drug availability, respect for clinical protocols, etc. These doctors were also consulted and they visited health facilities when complaints from users were received. As a recognised authority in health, this person was an ideal counterpart to talk with health workers. Complaints could in principle be escalated to the regional authorities. Corrective measures remained the responsibility of the health facilities and their superiors, the DHIU only brought the matter to their attention and could impose financial penalties if corrections were not respected. Although it was too early to assess whether this function was successful, the first results were very encouraging.

Governance as the ultimate condition for success

WITH POOR GOVERNANCE CULTURE IMPOSSIBLE TO PUT UP PERFORMANT SYSTEMS

Governance is the most important aspect that eventually determines the quality and the financial accessibility of care. All mitigating elements, like new fee-paying systems, better drug supply chains, additional training for staff, accompanying community health committees, mobilising the population to adhere to health insurance, establish performing health insurance mechanisms etc. become insignificant or ineffective if basic governance rules are not applied.

Although corruption is part of the governance problem, it is probably not the most important one. Absence of a performant bookkeeping system at facility or district level, absence of a sound fee-paying policy, absence of a public authority performing systematic financial audits with real consequences if (important) anomalies are observed, delegation of responsibilities to inappropriate levels (e.g. leaving the recruitment of personnel or organising ambulance services in the hands of the population), or still a lax policy on drug management and sales, are all important factors that deter health workers and managers from rationalising activities. Directly engaging in the fight against corruption, whilst performant tools and procedures are not in place, is deemed for failure.

Health insurance can be the victim of poor governance structures, but on the other hand it can play an important role in regulating governance aspects of the health sector. Financial quality care control visits are part of the mandate of health insurance schemes such as the DHIU. Dealing with patients' complaints and defending their rights can also belong to the domain of expertise of a health insurance. They are well-placed to play a mediating role between patients and services. The medical counsellor engaged and paid by the DHIU managed clinical audits and verified the quality of care at the bedside among other things, by checking the respect of clinical protocols.

POLITICAL ECONOMY DYNAMICS IN A COMPLEX ENVIRONMENT

Political economy is an important aspect of the governance problem when large-scale innovations with political connotations are introduced in society. Indeed the piloting of the DHIU inevitably created a multi-stakeholder dynamic with political, technical and pragmatic allies, but also with

opponents. Although the piloting was agreed upon with the Ministry of Health, not all executives in the ministry were in favour. One of the main reasons was the stress it provoked in the direction that was in charge of the implementation of the president's policy to provide health insurance for 75 % of the population by 2017. They experienced the initiative as a waste of time and scarce resources and did not accept that resources were put into research with - in their eyes - 'unknown risk-full outcome'.

The West African Economic and Monetary Union (UEMOA) was an important - abstract - player, because their guidelines were perceived by many stakeholders as the only way forward. Some of their explicit principles though, such as 'Health insurance should be private, autonomous, self-sufficient', are no longer backed by evidence, but are nevertheless maintained in many policies in French-speaking West African countries, including Senegal.

CONCRETE MITIGATING MEASURES IN THE PILOT AREAS

Governance aspects in society are very culturally determined and many aspects therefore cannot be addressed easily, surely not so by a specific project, limited in time, means and more importantly legitimacy. Other weaknesses in governance are more technical and can be subject to improvement.

PAODES had some successes in the pilot areas, but they will be difficult to maintain if they are not supported by standards and regulations from the national level.

INTRODUCE ACCOUNTING CAPACITY AT FACILITY AND DISTRICT LEVEL

Health workers and health managers saw their local budgets expand through the health insurance financing. Government subsidies to districts and health posts are slow and difficult to mobilise. The only 'easy' money at facility level in Senegal was the income generated from out-of-pocket contributions from patients.

With the health insurance in place, more financial means arrive directly at the facility level. Local health workers and managers therefore suddenly have to take financial decisions. They need to have the capacity to do so, and in the pilot areas accounting officers were appointed. But rather than modernise financial management at that level, they aligned with the less transparent and rather improvised financial management system already in place.

Strong guidelines from the national level and management tools such as an accounting software package need to be introduced still.

Rationalised fee-paying system

The very liberal approach from the Ministry of Health to leave all fee-paying matters to local health systems and autonomous hospitals, has led to an uncontrolled growth of financial regimes, personal incentives and staff recruitments at local level.

The introduction of a new fee-paying system – all-inclusive flat rates per disease episode that were negotiated between the health insurance and the health facilities – made the system more transparent, for users, health managers and health insurance alike. Its potential as an important regulating factor for more rational use of scarce resources was recognised by all parties.

The national government (Ministry of Health, health insurance scheme) will have to take over this task of price-setting in order to create and to maintain a uniform system for the entire country. Mandates of district health authorities and of regional hospital managers will have to be revised. Without this strong position of the government in this matter, health insurance, under any format, is doomed to be reduced to a marginal system.

Drug management and national drug policy

Drug management and national drug policy are still weak in Senegal, at least partially due to a business-as-usual type of attitude for many decades. This creates a situation where generic drugs are hardly used, public pharmacies often run out of stock for many essential drugs and medical doctors prefer to prescribe specialties instead of generic products.

Structural and governance problems are making it hard to rectify the situation. The role of central authority is crucial for lasting solutions in this respect.

Conclusion

Government should take responsibility and lead ministries such as the Ministry of Health should at least address technical and procedural matters to improve general governance.

General conclusions

DISCUSSIONS ON THE MODELS INTRODUCED

The PAODES pilot model (Figure 4) can be read as a simplified model of a universal health insurance model (Figure 2). In the case of PAODES, the DHIU are the building blocks and the only actor for all output-based financing. They should integrate all other initiatives, such as Results-based financing (RBF) and free health care initiatives.

REVERSED DELEGATION STRATEGY

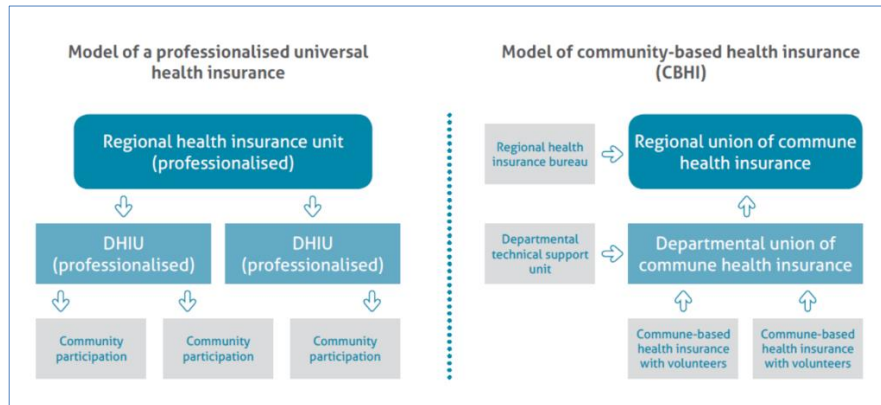
Opting for professionalised structures has bigger consequences for the organisation of health insurance than one might think at a first glance. Working with volunteer organisations (for Senegal commune-based health insurance) that are supported by external ‘supervisors’ or counsellors is not an alternative leading to a professionalised organisation.

Figure 7 illustrates the structural differences. The figure on the left is the proposed model, in which the DHIU were piloted. It is a tiered, top-down, government regulated organisation with delegation of tasks. The units at each level have the competences needed at that particular level to fulfil the respective mandates. Delegation goes from higher to lower levels. The degrees of freedom for each level and the complementarity need to be identified.

The model which was piloted as a national policy in Senegal (Figure 7 on the right) was essentially based on the classical community-based health insurance. This basic model was adapted a first time, when the national health insurance programme realised that the creation of community-based health insurance units in nearly every village was impossible to oversee, to coordinate or to accompany. It was then decided to organise commune²-based health insurance units for several villages. When they then realised that communities of up to 30 or 40,000 inhabitants were too big to organise community-based health insurance, it was decided to seek professional support. These considerations led to the definition of Departmental unions of commune-based health insurance units. These unions were manned by representatives of the community health insurance initiatives, which could get professional advice from a departmental technical support unit depending from the national programme.

² Commune are administratively defined for the country and unite several villages

Figure 7 : Consequences of a professionalised universal health insurance: reversed delegation of tasks



In such a model, the community-based health insurance, with volunteers and representatives of the local community, is delegating bottom-up. By doing so they wanted to respect the principle of autonomy and community-led organisations. Such approach is implicitly considered as not efficient or even realistic by the DHIU option.

EFFECTS OF PREVIOUS POLITICAL CHOICES

Changes in complex social systems are path-dependent, meaning that previous decisions have an influence on the next steps to take. They limit the margins of choice left to decision-makers. Only radical decisions can induce a real turn-around in a social change process.

Free health care for selected age groups (under-5, over-65) or pathologies (maternity care) has interfered with the creation of health insurance schemes. Free health care demotivates people to adhere to health insurance schemes because certain vulnerable family members are already covered. Richer families in Senegal have benefitted more from free health care than poorer ones. Free health care also led to fragmentation of health financing, and so to inefficiencies in the system. Politicians and health insurance programme managers at the Ministry of Health perceived the free health care policy as an easy bypass to commit to the president’s ambition to provide social protection to 75 % of the population. Free health care schemes prevented national authorities to consider protecting all their citizens instead of particular groups in society.

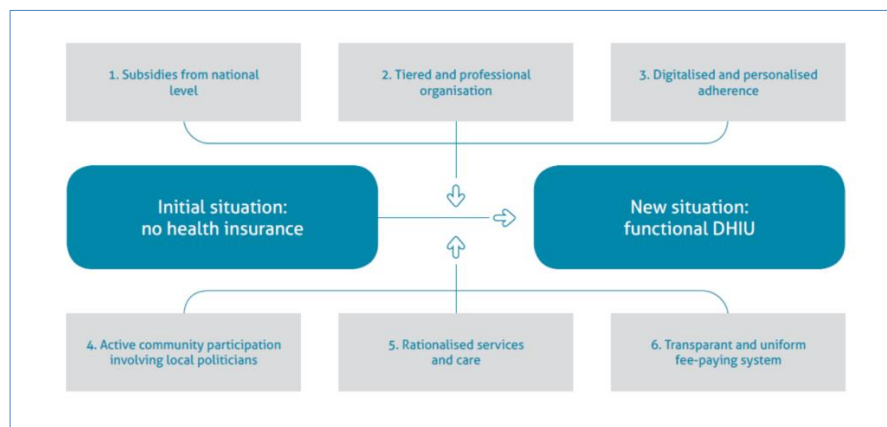
The community-based and volunteer approach reinforces the previous observations and prevents the integration of the informal sector into the formal sector which benefits from a public, mandatory and professionalised health insurance scheme, covering a larger package of care. Solidarity between the richer formal sector and the informal sector was therefore not feasible.

Finally, the latitude of the Ministry of Health to allow many initiatives, often donor-led, that interfere with health financing and that create enormous fragmentation and inefficiencies, is another inheritance of the system that was interfering with the creation of a rational and efficient health insurance.

STRATEGIC DETERMINANTS

Figure 8 summarises the strategic factors that influenced the change process. They can be theoretically derived from the model that was piloted, but for each of the factors in this figure, there are strong indications to confirm the change theory.

Figure 8 : Strategic determinants of the change process



The arguments and underlying observations of each of these elements are discussed in previous paragraphs.

1. *Un projet de développement : la recherche-action pour mieux comprendre et mieux agir*

Considérations méthodologiques

Bossyns Paul (Coordinateur Santé, Coopération belge, Enabel),
Ladrière Fabienne (Resp. Internationale Projet, Coopération belge,
Enabel), Ridde Valéry (Prof. Santé publique, Université de Montréal)

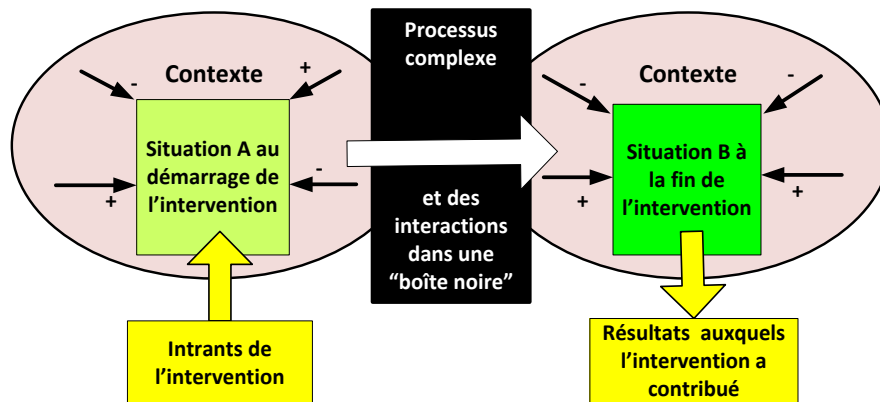
Un projet de développement comme le PAODES a été conçu, dès le début, comme une recherche au sein du système de santé (1). Il s'agit d'une intervention réalisée au sein d'un système social et donc complexe tel que le système de la santé, qui vise un changement profond de ce dernier. Une intervention d'une telle ambition dans un contexte aussi complexe, avec ses aspects favorables comme ses contraintes, agit nécessairement dans un contexte d'incertitude en recherchant le meilleur chemin pour arriver à ses objectifs (2). La vision à long terme, les modèles développés et les plans d'action constituent ensemble plusieurs hypothèses de travail (scénarios) dont on ne peut avoir que peu de certitude quant à leur direction appropriée (le processus) ou leur validité (l'efficacité du résultat obtenu). Ni le succès de sa mise en œuvre ni celui des résultats de l'intervention ne sont garantis.

Le projet PAODES est pour sa partie la plus stratégique un projet pilote, qui accompagne la mise en œuvre d'une stratégie nationale d'Assurance Maladie et de Couverture Maladie Universelle (CMU), mais qui garde à chaque moment un œil critique sur le modèle et sa stratégie de mise en œuvre. Une telle ambition de grande envergure et d'une complexité redoutable exige que les expériences concrètes soient suivies et capitalisées afin d'en dériver une stratégie nationale plus solide.

La recherche-action (RA), à l'origine une méthodologie développée par le psychologue social Kurt Lewin (3), est basée sur un suivi scientifique, systématique et systémique d'une ou plusieurs actions qui sont conçues comme la mise en œuvre d'une hypothèse de travail par les acteurs de l'intervention (4). La RA et l'action dans la complexité passent nécessairement par la modélisation du système (1;5) étudié, dans ce cas, le système de santé publique au Sénégal. Le chapitre suivant décrit ce processus pensé en termes de modèles, qui sont des représentations forcément

simplifiées d'une réalité complexe, mais qui peuvent évoluer, se compléter, se transformer et se corriger au fur et à mesure que la connaissance du système et de son contexte prend forme dans l'esprit des acteurs impliqués.

Figure 1 : La dynamique d'une intervention de transformation dans un système complexe

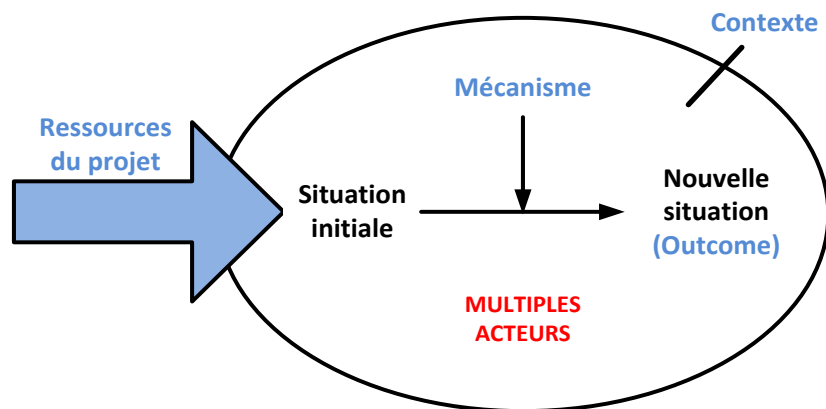


La boîte noire de la Figure 1 fait référence à la transformation d'un système complexe que les acteurs du changement ne maîtrisent guère et qui est le résultat de plusieurs forces qui s'influencent mutuellement (6). Le schéma évoque également le fait que le processus de transformation lié à l'intervention n'est qu'une force exercée sur la réalité et que d'autres agents, ici résumés comme « contexte », influencent continuellement les éléments du système visé, longtemps après la fin de l'intervention elle-même. C'est pourquoi l'influence d'une intervention, positive ou négative, peut se faire sentir encore bien après sa fin officielle.

La Figure 2 reflète la pensée de l'évaluation dite réaliste qui s'inscrit dans ce schéma de réflexion autour de la boîte noire. Elle évoque le fait qu'à la suite des efforts externes d'un projet, une interaction complexe entre une multitude d'acteurs, un contexte qui détermine l'ensemble et qui influence continuellement les résultats, fait émerger les résultats d'une intervention qui vise le changement. Puisqu'on ne maîtrise que partiellement ce processus, le schéma évoque une « boîte noire ». Ce sont les mécanismes sociaux qui déterminent le résultat final. Le concept « mécanisme social » n'est pas traité de manière uniforme dans les applications récentes

d'évaluation réaliste (7). Cette étude adopte une position plutôt pragmatique, en acceptant le principe que les liens causaux ne sont pas linéaires, mais complexes, et qu'en analysant la réaction d'un système complexe sur des intrants d'un programme, on peut reconnaître des causalités récurrentes (patterns) émergentes qui montrent une certaine régularité partiellement ou relativement indépendante du contexte (8) (« demi-regularities » (7)). Ce sont les éléments clés du « mécanisme » qui sont au cœur de l'apprentissage, au-delà du contexte et du succès local (9). Le mécanisme « explicatif » est dérivé d'une analyse d'un ensemble de (ré)actions aux changements qu'une intervention veut introduire, réactions induites par une multitude d'acteurs dans le système. Il ne s'agit pas uniquement des acteurs directement impliqués dans l'exécution du projet, mais de tous les acteurs qui influencent le système étudié.

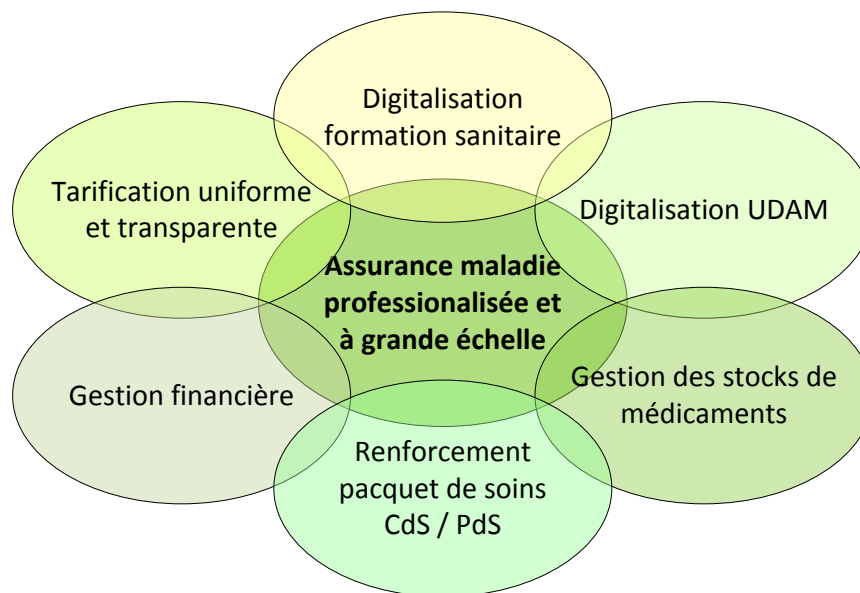
Figure 2 : Contribution de changement d'un projet dans un système complexe (selon Pawson et Tilley)



Selon Pfadenhauer et al, le contexte comprend les domaines géographique, épidémiologique, socioculturel, socioéconomique, éthique, légal et politique. Il définit le contexte comme un ensemble de caractéristiques ou de circonstances qui entoure une intervention et qui influence continuellement la situation et le processus de changement (10). Le monde scientifique n'est pas toujours d'accord avec cette définition. Pour d'autres, le contexte d'une intervention devrait être compris plutôt comme un processus que comme « un lieu ». Il influence non seulement le processus de changement, mais aussi les rôles, les interactions et les relations d'une multitude d'acteurs concernés (11).

L'exécution d'une intervention, qui vise un système large, concerne la théorie du changement, le processus, les stratégies utilisées, les parties prenantes, les résultats attendus et les ressources utilisées. Une telle intervention, qui préconise un changement systémique à travers le pilotage d'une expérience, est déterminée par son ancrage, comme point d'entrée, à un niveau spécifique dans le système. Ceci est important parce que le pilotage d'une expérience doit s'opérer à une échelle suffisamment grande pour pouvoir élargir les conclusions à l'ensemble d'un pays, mais pas trop large non plus afin de permettre des analyses qui puissent aller suffisamment en profondeur (en détail). L'ancrage doit respecter le contexte politique, par exemple une division territoriale du pays.

Figure 3 : Un ensemble d'initiatives complémentaires



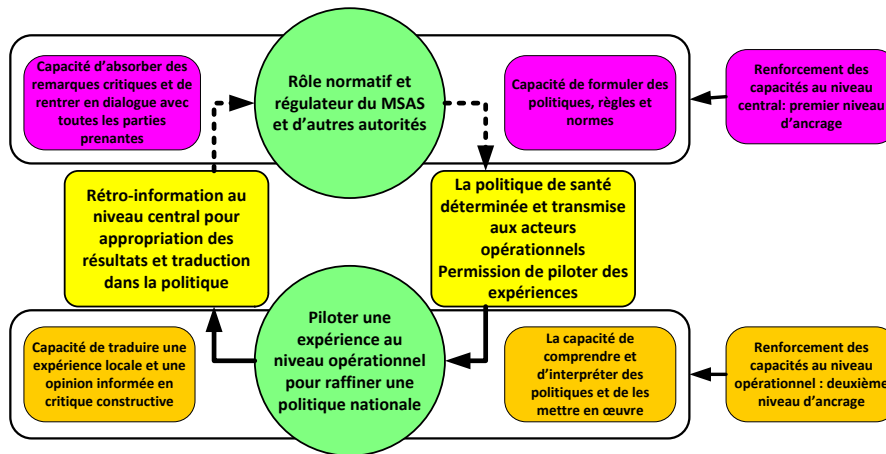
L'approche systémique du projet signifie également qu'il agit sur différents éléments du système simultanément (des éléments qui interagissent en plus), en supposant que ces différents axes d'intervention puissent, ensemble, influencer durablement le système local de santé. La Figure 3, sans être exhaustive, évoque comment différentes initiatives sont interreliées. Il ne s'agit donc pas d'identifier le potentiel isolé de chaque initiative, mais plutôt

la convergence entre chacune d'elles. Autrement dit, il s'agit de voir comment chaque initiative semble contribuer au changement global (12), comment chacun des aspects d'une initiative devient une condition qui peut amplifier le succès ou l'échec d'une autre. Si on ne tient pas compte de ces interactions, on a tendance à se concentrer sur une initiative isolée qui rapporte certes des succès grâce aux efforts et intrants externes amenés par un projet, mais qui sont éphémères, disparaissant dès que les intrants cessent. Les éléments retombent dans leur état (équilibre) initial dû aux forces de résistance exercées par les autres facteurs déterminants du système.

La pensée systémique reconnaît l'interdépendance d'une multitude de facteurs déterminants de la performance globale du système. La tendance d'un système global à résister aux changements (la résilience des systèmes) (13;14) oblige une intervention comme le PAODES à agir simultanément sur une diversité de facteurs afin de générer un changement durable, mais avec comme conséquence que l'impact d'une initiative singulière sur un facteur précis ne peut être démontré. Ainsi, l'introduction d'une tarification forfaitaire, d'une assurance maladie et des actions au niveau du plateau technique et de la qualité des soins vont influencer le système toutes à la fois. Les différents facteurs sont inséparables comme ils sont portés par les mêmes groupes d'acteurs avec des intérêts différents.

L'intervention a ainsi, dès le début, porté une attention à l'offre des services de santé (la qualité des soins, l'organisation et la performance des formations sanitaires) et, simultanément, à la demande (protection de la population contre les dépenses catastrophiques, défense des droits des patients, participation communautaire, contrôle de la qualité, etc.). Elle a considéré tant le niveau opérationnel (apprendre en faisant) que le niveau politique et normatif (MSAS) afin d'influencer la politique sanitaire au niveau macro, en se basant sur le principe du double ancrage, une approche stratégique proposée par la Coopération belge (1).

Figure 4 : Illustration de la stratégie d'un double ancrage institutionnel pour faciliter l'apprentissage dans le cadre d'un pilotage d'une expérience



La Coopération belge considère que, pour des changements durables de façon systémique, une intervention doit être nécessairement présente à deux niveaux stratégiques (Figure 4). Il y a le niveau dit « opérationnel » où se déroule le pilotage d'une expérience facilité par un projet, autorisé par le Ministère de tutelle, et le niveau dit central ou politique qui doit recevoir la rétro-information de façon systématique afin de s'approprier les résultats de l'expérience et de les traduire dans une politique nationale qui se veut progressive.

Une discussion systémique globale est ainsi inévitable. Elle est proposée à la fin de l'ouvrage pour décrire comment le système, dans son ensemble, a changé. Mais les chapitres de ce document suivent dès le début la logique d'une évaluation réaliste, sans pour autant prétendre que la méthodologie de l'évaluation réaliste soit respectée à la lettre. Le chapitre 2 évoque le modèle conceptuel initial et donc les hypothèses de l'intervention qui expliquent comment et pourquoi les résultats seront produits (ou pas) (15). Le chapitre 3 analyse le contexte dans lequel se déroulait l'intervention. Le contexte est toujours un peu artificiel par rapport au champ d'intervention proprement dit et, de temps en temps, une intervention peut même agir sur le contexte. Pour cette intervention, le domaine du médicament appartenait plutôt au contexte (chapitre 3), tandis qu'elle a néanmoins mis en œuvre quelques initiatives locales pour influencer la situation (chapitre 6). Les

chapitres 4 à 7 décrivent les résultats des différents aspects touchés par le programme ainsi que les intrants, le processus itératif d'apprentissage ad hoc suivi par de nouvelles décisions et actions pour y arriver. Ils réfèrent aux modèles initiaux et décrivent éventuellement comment les modèles ont pu évoluer grâce à l'apprentissage. Ces chapitres font allusion à des liens causaux possibles entre les actions et les résultats, qui seraient attribuables à ces actions. Le chapitre 8 traite de la gouvernance du système de santé au Sénégal et décrit les principaux acteurs, directs ou indirects, avec leurs agendas complexes (personnels, sociaux et culturels) souvent opposés, parfois alignés sur les ambitions du programme. La Coopération belge, avec les autres partenaires au développement, en fait partie. Les partenaires au développement sont effectivement des acteurs importants dans la définition des « agendas globaux et internationaux ». Ce chapitre se trouve entre le contexte (la gouvernance d'un système échappe globalement à l'influence d'une intervention de développement) et le domaine d'intervention puisque le programme a définitivement influencé certaines parties prenantes ou institutions de manière significative. Le chapitre 9 tente de rassembler l'ensemble des informations et leçons apprises dans les différents volets de l'intervention pour enfin en dériver des conclusions globales sur le programme dans son ensemble.

1.1 Conclusion : un vieux monsieur avec un nouveau chapeau ou un « general check-up » ?

Le projet s'est inscrit dans le concept de la couverture santé universelle de l'OMS avec ses trois dimensions (16;17). Bien que la mise en œuvre d'une assurance maladie universelle, avec l'axe concernant l'accessibilité financière de la CSU, soit le point focal principal de l'intervention, les autres dimensions ont été abordées simultanément. L'offre a été abordée d'un point de vue de la qualité des soins, mais aussi dans ses aspects du paquet de soins fournis.

Le projet a choisi, dès sa conception, une approche systémique dans laquelle le système entier était remis à plat. Il ne s'agissait pas de greffer un système de financement moderne sur un corps inadapté pour absorber cette modernité. En d'autres mots, il s'agissait de détecter les faiblesses structurelles du système et d'envisager un nouveau système de financement des services sanitaires comme un des éléments d'une réforme possible. L'assurance maladie était en quelque sorte le prétexte pour revoir la

performance du système en entier. C'est ainsi que le projet était constitué d'un volet « offre » qui devait appuyer et préparer les services de soins, et d'un volet « demande » qui devait se consacrer à l'introduction de la politique « CSU » du Ministère.

Bien que le MSAS ait montré de l'intérêt pour cette initiative de pilotage en signant l'accord du projet, elle ne correspondait pas forcément à un besoin ressenti par l'ensemble des acteurs au niveau du Ministère comme au niveau opérationnel ou même par d'autres partenaires au développement. Plusieurs parties prenantes au Ministère ne ressentaient pas uniformément le besoin d'ajuster le système de santé pour accueillir un nouveau système de financement. Il manquait cette vision globale, insuffisamment partagée par certains acteurs du Ministère, ainsi que par ceux du niveau opérationnel. La conscience que le système existant n'était pas prêt à absorber une AMU et qu'il fallait plus que simplement mettre en œuvre un projet d'AM n'est venu à l'esprit du MSAS que graduellement. Cette conscience, plus que les résultats mêmes de l'AMU dans les zones pilotes, est peut-être l'acquis le plus important de cette intervention.

2. *L'assurance maladie universelle pour le secteur informel au Sénégal*

La « modélisation » d'une intervention

Bossyns Paul (Coordinateur Santé, Coopération belge, Enabel),
Ladrière Fabienne (Resp. Internationale Projet, Coopération belge,
Enabel), Ridde Valéry (Prof. Santé publique, Université de Montréal)

La modélisation est à la base de la conception du projet PAODES. Il s'agit d'une construction d'un modèle analytique qui décrit une situation souhaitée. Ce type de modèle est par définition réducteur par rapport à une situation complexe et réelle, car il ne peut reprendre que les éléments jugés essentiels au moment de sa conception (18).

Une réflexion sur l'organisation des soins dans un système de santé ne peut être séparée de celle de son financement. Gratuité, recouvrement des coûts et, plus récemment, assurance maladie, les visions évoluent, les idées et les données probantes s'accumulent. Aux yeux de bon nombre de lecteurs, une assurance maladie universelle est probablement peu évidente, voire plutôt irréaliste pour les pays à faible revenu et particulièrement pour les groupes pauvres et vulnérables du secteur informel, toujours important dans ces pays.

Les paragraphes suivants décrivent l'évolution des idées autour de la problématique de l'accessibilité financière et de la vision sur l'assurance maladie accessible aux plus pauvres.

2.1 *Accès financier aux soins de santé*

En 1988, face à la situation économique catastrophique des pays d'Afrique, les gouvernements se trouvent dans l'incapacité d'offrir à leurs populations des soins de santé gratuits. Avec l'aide des organisations internationales telles que l'UNICEF et l'OMS, les gouvernements africains mettent sur pied une réforme, l'Initiative de Bamako, qui vise à garantir un niveau de financement suffisant des services de santé de première ligne (19). Dans cette perspective,

la quasi-totalité des pays africains³ a instauré le paiement direct des soins par les usagers au point de service (« user fees ») pour assurer le recouvrement des coûts (20). Très rapidement cependant, la communauté scientifique ainsi que les acteurs locaux et internationaux s'interrogent sur la viabilité et l'équité d'un tel système de financement des soins. En effet, dans de nombreux pays africains, en raison de leurs coûts, les soins demeurent moins accessibles pour les populations les plus vulnérables et représentent un véritable fardeau financier (21). Dans de nombreux cas, les ménages les plus pauvres font face à des dépenses catastrophiques de santé (e.a. lorsque les dépenses totales de santé sont supérieures ou égales à 40 % de la capacité à payer des ménages) lors du recours aux soins de santé (22). Ces dépenses peuvent alors avoir des répercussions importantes sur la qualité de vie des ménages vulnérables en raison de la perte de revenus qu'entraîne la maladie (22). Les dépenses catastrophiques sont un indicateur important par rapport à l'accessibilité financière, mais ne racontent pas toute la vérité non plus. En Mauritanie par exemple, c'est surtout au niveau de la classe moyenne (troisième quintile de la population) que les dépenses catastrophiques sont observées, simplement parce que les quintiles 1 et 2 sous-utilisent les services et que donc ils ne dépensent rien (23).

Dans plus d'un tiers des pays de l'Afrique subsaharienne, les paiements directs représentent encore plus de 40 % des dépenses totales de santé (24). Face à cette situation et dans le but de réduire les inégalités face à l'accès aux soins, de nombreux gouvernements africains ont adopté des politiques de santé permettant soit de supprimer totalement les frais des usagers aux points de service (Ouganda), soit de cibler les populations vulnérables (femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans...) afin de leur offrir un accès gratuit à certains types de soins ou encore de subventionner le traitement de maladies spécifiques : VIH/SIDA, tuberculose, etc.

Depuis près d'une dizaine d'années, l'État sénégalais a adopté un « régime d'assistance médicale » qui regroupe des services de santé subventionnés et des mécanismes d'exemption en faveur des indigents. Ces services comprennent notamment les accouchements et césariennes, les soins aux personnes âgées (Plan Sésame), la gratuité pour les enfants de 0 à 5 ans, l'accès aux antirétroviraux et aux médicaments antituberculeux (22).

Alors que de nombreuses études admettent que les frais de santé imputés

³ Les pays francophones plus tôt et avec plus d'enthousiasme que les pays anglophones.

aux usagers menacent l'équité face aux soins de santé et que leur abolition permet l'augmentation de l'utilisation des services de santé par les plus pauvres (25;26), d'autres constatent que la gratuité des soins pour certains groupes cibles implique des risques dans l'application même de la politique (26-30). Les résultats de l'introduction d'une politique de gratuité de soins sont influencés par beaucoup d'autres facteurs en relation complexe (27).

Toutes les études sénégalaises s'accordent pour affirmer que l'utilisation des services par les plus pauvres à court terme est améliorée à la suite de l'abolition des frais directs, et que, de ce fait, on observe une augmentation de l'utilisation des services de santé visés par les politiques de gratuité (31;32).

La plupart des articles qui traitent de l'abolition des frais directs de santé en Afrique mettent en avant le caractère stratégique et politique à la base de cette décision. En effet, la mise en place de nouvelles politiques de gratuité observées en Afrique fait suite à une fenêtre d'opportunité (changement de gouvernement, élections, etc.) politique.

Au Sénégal, la mise en place du Plan Sésame, qui a pour objectif l'amélioration de l'accès pour les personnes âgées, est revendiquée comme une décision politique que les techniciens ont dû appliquer sans avoir eu le temps de s'y préparer (29). Instaurées à la suite des décisions politiques, les nouvelles politiques de gratuité sont souvent restrictives. Elles souffrent d'un véritable plan technique de mise en œuvre sur le terrain, mais également de soutien financier par les organisations locales (État) (33) et internationales. Comme au Sénégal, elles sont alors appliquées sans mesure anticipée d'accompagnement (29). Au Niger, l'introduction de la gratuité a graduellement épuisé les réserves financières des centres de santé qui avaient permis pendant un certain temps de combler le manque de revenus pour racheter les médicaments. Plus tard, les ruptures de stock des médicaments essentiels n'ont fait qu'augmenter. La qualité des soins et, bizarrement aussi, l'accessibilité financière ont diminué (30).

Face à son application soudaine, la délivrance d'un service gratuit à l'utilisateur est menacée par plusieurs faiblesses qui influent sur la qualité des soins. Lors de la mise en œuvre du Plan Sésame au Sénégal, l'offre de services n'avait pas été adaptée à la hausse de fréquentation des structures de santé. On a observé alors, d'une part, une surcharge de travail dans les centres de santé, mais aussi des ruptures régulières des stocks de médicaments indispensables (financés au préalable par les paiements directs). D'autre part, les bénéficiaires affirmaient éprouver de nombreuses difficultés

à bénéficier des services gratuits. En effet, ils s'estimaient insatisfaits par la lourdeur des procédures administratives ainsi que par le temps d'attente excessif pour accéder aux services (34). En plus, il existe assez souvent des situations d'exception ou des aspects de soins qui, malgré l'annonce générale, ne sont pas gratuits, augmentant ainsi la méfiance des utilisateurs. Ces éléments contribuent alors à un déclin de la qualité des soins (29) et à une diminution au fil du temps de l'utilisation des services dans les hôpitaux publics.

Un autre dysfonctionnement présenté dans la littérature concerne une gestion défaillante des processus de remboursement aux structures sanitaires (21). Dans la plupart des cas, le manque de personnel administratif au sein des structures de remboursement entraîne une lenteur dans leur contrôle et leur liquidation (34). Pour faire face à leurs frais de fonctionnement dans des délais raisonnables, les structures sanitaires pouvaient alors limiter les services gratuits prévus initialement, obliger les patients à payer leurs soins ou encore surfacturer certains soins (21). Ainsi, les bénéficiaires de la politique de gratuité affirmaient que, finalement, les services prévus n'étaient pas du tout gratuits (34).

Au Sénégal, il a été également rapporté un manque de communication et de promotion concernant les nouvelles politiques d'exemption que ce soit au niveau du personnel de santé ou des usagers (35;36). Le plus souvent, aucun financement ou presque n'est prévu pour la dissémination de l'information. Les populations ciblées ne sont alors pas toujours au courant, notamment au sein des communautés rurales où il existe également un manque de compréhension (31). Concernant le Plan Sésame par exemple, on dénote une plus forte utilisation des services par les personnes âgées issues d'une classe sociale plus aisée. Ceci s'explique notamment par la promotion quasi exclusive de la politique à travers la radio et la télévision, qui ne sont pas accessibles à tous (33).

Ainsi, les populations non, ou mal, informées font face à des frais informels introduits par les prestataires ou encore à des surfacturations lors de l'utilisation des services (James et al., 2006). De nombreux usagers affirment également être victimes de corruption et admettent payer des dessous de table lors des consultations (33).

Finalement, il demeure important de souligner que, malgré les politiques d'exemption en place, de nombreux individus n'ont toujours pas accès aux soins, car les frais de santé ne constituent pas les seules dépenses dont doivent s'acquitter les populations pauvres.

James et al (2006) rappellent alors les dépenses liées aux frais de transport pour accéder aux structures de santé (peu nombreuses dans les villages) ou encore le prix des médicaments (car ils sont souvent indisponibles dans les structures publiques) qui affectent les capacités financières des individus concernés (27). Le retrait des frais directs de santé peut donc créer des enjeux d'iniquité au sein de la population lors de l'accès aux soins (33).

Malgré les politiques d'exemption mises en place par le gouvernement sénégalais, l'étude de Sow (2013) indique que les ménages continuent de consacrer une part importante de leurs revenus au paiement des soins de santé. En 2011, 2,59 % des ménages ont fait face à des dépenses catastrophiques de santé et 1,78 % des ménages se sont appauvris du fait des paiements directs (22).

La problématique de l'accès aux soins de santé, notamment pour les populations les plus vulnérables, est encore d'actualité au Sénégal. Les solutions du Ministère de la Santé consistent alors à développer des stratégies et des approches orientées vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), notamment grâce à l'extension des mutuelles communautaires.

2.2 Mutuelles et assurances de santé

Dans le but de réduire ou de supprimer ce système de financement des soins par les usagers, on observe, depuis 1990 en Afrique, le développement de l'assurance maladie (37). Sa mise en place se caractérise par plusieurs phases. La première concerne l'assurance maladie pour le secteur de l'économie formelle, c'est-à-dire pour les fonctionnaires et les salariés d'entreprises privées. Il s'agit bien souvent d'un système importé d'Europe. Elle est caractérisée par l'émergence de mutuelles privées à adhésion automatique ou volontaire, indépendantes de l'État. Certains organismes de sécurité sociale en Tanzanie, au Rwanda ou encore au Kenya fonctionnent encore sur cette même logique d'action (37). Ces assurances maladie ne couvrent que la population œuvrant dans le secteur formel, laissant de côté la majorité de la population qui se trouve dans le secteur informel et qui est en général la plus pauvre. Afin d'améliorer l'accès des populations démunies aux soins de santé, de nombreux systèmes de micro-assurance santé et de mutuelles communautaires voient alors le jour. Celles-ci marquent la deuxième vague de développement de l'assurance maladie. Ces mutuelles mettent en place une gouvernance fondée sur la représentation des adhérents, passent des conventions avec quelques formations sanitaires publiques, privées et communautaires les plus proches, et ne couvrent assez souvent que les petits

risques de santé liés à la grossesse ou à l'accouchement notamment.

Bien que de nombreux obstacles entravent le bon fonctionnement des micro-assurances, celles-ci continuent à se multiplier dans de nombreux pays d'Afrique (38). Dans certains pays comme le Mali ou le Sénégal, le soutien et l'appui technique de l'État permettent l'extension de la couverture maladie (39). Finalement, la troisième phase se caractérise par l'implication officielle de l'État et la définition d'une politique spécifique de couverture maladie qui doit concerner toutes les catégories de la population (37). Cette troisième phase fusionne alors les systèmes issus des phases précédentes et s'inscrit comme vecteur de la couverture sanitaire universelle dans le cadre des Objectifs de développement durable.

Alors que l'objectif est semblable dans la plupart des pays africains, chacun suit une trajectoire différente et les politiques qui en émanent sont très variables. Malgré tout, dans la majorité des pays africains, l'extension de la couverture maladie est représentée par le développement des mutuelles communautaires (40).

Au Sénégal, l'extension de la couverture maladie se caractérise par une démarche pragmatique et originale de l'État qui part d'un découpage *a priori* de la population afin de déterminer, pour chaque catégorie, une couverture spécifique et adaptée (41). Ainsi, tout en essayant de développer l'assurance maladie pour les travailleurs du secteur formel, l'État sénégalais souhaite mettre un accent particulier sur la population du secteur informel (80 % de la population) en s'appuyant principalement sur des mutuelles communautaires (41).

La promotion des mutuelles par des dispositifs institutionnels a permis d'augmenter leur nombre à travers le pays, ce qui constitue a priori un indicateur positif de l'extension de la couverture du pays en structure assurantielle. Le ministère de la Santé et de l'Action sociale a soutenu en 2012 le projet DECAM de l'USAID qui prônait la mise en œuvre de la mutualisation du risque maladie dans le cadre de la « décentralisation de l'assurance maladie » en partenariat avec les collectivités locales dans trois départements pilotes (42). Malgré ces avancées, les nombreuses évaluations de mutuelles sénégalaises présentes dans la littérature s'interrogent sur la pertinence et les limites des leviers communautaires de l'extension (38;43). Elles mettent en avant les défaillances liées à leur organisation, à leurs structures ainsi qu'à leur professionnalisation.

Parmi les différents défis auxquels les mutuelles doivent faire face, de nombreux auteurs se questionnent sur la problématique de l'adhésion

volontaire. Alors qu'elles peuvent être très prometteuses si elles sont créées dans le cadre d'une politique volontariste (38) comme au Ghana, au Sénégal, l'adhésion constitue un réel enjeu. En réponse des contraintes liées à l'adhésion volontaire, le Rwanda a évolué vers un système obligatoire avec beaucoup de succès (44). Les auteurs relèvent alors l'importance de la périodicité du paiement de la cotisation. En effet, pour beaucoup de ménages issus du secteur informel, le paiement mensuel de la cotisation est préféré au paiement total en une seule fois, car leurs capacités financières sont souvent limitées (45-47). D'autre part se pose la question de l'adhésion familiale. Sagan et al affirment que la seule option viable concerne l'adhésion de la famille nucléaire. En effet, en raison de ses contraintes financières, l'inscription devient problématique si elle oblige l'adhésion de la famille élargie (42). De plus, les ménages y inscrivent souvent les membres de leur famille qui présentent des risques de santé élevés. Ce phénomène, connu sous le nom de sélection adverse, pose alors le problème de la mutualisation des risques pour les mutuelles (41). Les expériences du PAODES ne confirment que partiellement ces observations. Elles sont décrites au chapitre 6.

La question de l'adhésion prend aussi en compte la prestation de services inclus dans le panier de soins. Le taux d'adhésion peut être plus ou moins élevé en fonction des risques couverts. Dans la région de Thiès au Sénégal, l'introduction de la prise en charge des services liés à la maternité a eu des effets positifs sur l'adhésion. De la même manière, la non-couverture des soins pour les maladies chroniques constitue un frein à celle-ci (46;47).

Au Sénégal, les acteurs mettent également en avant les limites financières des mutuelles de santé. Le montant des adhésions et des cotisations mensuelles demeure trop faible et ne peut être augmenté à cause de la précarité des populations visées par la couverture (48). Il semble alors difficile pour les mutuelles de trouver un équilibre financier. Cette situation pose le problème du faible taux de recouvrement et témoigne de la faible capacité des mutuelles face à la gestion du risque. En effet, lorsqu'ils représentent un grand nombre d'usagers, les organismes payeurs ont plus de facilité à choisir et à négocier leurs conventions avec les prestataires de soins et donc à obtenir des soins de meilleure qualité, voire de fixer le tarif de prise en charge (37). Cette faible capacité financière influe également sur les capacités techniques et la gestion des mutuelles (45;48).

De nombreuses mutuelles témoignent en effet d'une gestion défaillante (37). Les gestionnaires sont des bénévoles et se posent notamment la

question de leur motivation à travailler par exemple quotidiennement pour vérifier des cotisations afin de s'assurer que les assurés sont à jour ou d'exécuter des remboursements aux formations sanitaires. Si la gestion courante n'appelle pas de compétences spécifiques, la gestion du risque, elle, en requiert, et n'est pas à la portée des gestionnaires en place. La gestion du risque dépend de la capacité des organismes à enregistrer, contrôler et analyser la dépense à couvrir, et ne peut se faire que dans le cadre d'un partenariat rigoureux avec les établissements de soins.

Les mutuelles communautaires posent également la question de la prise en compte des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires. Alors que l'objectif premier de la mutuelle consiste à atteindre une plus grande portion de la population, notamment les populations les plus démunies, plusieurs auteurs relèvent leur faible impact pour la couche la plus pauvre de la population (37;41). Selon ce raisonnement, le danger est de faire abstraction du rôle préventif des mutuelles. En effet, une grande partie de la population, qui n'est pas extrêmement pauvre et qui bénéficie d'une assurance maladie, est protégée contre les dépenses catastrophiques ce qui les empêche donc de tomber dans la pauvreté (49;50).

Mais, comme dans beaucoup d'autres pays (51;52), le taux de pénétration des mutuelles de santé communautaires demeure très faible ; au Sénégal, il ne dépasse pas 15 % de la population des quartiers concernés (41). De plus, l'étude de Sow au Sénégal démontre également que le faible statut financier et le capital social limité de cette population indigente ne leur permettent pas de prendre part aux décisions au sein des organisations (53). Ainsi, alors que certaines études soulignent une bonne compréhension des principes mutualistes (54;55), d'autres auteurs affirment que l'assurance est un phénomène mal compris et peu attractif pour certains ménages très pauvres et qu'ils sont en réalité les moins susceptibles d'adhérer à des mutuelles (47;56;57). L'étude de Jütting (2003) dans la région de Thiès indique également que 15 % de la population ignore simplement l'existence des mutuelles en raison d'une information lacunaire de certaines franges de la communauté (58).

Pour le gouvernement sénégalais, les mutuelles communautaires constituent toujours un axe stratégique privilégié en vue de l'atteinte de la CSU. Plusieurs estiment cependant qu'elles ne peuvent constituer qu'une étape de la couverture universelle (17;41;59). L'ACMU a introduit la notion de mutuelles communales qui prévoit que chaque commune a sa mutuelle. Cette approche a comme avantage indéniable le fait qu'il s'agit d'une plus

grande échelle, puisque les communes sont constituées de plusieurs villages. Reste à voir comment la dynamique d'une mutuelle au niveau d'un village, et donc personnalisée, pourra s'appliquer à un niveau nettement plus anonyme.

Pour Ekman (2004), les mutuelles de santé peuvent jouer un rôle complémentaire dans le financement des systèmes de santé (60). Cependant, elles doivent tout de même s'inscrire dans une approche de réflexion stratégique transversale à la politique de santé et au système de santé au sein desquels elles évoluent.

La littérature regorge d'une multitude de recommandations, parmi lesquelles l'adhésion obligatoire, la professionnalisation des mutuelles et une meilleure évaluation des besoins et des spécificités de la population couverte. Mais il va sans dire que l'adhésion prioritaire de l'État vis-à-vis de cette démarche ainsi que des professionnels de soins est indispensable pour assurer la réussite de cette assurance.

2.3 Le système de santé du Sénégal en 2012

L'analyse du système de santé au Sénégal a été orientée selon les dimensions définies dans le concept de la Couverture Maladie Universelle (CMU) développé par l'OMS en 2010. Il s'agit de l'accessibilité d'une offre de soins de plus en plus complète et de plus en plus inclusive, équitable.

L'analyse a relevé plusieurs points forts dans le système (sans être exhaustif) :

- Le Sénégal disposait d'un réseau assez dense de formations sanitaires, combiné avec un réseau routier de bonne qualité, et offre en général un bon accès géographique aux soins.
- Les professionnels de la santé de tous niveaux avaient reçu une bonne formation de base, ce qui permettait la mise en place d'un système de santé performant.
- Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS), appuyé par la présidence dans certains aspects importants, s'était engagé dans une réforme très ambitieuse de son système, particulièrement par rapport à la création d'une assurance maladie pour l'ensemble de la population.
- Comparés avec d'autres pays de la sous-région, les indicateurs de performance du système semblaient parmi les meilleurs et en évolution positive. Par exemple, la mortalité maternelle et la

mortalité infanto-juvénile avaient évolué favorablement durant les 2 ou 3 dernières décennies : la mortalité maternelle est ainsi descendue de 540 en 1995 à 315 sur 100 000 naissances vivantes⁴ en 2015. Il faut noter néanmoins que les marges d'erreur sont assez importantes et que, par exemple, l'EDS mentionne encore une MM de 434 pour 2013. La mortalité infanto-juvénile a évolué de 115 sur 1 000 naissances à 59 en une décennie. Ces évolutions sont significatives, mais indiquent également qu'il reste des défis importants. L'Indice de développement humain, par exemple, n'évolue que très lentement et le Sénégal, avec 0,494, ne se trouve toujours qu'à la 162e place parmi 188 pays (61). La fécondité n'a quasiment pas bougé la dernière décennie et semble fixée autour de 4,9 (EDS-Continue Sénégal - 2015). Dans le même rapport, les accouchements assistés semblent à peine varier entre 47 % en 1993 et 53 % en 2015.

Le système montrait encore des faiblesses importantes par rapport aux différentes dimensions de la CSU :

- L'accessibilité financière restait problématique pour la majorité de la population (paiement direct important), d'où l'importance de créer une assurance maladie universelle avec un système de prépaiement.
- La décentralisation de certains soins restait faible et influençait négativement l'accès, surtout pour la population rurale. Les centres de santé, en principe l'équivalent de l'hôpital de district de l'OMS, restaient en dessous des attentes par rapport au paquet de soins qu'ils offraient. Les soins hospitaliers étaient essentiellement délivrés par les hôpitaux régionaux. Les centres de santé correspondaient plutôt à des postes de santé médicalisés avec une maternité, mais bien souvent sans possibilité de pratiquer une césarienne. La plupart de ces centres n'offraient ni chirurgie de base, ni transfusion sanguine, ni imagerie médicale, et le plateau technique de leurs laboratoires était limité. En 2012, les maladies chroniques, elles non plus, n'étaient pas prises en charge.

⁴ Maternal mortality in 1990-2015 WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division. Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. SENEGAL

2.4 Le modèle « Mutuelle à base communautaire »

Le modèle d'assurance maladie pour la population rurale, adopté par le Sénégal, est le modèle de « mutuelle à base communautaire », tel que promu par l'UEMOA, avec l'appui, entre autres, du Bureau international du Travail (BIT), du Ministère français des Affaires étrangères, de MASMUT (39), etc.

Le modèle est décrit comme une organisation communautaire qui se base sur des valeurs telles que la solidarité, l'équité, la participation et la démocratie. Les principes de base sont, entre autres, l'adhésion volontaire, le but non lucratif, l'autonomie et l'indépendance, le bénévolat et la participation responsable.

L'UEMOA, à travers plusieurs règlements qui engagent tous les pays membres dont le Sénégal, semble présenter la mutuelle à base communautaire comme un modèle robuste qui a fait ses preuves et qui doit simplement être appliqué partout. Le phénomène des modèles voyageurs (62) semble d'application. Et pourtant, la mutuelle à base communautaire n'est pas un seul modèle uniforme, comme décrit plus haut.

Ce modèle ne répond pas au problème de l'adhésion volontaire, dont on sait qu'elle ne permettra jamais d'arriver à une adhésion massive de la population⁵. Il ne répond pas non plus aux problèmes liés au volontariat qu'il promeut et qui empêche une organisation à grande échelle, inévitable si on vise l'assurance maladie universelle. Finalement, l'approche « volontaire » ne répond pas non plus au besoin de constituer un véritable contrepoids vis-à-vis des prestataires de soins afin de permettre une véritable contractualisation négociée à pouvoir égal, une vraie vérification des factures comme de la qualité des soins et la défense des droits du patient. En règle générale, l'approche tend à couvrir le secteur informel et ce faisant, ne règle pas la question de la solidarité entre les personnes solvables et les pauvres. C'est notamment à cause de ces faiblesses que l'intervention PAODES a voulu tester une approche alternative. Certains articles scientifiques semblent confirmer que la professionnalisation des mutuelles à des fins de meilleure gestion, mais aussi de position plus forte dans la contractualisation et l'assurance de la qualité des soins remboursés, devient inévitable (51). L'absence d'un engagement ferme de l'État, la nécessité de subventionner

⁵ Ce n'est pas par hasard que les populations des pays riches et les populations mieux loties dans les pays moins riches bénéficient d'un régime d'adhésion obligatoire et souvent automatique.

l'assurance et la complémentarité entre l'assurance et l'offre de soins, y compris une politique de tarification, sont des aspects qui devraient interpeller les mutuelles communautaires afin d'adapter leur stratégie (17;59).

La littérature internationale reconnaît qu'une approche strictement basée sur la participation communautaire et le volontariat ne peut pas réussir, comme le montre bien l'exemple du Rwanda (44).

2.5 Le financement et l'accessibilité financière du système de santé au Sénégal à partir de 2012

Le Sénégal et le MSAS, appuyés par la présidence, se sont engagés, depuis 2012, à garantir à la population un accès financier aux soins de santé. Ce souci correspondait, et correspond toujours, à un problème réel du secteur de la santé au Sénégal. Les patients paient des sommes importantes pour avoir accès aux soins. Avant tout, le milieu hospitalier s'avère cher, si bien que les patients avec une maladie grave nécessitant une hospitalisation hésitent à utiliser les services pour ne pas être confrontés à des dépenses catastrophiques liées à la maladie. Ce type de retard et ces dépenses catastrophiques ont un impact iatrogène sur la santé de la population (63).

Pour les fonctionnaires et pour certains employés dans le milieu formel, une assurance maladie existe. Moins d'un pour cent des pauvres ruraux ou urbains, souvent employés dans le milieu informel, sont couverts par une mutuelle à base communautaire qui ne rembourse bien souvent que des frais liés au poste de santé. Les gros risques ne sont pas couverts. Clairement, c'est la couche la plus riche de la population qui est la mieux protégée contre les grandes dépenses pour la santé.

La vision initiale du Ministère de la Santé était d'élargir la couverture d'assurance maladie pour la population plus pauvre à travers la création « en masse » de mutuelles à base communautaire et des unions de mutuelles pour essayer de couvrir également les risques les plus importants.

Lors de la formulation du projet PAODES, l'analyse des mutuelles de santé au Sénégal et la littérature internationale sur le sujet évoquaient plusieurs défis par rapport à cette approche.

- Une base d'adhésion trop petite à cause des adhésions volontaires rend la viabilité financière des mutuelles problématique et les empêche de contracter les centres de santé et les hôpitaux

régionaux : le grand nombre de mutuelles qui tombe en difficulté financière après quelques années en témoigne.

- Le faible pouvoir d'achat de la population rurale et la base volontaire de l'adhésion font que le taux de pénétration reste structurellement faible et cause une sélection adverse. Seuls ceux qui sont malades ou qui ont un risque de dépenses important (p. ex., une grossesse) adhèrent à la mutuelle : le faible taux de fidélisation en témoigne.
- La gestion des mutuelles est basée sur le volontariat. Ceci pose problème pour une gestion plus complexe ou plus volumineuse. La contractualisation des CdS et *a fortiori* des CHR pose problème parce que l'inégalité de compétences est trop importante. Ceci aggrave la situation de la faible base financière et constitue une barrière supplémentaire importante pour couvrir les « gros risques ».
- La difficulté de juger la qualité des soins par manque de capacité technique cause un déséquilibre de pouvoir entre l'assureur et les prestataires en faveur de ces derniers. Ceci empêche les mutuelles à base communautaire et volontaire de réellement sanctionner des factures non justifiées et encore moins de défendre les droits des patients.

À cause de ces constats, le projet a demandé au MSAS du Sénégal de pouvoir piloter une expérience avec une assurance maladie professionnalisée. L'hypothèse sous-jacente est qu'une AM a besoin d'avoir la capacité de contracter efficacement et de faire valoir le contrat entre l'assureur et les prestataires, d'être capable de négocier des tarifs et d'estimer la qualité des soins livrés, de travailler pour des populations cibles de grande taille et donc de manière échelonnée, et de recevoir des subventions de l'État pour pallier le faible pouvoir d'achat de la population. Calculé sur la base des contributions prévues pour l'AM au Sénégal (7 500 FCFA par personne), un organisme qui couvre 200 000 habitants recevra et dépensera chaque année environ 1,5 milliard de FCFA. Ce montant donne une bonne indication de la grande envergure d'une institution telle que l'UDAM.

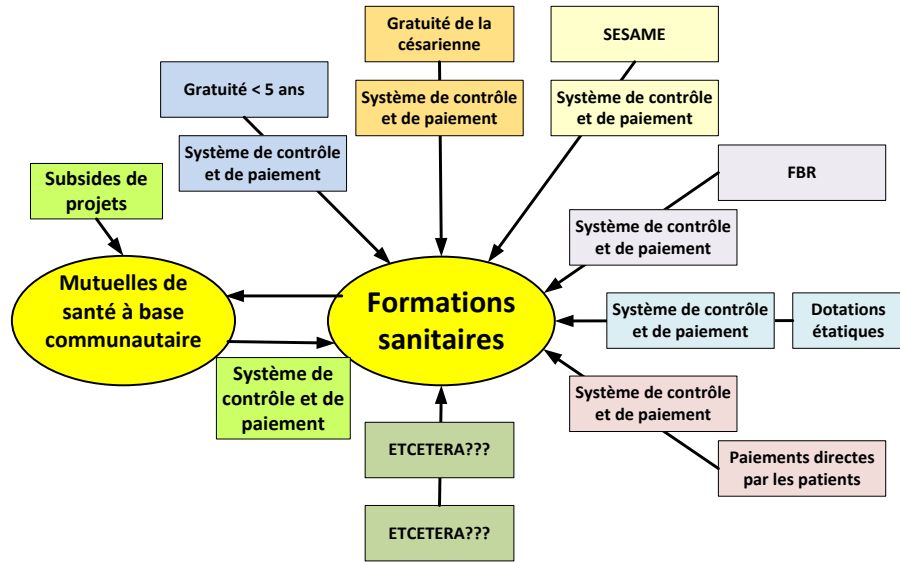
Encadré 1 : Premier principe du modèle AMU poursuivi

Un seul système assurantiel public, subventionné par l'État et professionnalisé pour l'ensemble de la société, avec en conséquence la création d'un organisme public, à grande échelle, échelonné, doté d'une forte participation et d'un contrôle communautaire.

Un deuxième constat au moment de la conception du projet en 2012 était les efforts importants, mais multiples et dispersés de l'État sénégalais pour appuyer financièrement le système de santé en assurant en même temps l'accessibilité des soins pour les patients. Plusieurs initiatives de gratuité existaient, notamment pour les personnes âgées, pour la césarienne, pour les enfants de moins de cinq ans, la bourse familiale, etc. Durant le projet se sont ajoutés des subventions pour l'assurance maladie et le financement basé sur les résultats par certains bailleurs. Chaque système nécessitait son processus de facturation et de contrôle (en principe), était géré de façon assez centralisée et causait inévitablement des retards dans le paiement des factures. S'ajoutait à cela l'impossibilité de vérifier réellement les factures. Cette constellation d'initiatives, avec chacune ses multiples problèmes, mène inévitablement à un système fragmenté, inefficace et inefficent. Les contributions des patients par paiement direct constituaient encore un autre mécanisme de financement des soins, d'ailleurs le plus important et le moins équitable.

Avec les assurances publiques pour les fonctionnaires et l'armée, l'obligation pour les entreprises de plus de 10 personnes d'assurer leurs salariés auprès d'IPM et quelques initiatives d'assurances commerciales privées, les plus riches de la société se désengagent finalement d'une solidarité large dans la société.

Figure 5 : Situation initiale du système de financement des services de santé au Sénégal : un tableau fragmenté



La Figure 5 décrit la situation initiale du système de financement des services de santé. Le financement des salaires, de la maintenance et autres dotations n'était pas pris en considération à ce moment. Le schéma illustre la grande fragmentation du système de financement du secteur de la santé, qui risquait de s'aggraver avec la distribution des subsides à une multitude de mutuelles de santé à base communautaire. Une des priorités pour le système de santé était assurément de répondre à cette fragmentation et centralisation de la gestion financière. En effet, la plupart des systèmes de contrôle financier étaient organisés par et sous la responsabilité du niveau central. Les difficultés opérationnelles d'un tel système de contrôle et de paiement des factures se devinent aisément et étaient effectivement constatées sur le terrain. Les factures envoyées par les formations sanitaires étaient incontrôlables au niveau central, la charge de travail était énorme et les paiements effectués avec des retards tels que les formations sanitaires rencontraient des ruptures de stock de médicaments, au moins partiellement dues au manque de cash pour payer les factures d'achat de médicaments.

Une assurance maladie universelle et nationale devrait avoir le potentiel d'intégrer toutes ces initiatives dans un seul système unique de financement

du système de santé avec un seul système de contrôle. Le modèle devrait intégrer les fonds au niveau central, mais permettre une gestion et une exécution du budget de façon décentralisée.

Le concept de la CSU prévoit une couverture universelle qu'on ne peut obtenir que graduellement. Compte tenu de la capacité financière du système (apports par les patients, diverses subventions par l'État et cotisation de la population), il est possible de définir le paquet de soins et services qui peut être couvert. L'AM devra prendre des décisions périodiquement pour améliorer graduellement la couverture en tenant compte de la viabilité de l'AMU et des priorités de santé publique, et non par décision politique, trop souvent prise pour des besoins électoraux. La vision de la CSU préconise une mise en place graduelle en analysant à chaque instant l'équilibre entre les prestations prioritaires à couvrir et le plateau technique et financier disponible.

Encadré 2 : Deuxième principe du modèle AMU poursuivi

Un seul système de financement coordonné pour le secteur de la santé, intégrant toutes les initiatives diverses de gratuité et autres subventions *ad hoc* de l'État, les contributions des utilisateurs, les initiatives diverses des bailleurs et le financement des salaires par la Fonction publique.

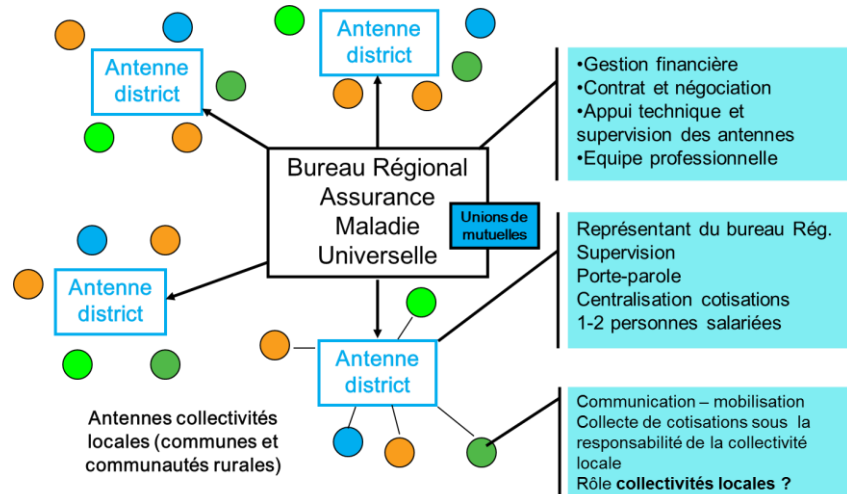
2.6 Le modèle proposé initialement en 2012

L'analyse initiale démarrait de l'observation que les mutuelles à base communautaires avaient prouvé internationalement des faiblesses structurelles (faiblesses inhérentes à l'institution) et qu'il fallait les surmonter pour avancer, dans un système global de santé qui n'était pas du tout préparé pour une vision unique et globale du financement du système.

La Figure 6 représente la vision initiale du projet par rapport aux réponses possibles aux difficultés mentionnées plus haut concernant le système de financement des soins et face à l'approche « mutuelle de santé à base communautaire » telle que proposée par la politique sanitaire du Sénégal à ce moment. Les options évoquées dans ce schéma sont la professionnalisation de l'assurance maladie, son caractère public et en principe obligatoire, et l'organisation pyramidale avec un bureau central au niveau régional et un démembrement au niveau district, puis au niveau des communautés. Pour chaque niveau, une répartition des tâches était proposée. Le schéma évoque ainsi une vision clairement inspirée par les

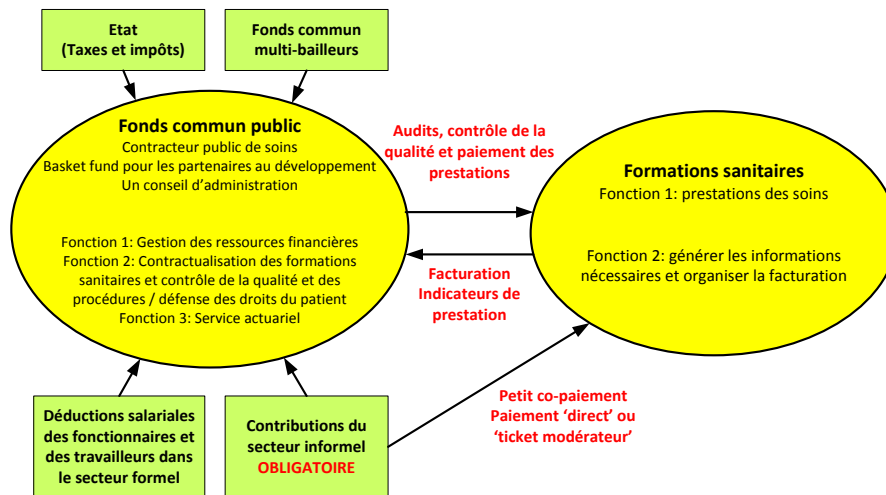
contraintes du terrain, connues mais inévitablement vagues, et avec plusieurs incertitudes sur son application concrète. Les concepteurs du programme d'intervention ont laissé ouverts plusieurs aspects concrets de l'organisation de l'AM.

Figure 6 : Modèle initial figurant dans le document de projet (2012)



La participation communautaire reste importante dans le modèle proposé, mais est déjà clairement réduite comparée à la lourde responsabilité qui repose sur les épaules des communautés quand elles sont entièrement responsables de l'organisation de l'ensemble de l'assurance maladie. La place des unions des mutuelles prévues dans la politique nationale sénégalaise par rapport à l'approche de mutuelles restait vague, presque implicite.

Figure 7 : Modèle de la vision globale sur les principes d'une AMU publique



La Figure 7 n'était pas présentée comme telle dans la proposition initiale du projet ; par contre, la vision qu'elle évoque y était clairement décrite. Il s'agissait d'une vision à long terme sur l'organisation d'une assurance maladie universelle, obligatoire et publique, donc pour l'ensemble de la population sénégalaise dans un système unique.

Le schéma évoque, d'un côté, un fonds national unique qui regroupe les contributions financières de toutes les parties prenantes pour financer les soins, mais aussi la fonction de contractualisation, le contrôle de la qualité et la défense des droits du patient, donc la gestion des plaintes. Ce fonds doit pouvoir recevoir des appuis financiers de l'État, des contributions obligatoires de la part de la population, des fonctionnaires et des employés du secteur formel, qui eux, bénéficient déjà d'une assurance publique, et des partenaires au développement. Contrairement à la vision répandue sur les mutuelles à base communautaire, l'autonomie financière de l'organisme assureur n'est pas visée. Les contributions de la population doivent être complétées par des subventions étatiques, même importantes vu le niveau de pauvreté en premier lieu dans le secteur informel.

Cette figure représente la vision à long terme. Le Ministère de la Santé sénégalais s'était clairement exprimé « contre » une assurance obligatoire et

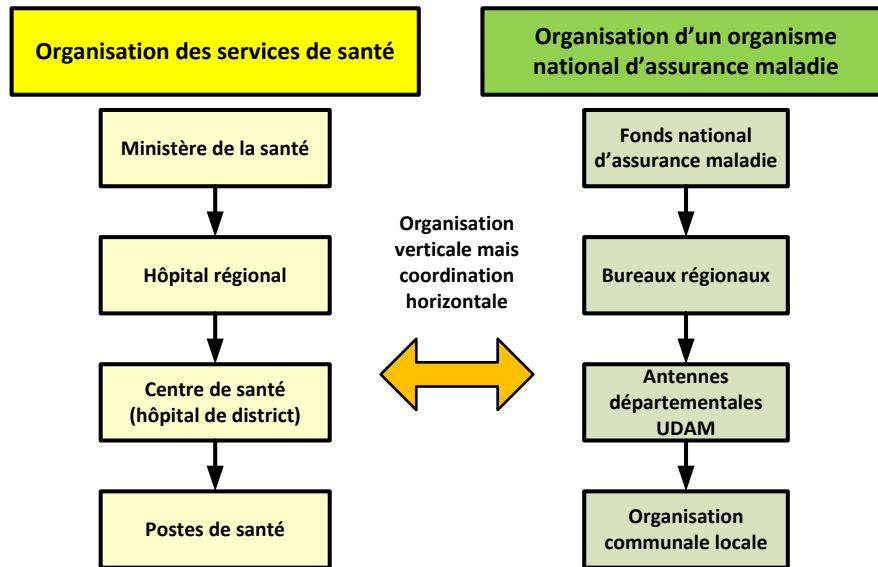
« contre » une assurance publique. Certaines parties prenantes n'en voyaient pas la nécessité, d'autres estimaient que le système sénégalais n'était tout simplement pas prêt pour une telle vision à cause de la nécessité d'adapter plusieurs lois et en raison d'un État qui n'arriverait pas à s'imposer ainsi à la population, les mécanismes de contrôle et d'imposition n'étant pas en place dans le pays. Le Ministère avait à ce moment-là des difficultés à accepter l'imposition de l'adhésion. Le projet était conscient de ces difficultés et a accepté les arguments, sans pour autant abandonner la philosophie sous-jacente. Il s'est inscrit en conséquence dans une approche d'adhésion volontaire, sachant les limites d'une telle approche. D'ailleurs, la problématique de rendre obligatoire l'adhésion à l'AMU s'inscrit dans l'initiative récente du gouvernement sénégalais qui discute précisément en ce moment (2017-18) de l'opportunité de cette adhésion obligatoire.

Le modèle proposé, et finalement piloté en partie par le projet, occupait ainsi une position intermédiaire entre une assurance maladie universelle et publique et une mutuelle à base communautaire. La notion d'une AM professionnalisée couvrant une grande partie de la population était clairement retenue.

Le fait de prévoir une subvention étatique importante constitue probablement l'aspect le plus important dans le modèle proposé, contrairement aux modèles des mutuelles à base communautaire habituels. Les adhérents ne sont pas censés devenir financièrement autonomes du simple fait de leur solidarité. Le système accepte *a priori* que la population n'a pas les moyens de couvrir l'ensemble de ses besoins à travers les frais d'adhésion et de cotisation, et qu'une fonction de redistribution des biens sociaux est inévitable. L'État sénégalais s'est (entre autres) engagé à doubler les efforts financiers de la population et à financer l'adhésion et la cotisation d'un certain nombre d'indigents à travers le programme de bourses de sécurité familiales. Les frais d'adhésion et de cotisation de ces familles sont payés directement à l'assurance qui veille à leur inscription effective.

2.7 Les évolutions du modèle initial

Figure 8 : Une première précision apportée au modèle initial d'organisation d'une AMU (2013).



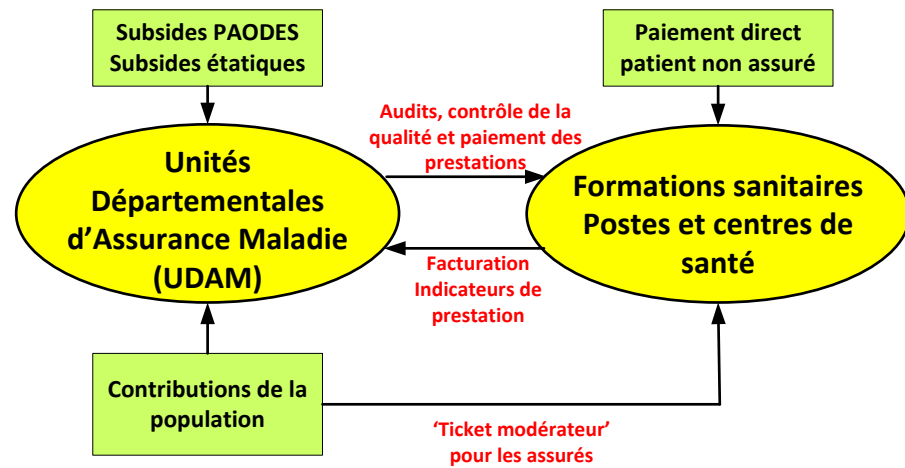
La Figure 8 montre un premier changement du modèle initial proposé (Figure 6) avec les Unités⁶ Départementales de l'AM (UDAM) comme unité la plus opérationnelle au niveau d'un département administratif, plutôt qu'au niveau régional. Ceci correspondait mieux au découpage administratif du pays et permettait à l'assurance de se rapprocher de la population et de travailler à une échelle moins étendue. Un département administratif au Sénégal regroupe de un à trois districts sanitaires qui, eux, ne sont pas reconnus comme des unités administratives. Ainsi, le niveau régional était à redéfinir en complément des UDAM. Puisque les zones de responsabilité du nouveau système assurantiel correspondaient au découpage administratif plutôt qu'à celui du système sanitaire (le district sanitaire au Sénégal consiste en un niveau centre de santé et un niveau de première ligne, les postes de santé), les antennes de l'AM au niveau des postes de santé ont été remplacées

⁶ Le terme UDAM prête actuellement à confusion parce que l'ACMU parle d'UNIONS départementales d'AM.

par des antennes au niveau communal.

Ainsi, l'implication des collectivités locales rentrait dans une nouvelle phase de réflexion. Alors que la première n'avait pas encore d'idée claire sur le rôle de la collectivité locale, comme le montre la Figure 6 où le rôle de la collectivité locale est mentionné avec un point d'interrogation, avec le nouvel ancrage au niveau départemental, les maires et les élus locaux devenaient des interlocuteurs et parties prenantes naturels. Le chapitre 8 évoque le rôle attribué graduellement à ces autorités locales.

Figure 9 : Le modèle UDAM piloté comme unité opérationnelle d'une future AM à grande échelle



La Figure 9 représente les UDAM telles qu'elles ont été pilotées. L'UDAM se profilait comme l'élément opérationnel clé et la pierre angulaire d'un futur système assurantiel universel. Le pilotage de cette unité dans des conditions réelles de terrain devait être considéré comme un premier pas nécessaire afin de répondre à plusieurs hypothèses de travail pour arriver à un module dont on comprend la dynamique et qui devient ainsi reproductible dans le pays. Le schéma n'évoque pas la politique de l'adhésion volontaire ni le statut d'ASBL, contrairement à une adhésion obligatoire et un statut public initialement prévus dans le modèle.

Les questions (hypothèses) auxquelles le pilotage voulait répondre sont discutées en détail dans les chapitres 5 et 6. Elles peuvent être résumées

comme suit :

- Quels types de personnels et en quel nombre doivent-ils être recrutés pour faire fonctionner l'UDAM dans toutes ses fonctions ?
- Quels sont les tarifs d'adhésion applicables pour la population et quel pourrait être le niveau de subvention étatique pour que les UDAM soient en mesure de contractualiser les PdS et CdS au moins, et restent financièrement viables en même temps? Quels sont l'acceptabilité et le rôle éventuel d'un ticket modérateur ?
- Comment organiser les relations entre UDAM et formations sanitaires? Quelles sont l'influence et/ou la régulation des formations sanitaires qui sont exercées par la présence d'une AM? Gestion financière des formations sanitaires? Gestion des médicaments? Respect des protocoles cliniques? Quel paquet de soins et services assurés, pour quel remboursement et qui ne met pas en péril la viabilité financière des UDAM ?
- Comment développer les relations entre les UDAM et autorités sanitaires à différents niveaux? Comment gérer les anomalies constatées? Les plaintes? Les conflits ?
- Comment organiser la facturation? Comment vérifier les factures? La qualité des prestations? Comment rembourser les frais facturés en tenant compte de la qualité des soins livrés ?
- Quel sera le lien futur entre les UDAM et le niveau régional de l'AM?
- Comment une AM pourrait-elle renforcer le système de référence pour éviter une utilisation inefficace au niveau des centres de santé et les hôpitaux régionaux surtout ?

D'autres questions, notamment par rapport à la participation communautaire et le métier de « médecin-conseil », se sont ajoutées graduellement durant le processus :

- Comment gérer le dialogue avec la population? Comment mobiliser la communauté pour qu'elle adhère à l'AM? Quels sont les coûts liés à cette stratégie? Comment revoir la participation communautaire à la lumière d'une AMU?
- Comment défendre les droits du patient? Comment concevoir le métier du médecin-conseil? À quel niveau de l'organisation AM doit-il fonctionner ?

Cette liste n'est pas exhaustive. L'hypothèse pourrait être résumée sous sa

forme « réaliste » (évaluation réaliste) dans un système complexe : Comment une UDAM peut-elle fonctionner et dans quelles conditions ?

Le processus de pilotage des UDAM et les acquis après deux ans et demi de pilotage (après les préparations nécessaires) sont décrits aux chapitres 5 et 6.

Le projet n'a pas pu tester en profondeur le niveau régional qui devrait, dans le modèle préconisé, chapeauter plusieurs UDAM. Le pilotage au niveau départemental a permis pourtant de réfléchir à ce niveau supérieur et complémentaire de l'AM à grande échelle. Le chapitre 5 décrit également les expériences à ce niveau et notamment le métier du conseil médical. Le médecin-conseil était le dernier métier à être expérimenté dans l'UDAM. Il s'agit d'un médecin qui devrait évaluer l'effectivité et la qualité des prestations remboursées par l'AM. Une AM n'a de sens que lorsque les prestations financées sont de qualité.

2.8 Conclusion : un modèle évolutif dans le cadre d'une importante réforme du système de santé

Ce chapitre introductif a voulu illustrer l'importance des modèles qui demeurent souvent implicites et qui peuvent donc être très contradictoires. Ce n'est qu'en explicitant les modèles avec suffisamment de détails que les différentes parties prenantes peuvent rentrer en dialogue et arriver à se comprendre, ou au moins à comprendre d'où viennent les différences d'opinions.

Les modèles explicites peuvent soutenir le dialogue et la réflexion, même parmi des parties prenantes qui sont de la même opinion, tant que les modèles ne sont pas interprétés comme des dogmes ou des situations idéales à atteindre (18;62). Dans la pensée systémique, les modèles ne sont qu'une représentation simplifiée d'une réalité ou d'idées complexes avec un degré d'incertitude considérable, qui organisent la pensée et rendent explicites les relations entre les acteurs⁷ clés du système considéré (1;5;14;64).

Le développement et l'évolution d'un modèle partagé sont clés pour toute recherche systémique concernant un système complexe. Plutôt qu'aborder la discussion dans une perspective dichotomique (raison/tort), il s'agit d'une réflexion autour de modèles qui orientent une série de décisions successives

⁷ Les « acteurs » peuvent être des individus comme des institutions ; les relations entre les acteurs peuvent être financières, humaines, familiales, hiérarchiques, culturelles, etc.

cohérentes *grâce au* modèle. Mais ces modèles sont évolutifs. Le résultat des décisions ultérieures influence nécessairement le modèle en vigueur (4;65). Traduit en langage réaliste (voir Figure 2, chapitre 1) : pour appréhender les mécanismes de changement dans un contexte complexe qui influence également les résultats d'une intervention, la compréhension des modèles sous-jacents, qui ont inspiré les décisions, est clé (8;66).

Les chapitres 4 à 8 doivent être considérés comme une poursuite de la réflexion sur le(s) modèle(s) du système de santé avec une attention particulière sur le modèle assurantiel. Les résultats présentés dans ce livre sont plus importants pour soutenir la réflexion sur le modèle et son évolution potentielle (comment il peut être complété ou précisé) plutôt que pour illustrer comment il atteint un taux d'adhésion pour l'AM de 20 ou 25 %. Les justificatifs (ou pas) d'un modèle, inévitablement évolutif, se trouvent évidemment dans les résultats obtenus grâce aux décisions cohérentes avec le modèle poursuivi.

3. *Créer les conditions de réussite* L'analyse d'un environnement complexe

Avec les contributions de :

Amar Sidy (MCD Koungheul),
Ba Aliou (gestionnaire CS Koungheul), Bihibindi André (AT Projet),
Diouf Diégane (Infirmier superviseur SSP DS Koungheul), Faye
Adama (ISED), Ndiaye El Hadji Malick (AT Projet), Ndiaye Fatou
Bérété (AT Projet), Ndieng Moussa (Comptable régional Projet),
Niang El Hadji Malick (Médecin compétent SOU Koungheul), Sarr
Samba Cor (Chef division recherche, MSAS), Sougou Amadou
(Assistant social DS Koungheul), Sow Cheikhou (contrôleur financier
Projet), Sow Khoudia (socioanthropologue, responsable nationale
Projet, MSAS), Sow Mademba (AT Projet), Coly Sarany (AT Projet)

Piloter une innovation dans un système complexe tel que le secteur de la santé nécessite une étude des contraintes systémiques qui entourent et déterminent l'initiative. À ce niveau, ce chapitre n'évoque que les domaines d'attention systémiques les plus importants et généraux. Les chapitres 5 à 9 précisent les domaines d'intervention spécifiques, les facteurs sur lesquels l'intervention est intervenue directement pour influencer le système global, et évoquent les enjeux, respectivement par rapport à la politique de tarification, le concept des UDAM et l'importance de la qualité des soins et du plateau technique de l'offre de soins.

Une politique nationale de tarification, l'échelonnement complémentaire entre niveaux de soins, la redéfinition des plateaux techniques et la création d'une gestion transparente sont quelques domaines exemplaires sur lesquels le projet est intervenu sans pour autant que le MSAS n'en ait ressenti le besoin dès le début du processus.

3.1 *La commercialisation des soins*

Les termes « commercialisation » ou « marchandisation » des soins indiquent que la santé peut devenir une marchandise commercialisable si elle n'est pas gérée comme un bien public avec, comme premier effet pervers, une

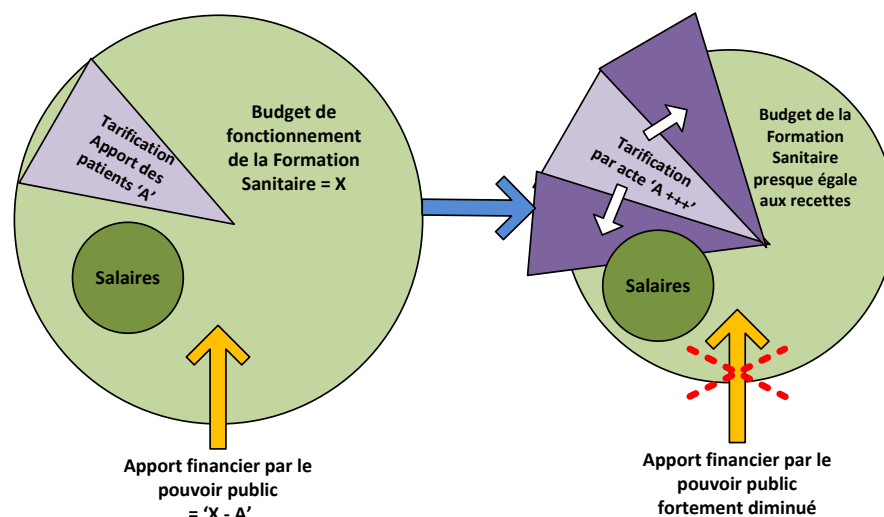
inaccessibilité financière des soins pour la majorité des patients.

Presque tous les pays en Afrique subsaharienne ont connu une période initiale de soins de santé primaires gratuits pour leurs utilisateurs. Il s'agissait d'un paquet de soins souvent peu élaboré et bon marché. Les décideurs de la santé et les bailleurs de fonds dans les années 1980 ont voulu renforcer la participation communautaire pour permettre à la population de faire entendre sa voix en ce qui concerne sa santé. Cela s'est notamment traduit par l'introduction d'une participation financière des patients, communément connue sous le nom d'Initiative de Bamako (IB) en 1987 (67). Tandis que l'IB visait initialement une augmentation de la redevabilité de l'offre vis-à-vis de sa population à travers une participation communautaire (pas seulement financière), cette initiative est devenue une opportunité pour l'État de se retirer graduellement de son obligation de subventionner les soins. Un recouvrement des coûts partiel pour stimuler la participation communautaire était détourné vers un système de financement des soins de plus en plus exhaustif et qui avait comme but d'augmenter la manne financière des formations sanitaires. Le système est effectivement entré dans un cercle vicieux où l'État se retirait de plus en plus de sa responsabilité de subventionner les soins de santé, tandis que la demande pour d'autres soins augmentait. Les formations sanitaires, ainsi de plus en plus dépendantes des recettes générées par les utilisateurs pour leur viabilité, ont réagi avec des augmentations graduelles des tarifs et/ou une détérioration des coûts, par exemple en dirigeant les patients vers des pharmacies privées augmentant de la sorte la barrière financière pour les utilisateurs et induisant une sous-utilisation des services. Et si, de surcroît, les recettes étaient également utilisées pour payer des salaires ou des primes aux salaires, le cercle vicieux était complet. Les patients devenaient de plus en plus la garantie d'un revenu pour le personnel de santé et l'attention pour le patient se déplaçait graduellement de sa santé vers son portefeuille.

Aujourd'hui, une véritable commercialisation des soins se constate à différents degrés dans presque tous les pays subsahariens (et dans le monde entier d'ailleurs). La commercialisation des soins peut être définie comme la tendance du système à se concentrer plus sur les recettes et le gain personnel générés par l'offre de soins que sur la qualité des soins. Pour l'offre de soins, la question n'est plus « quel est le service le plus efficace ou efficient que je peux rendre au patient », mais « quel est le service le plus rentable pour moi que je peux faire payer par le patient ». Il s'agit d'une inefficience structurelle dans les systèmes de santé et d'un glissement dangereux dans les valeurs qui

sous-tendent l'offre de soins de santé. Comme mentionné plus haut, probablement tous les systèmes de santé au monde doivent gérer le dilemme entre la viabilité économique et la qualité des soins offerts. Ce dilemme est fortement conditionné par le système de financement des formations sanitaires, la hauteur des subventions, le lien (ou pas) entre recettes et primes aux salaires, la hauteur des salaires du personnel soignant en relation avec des salaires décents, la gouvernance du système et le degré de corruption, la voix du patient, le degré d'impunité dans un pays donné, etc.

Figure 10 : Évolution de la situation financière d'une formation sanitaire en cas de désengagement du pouvoir public



La Figure 10 résume schématiquement cette évolution. La proportion de financement du système par la population augmente graduellement, l'État se désengage simultanément et les salaires du personnel sont de plus en plus financés par les recettes générées par les utilisateurs.

Un lien fonctionnel entre les recettes et les salaires des prestataires des soins et le sous-financement des formations sanitaires par les autorités sanitaires, ou par des ressources financières autres que celles provenant du patient (notamment l'AM), sont probablement les facteurs les plus structurants qui génèrent la commercialisation des soins. Même dans une situation où, par exemple, un médecin gagne déjà beaucoup, il aura tendance à vouloir augmenter son gain à travers la commercialisation des soins si le système le lui permet.

3.1.1 LA COMMERCIALISATION DES SOINS AU SENEGAL

Comme dans beaucoup d'autres pays ouest-africains, après un épisode initial de gratuité des soins dans les années 1960-70, le système de santé au Sénégal a évolué graduellement vers un système financé pour la plus grande partie à travers les paiements directs des utilisateurs (voir paragraphe 2.1). Les recettes ainsi générées étaient réinjectées dans le système (principe de recouvrement des coûts, l'Initiative de Bamako). Elles permettaient à l'État d'épargner sur son budget public, mais avaient évidemment comme inconvénient d'imposer une barrière financière grandissante pour les patients.

Graduellement, les recettes ont servi de plus en plus pour payer des primes sur salaires avec une clé de répartition décidée localement et même des salaires entiers (les « contractuels » ne sont pas des fonctionnaires reconnus et payés par l'État, mais des employés entièrement payés sur le système de recouvrement des coûts) contribuant à stimuler davantage un réflexe de maximisation des recettes générées par les contributions des utilisateurs. Ainsi, la commercialisation des soins s'est instaurée : générer des recettes plutôt qu'offrir des soins aux plus pauvres devenant la logique principale des actes médicaux. L'État sénégalais semblait jusqu'à récemment peu sensible aux effets pervers de ce système de financement. Même le programme national d'AM ne s'est pas intéressé à s'investir dans la problématique des tarifs et, par exemple, a contractualisé avec les hôpitaux régionaux sans remettre en question les tarifs en vigueur. Il a opté pour un remboursement des médicaments non génériques sans se soucier au préalable des prix demandés (remboursement d'un certain pourcentage du prix demandé). La fonction actuarielle d'une AM n'étant pas développée au Sénégal, la décision au niveau central de rembourser ces médicaments n'était pas basée sur une analyse qui démontrait la faisabilité. La réintroduction de la gratuité des soins pour certaines cibles et la politique d'assurance maladie sont des réponses plutôt récentes (et partielles) à l'inaccessibilité financière de certaines couches de la population aux soins de santé, mais n'ont pas donné une réponse aux problèmes systémiques de commercialisation.

Ces initiatives étaient inspirées politiquement plutôt que d'être une conséquence d'une analyse actuarielle approfondie destinée à éclairer la politique de tarification.

Une tarification par acte, peu transparente pour les utilisateurs, dans un environnement de financement précaire des soins, est un fort inducteur de la commercialisation des soins. Au Sénégal, la tarification en vigueur est une tarification par acte qui n'a pas connu beaucoup de régulation des autorités

sanitaires depuis quelques décennies. Les observations sur le terrain d'une telle dynamique étaient :

- Une tarification peu uniforme et peu transparente pour les patients.
- Des formations sanitaires semblables utilisent des tarifs très différents pour les mêmes actes.
- Des recrutements, surtout du personnel auxiliaire, mais aussi d'infirmiers et sages-femmes sur les recettes générées par les utilisateurs qui mettent en danger la viabilité des formations sanitaires et qui augmentent parfois inutilement les coûts de fonctionnement de la formation sanitaire.
- Des primes aux salaires octroyées sans couvrir d'abord les coûts récurrents de la formation sanitaire (primes favorisées au détriment du rachat des médicaments, p. ex.).
- Des centres de santé et hôpitaux régionaux sans comptabilité transparente.
- Une commercialisation des prescriptions avec la création de pharmacies privées liées aux prestataires de soins (conflit d'intérêts).
- Une surprescription de produits pharmaceutiques et d'actes médicaux (laboratoire, imagerie médicale) afin de maximiser les recettes.

La commercialisation des soins n'est pas un phénomène voulu, ni par le personnel soignant, ni par les dirigeants de la santé, ni par la population ou les utilisateurs des soins. Il s'agit plutôt de l'émergence d'un (sous-)système de santé quand différentes conditions sont combinées : un sous-financement général de l'offre des soins, des salaires et autres conditions de travail peu motivants, un faible pilotage du système caractérisé par un laisser-faire, un certain niveau d'impunité et un manque d'émancipation de la part de la population. Néanmoins, on peut reconnaître d'autres parties prenantes et phénomènes qui probablement influencent cette tendance, comme le plaidoyer de l'industrie pharmaceutique, le réflexe d'une pratique libérale de défendre coûte que coûte la liberté de la prescription et une vision politique prédominante néolibérale qui plaide pour la privatisation, corollaire de la disparition de la notion de services publics. La dérégulation des tarifs et l'autonomie de gestion des hôpitaux (voire la dérégulation de sa gestion) et l'ambition d'inclure le remboursement des médicaments ne faisant pas partie de la liste nationale des médicaments et produits essentiels dans l'AM publique, sans le souci de sa viabilité, sont des exemples concrets et importants de cette pratique libérale.

Le Ministère de la Santé au Sénégal n'a pas un département qui se penche techniquement et systématiquement sur la tarification des actes. La tarification est ainsi devenue un instrument très libéral et individuel pour chaque formation sanitaire.

L'intervention a proposé plusieurs initiatives pour répondre en partie à cette contrainte, avec, parmi d'autres, l'introduction d'un nouveau système de tarification (voir chapitre 5).

3.1.2 LA RELATION ENTRE MARCHANDISATION DES SOINS ET L'AM

La commercialisation des soins et l'assurance maladie sont incompatibles. Dans un environnement de commercialisation, les formations sanitaires vont multiplier les actes et, en conséquence, les factures pour l'AM (éventuellement même falsifier les factures). Ainsi, l'AM devient la vache à lait pour financer les formations sanitaires sans que des prestations de qualité soient offertes en contrepartie. Dans ce cas de figure, un autre cercle vicieux s'installe. Pour parer à la hausse des factures des formations sanitaires et pour ne pas tomber en faillite, l'AM va avoir tendance à augmenter les tarifs des cotisations.

La suppression de la commercialisation des soins, accompagnée d'un financement vécu comme acceptable par les prestataires, est un préalable absolu pour la viabilité et la performance d'une AM. C'est pourquoi l'intervention étudiée a accordé tant d'attention à l'introduction d'un nouveau système de tarification.

3.2 *La disponibilité des médicaments*

La disponibilité des médicaments était considérée et vécue par le projet comme une autre condition préalable pour garantir le succès d'une assurance maladie. Si les médicaments ne sont pas disponibles au niveau de la formation sanitaire, non seulement la qualité des soins en souffre, mais cette situation entraîne également la commercialisation des soins avec un soutien à des pharmacies illicites, la prescription la plus chère possible. Cela était encore plus important au moment de l'introduction d'une tarification par épisode maladie (voir chapitre 4 pour plus de précisions) qui ne peut être acceptable par les utilisateurs que si les médicaments sont réellement livrés et donc disponibles dans le système.

Une intervention du projet à ce sujet s'imposait et représente une autre expérience très importante dans le cadre de la création d'une AM performante. Elle est décrite également au chapitre 4. Mais dans un contexte

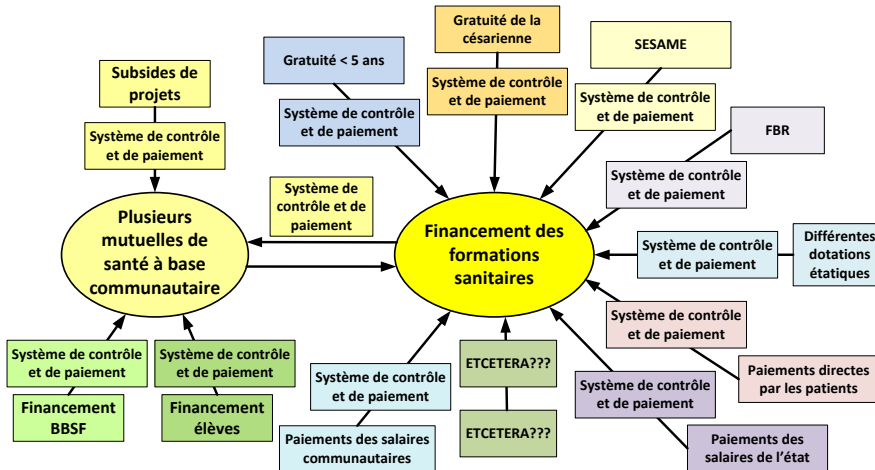
de commercialisation des soins, les prestataires étaient peu enclins à laisser tomber leur intérêt financier personnel. La disponibilité des médicaments était ainsi un problème structurel systémique auquel un projet « isolé » ne pouvait donner qu'une réponse partielle (voir chapitre 4). Le Sénégal avait d'ailleurs reconnu le problème. Il avait pris l'initiative de revoir sa politique nationale d'approvisionnement des consommables au niveau des formations sanitaires.

Grâce à cette initiative, le projet a reçu un appui inattendu de la part de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) avec son initiative de décentralisation de ses stocks de médicaments jusqu'au niveau du district. Cela permettait aux CS et PS de disposer directement de médicaments, en quantités requises, sans avoir dû les acheter préalablement. Le renouvellement se fait par le remboursement des médicaments consommés. La proximité des stocks permettait aussi de réaliser des commandes *ad hoc* et pouvait ainsi compenser des inefficiences de gestion de la part des formations sanitaires.

3.3 *La fragmentation du système de financement*

La fragmentation du système de financement du secteur de la santé a augmenté durant la période de l'intervention, contrairement à la tendance voulue par l'intervention (comparer la Figure 11 avec la Figure 5). La responsabilité réside tant auprès du Ministère de la Santé qu'au niveau des PTF. Avec la pression de l'objectif déclaré par le Président, qui avait promis à la population d'atteindre 75 % de couverture de la population par rapport à l'accès financier aux soins, le MSAS était plus motivé par des initiatives de gratuité que par la mise en place d'un système d'assurance maladie, qui ne peut se créer que très graduellement. En plus, la vision sur les mutuelles à base communautaire et leurs unions au niveau départemental crée une multitude d'instances (semi-)autonomes, augmentant davantage le besoin de coordination et de concertation.

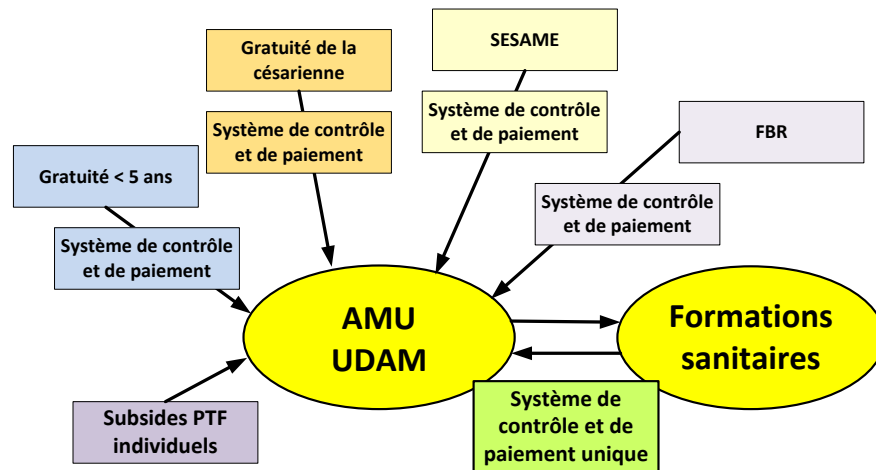
Figure 11 : Fragmentation du système de financement des prestations de soins



La fragmentation n'est pas simplement une situation d'inefficacité et d'inefficience du système, mais certains aspects découragent également l'adhésion à une AM, surtout si elle est volontaire. La gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et pour les césariennes, par exemple, avait comme effet secondaire que les familles n'étaient plus motivées à adhérer volontairement à une assurance maladie. Le fait que la gratuité pourrait être conditionnée à une adhésion à une assurance maladie existait dans l'esprit de certaines parties prenantes, mais cette idée n'a jamais été une option réelle durant la période de l'intervention.

Le projet a pu démontrer que des mesures de défragmentation étaient possibles : gratuité sous condition, subventions au travers des UDAM « uniformes », évolution graduelle vers un fonds commun (Figure 12).

Figure 12 : Un premier pas vers la défragmentation : intégration des initiatives dans une seule procédure de gestion et de contrôle des UDAM



3.4 Le dogmatisme du modèle UEMOA

Le modèle AM à base communautaire proposé par l'UEMOA a été discuté dans le chapitre précédent (point 2.4). Ce modèle était devenu une contrainte majeure pour l'intervention à partir du moment où il n'était plus vu comme évolutif, mais plutôt comme un prescrit autoritaire.

L'adhésion forte et presque dogmatique par d'autres projets à ce modèle a eu des répercussions négatives sur le dialogue politique nécessaire pour que le pilotage d'une expérience puisse servir de véritable opportunité d'apprentissage.

3.5 L'adhésion volontaire

L'adhésion volontaire est un frein important pour le taux d'adhésion d'une AM. Le projet avait proposé initialement une adhésion obligatoire (voir Figure 7), mais les autorités sénégalaises avaient indiqué que cette option n'était pas réaliste à ce moment.

Il s'agit donc d'une contrainte majeure, peu ou pas vulnérable au changement, pendant la période de l'intervention. L'enjeu pour le pilotage devenait ainsi de démontrer qu'à travers d'autres facteurs, il était possible d'influencer positivement le taux de pénétration en sachant bien qu'il n'était

pas possible ainsi d'approcher les 100 %. En travaillant avec différentes instances et en mobilisant la population, le projet pouvait également contribuer à répondre à la question « dans quelles conditions l'obligation peut-elle être introduite ? ».

Le principe de l'adhésion obligatoire n'était pas accepté par toutes les parties prenantes. Mais plusieurs personnes hautement placées dans le MSAS ont vu évoluer leur opinion pendant le processus de mise en œuvre. Là où la notion était impensable pour certains en 2012, idée nourrie en partie par le modèle préconisé par l'UEMOA, en 2017, lors de la restitution des acquis du projet, l'adhésion obligatoire était déjà devenue une vision largement partagée avec même une préparation de loi en cours dans ce sens.

3.6 Un faible plateau technique et une qualité de soins sous-optimale

La crédibilité d'une formation sanitaire repose sur la qualité des soins et le paquet de soins offert. Pour convaincre une population d'adhérer à une AM, la crédibilité du système de santé est un facteur très important.

Après l'adhésion obligatoire et la présence des médicaments dans le système, le programme a considéré le plateau technique et le paquet des soins offerts comme un troisième préalable pour garantir le succès d'une AMU. En agissant isolément sur l'assurance sans garantir, voire améliorer, la qualité et augmenter le paquet des soins surtout au niveau des centres de santé, l'AM risquait de devenir un moyen d'achat de soins de piètre qualité ou inutilement chers. Le chapitre 6 traite de ces aspects en détail.

3.7 Manque de transparence dans la gestion des services

Au Sénégal, les formations sanitaires les plus proches de la population (centres de santé, postes de santé) ne disposaient ni de la capacité ni des outils performants pour une bonne gestion financière transparente des institutions. Dans ce contexte, il est impossible de bien comprendre ou prévoir les réactions des acteurs quand des changements sont introduits. Il était impossible, par exemple pour le projet, mais aussi pour le Ministère, de savoir comment les primes sur salaires allaient changer, comment des décisions sur le recrutement de plus de personnel seraient justifiées financièrement, ou de savoir si les recettes rendaient les formations sanitaires viables. Quand, grâce à l'AM, les recettes ont augmenté significativement au niveau des formations sanitaires et que des décisions de réinvestissement

s'imposaient, la nécessité, voire l'obligation, d'introduire un système comptable et des audits devenait encore plus criante. L'intervention a partiellement pu s'attaquer à cette contrainte. Le chapitre 4 traite de cette question. Qui dit renforcer la gestion dit en même temps renforcer la transparence, facteur important dans le cadre de la crédibilité des formations sanitaires et indirectement, cela permet de convaincre la population d'adhérer à une AM.

3.8 Le faible niveau de digitalisation

Une assurance maladie à grande échelle exige des outils de gestion compatibles avec cette situation. Pour absorber la charge de travail de l'AMU, une automatisation des procédures administratives et financières s'avérait obligatoire. Le même constat était dressé au niveau des formations sanitaires qui voyaient leurs recettes augmenter.

L'intervention s'est investie dans le développement de plusieurs outils pour répondre à cette nouvelle situation (chapitre 4, 5, 7).

3.9 Conclusion : s'attaquer à des facteurs importants du contexte pour un changement durable

Un système complexe est inévitablement composé de facteurs qui déterminent largement la situation globale et donc la performance du système. Cette intervention a voulu agir sur certains de ces facteurs dans le cadre d'une approche systémique. Elle estimait que, pour éviter que l'assurance maladie ne soit simplement absorbée par le système qui retombe dans son équilibre « naturel » dès que les efforts externes cessent, sans impact sur la performance globale, malgré de multiples efforts, il fallait agir sur le volet « offre » en complément du volet « demande » pour qu'un nouvel équilibre qualitatif du système s'installe. Un système complexe non géré globalement résiste à des efforts unidirectionnels même s'ils sont importants (14;68;69).

Les chapitres 4 à 8 relatent les résultats de diverses initiatives qui se situent dans le volet « offre de soins » comme dans le volet « demande ». Le point central de cette intervention décrite dans le chapitre 5 traite de l'AMU. Les chapitres 4 et 6 à 8 traitent d'initiatives accompagnatrices qui ont facilité et ont contribué à la pérennisation des acquis du système d'assurance maladie introduit.

4. Protéger l'AM contre l'éventuel aléa moral

Création d'un système de tarification transparente et uniforme

Avec les contributions de :

Coly Sarany (médecin de santé publique, AT projet), Ly Mahmoudou (Chirurgien-dentiste au district sanitaire de Foundiougne), Mbow Mamadou Samba (Technicien Supérieur Enseignement Administration), Ndao Ahmadou Bouya (médecin-chef de district de Sokone), Sow Khoudia (socio-anthropologue, responsable nationale Projet, MSAS)

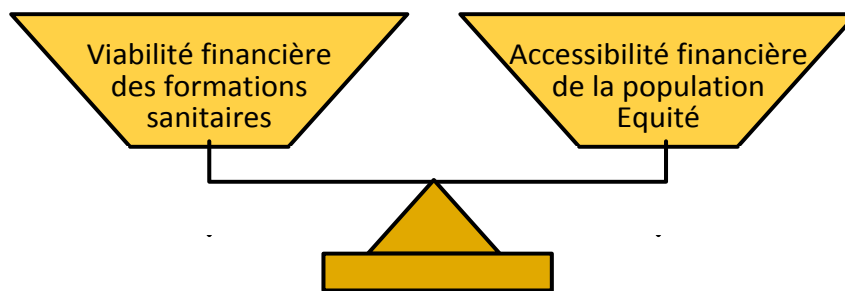
Ce chapitre est le premier à se concentrer sur le volet « offre » du système de santé. Le chapitre 6 parlera de la qualité des soins et du renforcement des paquets de soins offerts. Le présent chapitre traite uniquement des initiatives concernant le système de tarification dans le pays. Un système de tarification rationnelle, transparente et uniforme a été considéré par le programme comme un préalable important pour qu'une assurance maladie universelle puisse fonctionner et survivre financièrement dans le cas du Sénégal.

Par « système de tarification » dans le secteur de la santé, on comprend le système d'achat des prestations (soins et services), que ce soit par les patients utilisateurs des services ou par des tiers payeurs. Un système de tarification n'est pas une simple liste de tarifs affichée au niveau d'une formation sanitaire, mais englobe toute une démarche et une stratégie qui font partie du système de financement plus global du secteur de la santé, offre de soins et protection sociale en santé. Dès lors que l'État ne peut, ou ne veut pas, financer l'ensemble des prestations et qu'il exige une contribution des utilisateurs, il y a lieu de mener une réflexion stratégique sur un système de tarification.

Dans un système purement privé, l'utilisateur paie 100 % des frais de la structure dispensatrice de services. Dans un système public, l'utilisateur ne paie en général qu'une partie des frais. L'enjeu majeur revient à définir la part couverte par les utilisateurs, tout en veillant à maintenir une équité dans leur accessibilité financière, et celle couverte par les instances publiques pour

couvrir finalement la totalité des frais du système de soins, et donc le rendre viable financièrement. Il s'agit là de choix politiques qui dépendent en grande partie du coût des prestations offertes, de la disponibilité de fonds publics et du pouvoir d'achat des populations (Figure 13). Les choix politiques demeurent souvent implicites et l'adéquation entre les recettes perçues à travers les contributions des patients et des instances publiques, d'un côté, et les dépenses nécessaires pour livrer des soins de qualité, d'un autre côté, n'est généralement pas suffisamment analysée. Mais les patients, surtout dans des pays à faible revenu, n'arriveront jamais à titre individuel à payer l'entièreté de la facture et, par conséquent, le principe de subvention par des fonds publics devient une obligation si on veut réellement fournir des services de qualité. Ce thème sera traité en détail plus loin.

Figure 13 : L'équilibre difficile entre la viabilité financière du système de santé et l'accessibilité financière et équitable pour les patients

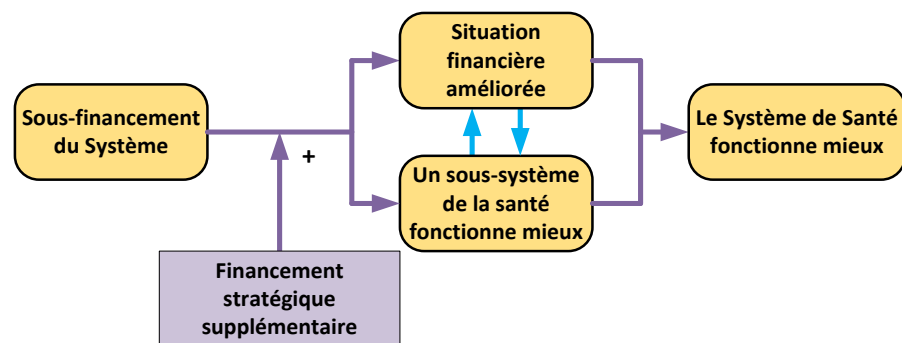


Un système de tarification, en d'autres mots, est le système qui régule les contributions financières des utilisateurs et/ou d'un tiers payant et dépasse le simple financement de la différence entre les besoins financiers du système global de santé et les subventions de l'État. Un système de tarification performant englobe également un aspect de financement stratégique, c'est-à-dire qu'au-delà de combler cette différence, il devrait contribuer, entre autres, à l'efficacité, l'équité et la qualité du système de santé dans sa globalité.

Il y a lieu de noter ici que le Ministère de la Santé au Sénégal ne semble pas avoir un département qui veille au système de tarification, qui apporterait des adaptations au fur et à mesure des évolutions dans le système de santé, ou au moment de l'introduction d'un nouveau service ou d'un nouveau médicament par exemple. Il n'existe donc pas d'organe national qui

revoit régulièrement les tarifs dans le pays, ce qui explique la présence d'une grande diversité de tarifs appliqués simultanément dans le pays. Avec l'introduction d'une assurance maladie universelle, une régulation des tarifs sur le plan national devient inévitable pour que l'AM puisse correctement calculer ses risques financiers et les prévenir et véritablement faciliter l'accessibilité financière des utilisateurs. Dans le cas contraire, l'AM deviendrait une autre⁸ source financière exploitée par les formations sanitaires.

Figure 14 : Un financement « stratégique » avec des effets parallèles sur le système de santé



La Figure 14 schématise ce qu'on comprend par un financement stratégique. Le financement additionnel, de par son organisation et ses conditionnalités, peut influencer bien d'autres aspects du fonctionnement du système de soins (indiqué comme « sous-système » dans le schéma), au-delà de sa simple viabilité financière.

Ce chapitre reflète le processus de conceptualisation et de mise en œuvre d'un nouveau système de tarification pour le Sénégal, compatible avec une assurance maladie, en prenant en compte également les aspects stratégiques mentionnés plus haut. Cette tarification a été pilotée de façon complémentaire avec les UDAM (voir chapitre 5).

⁸ La première source étant le patient.

4.1 *Les raisons de la tarification forfaitaire subventionnée : réponse partielle à la commercialisation des soins*

La commercialisation des soins a été analysée dans le chapitre 4 comme une des contraintes majeures pour le fonctionnement rationnel du système de santé. Une des réponses possibles, et fortes, contre la commercialisation des soins est l'introduction d'une tarification transparente, relativement simple pour la gestion, et qui se dit forfaitaire, c'est-à-dire, un tarif par épisode maladie et non pas par acte médical ou par médicament prescrit. Avec une telle tarification, le réflexe commercial de surprescrire et de pousser l'utilisateur à dépenser au maximum est brisé. Dans une situation de TF, la surprescription devient même contreproductive puisque chaque médicament de trop, chaque acte médical non indiqué, provoque des dépenses inutiles pour la formation sanitaire et augmente donc l'inefficience du système.

La TF est bien connue comme stratégie de financement dans les systèmes de santé. En Europe aussi, la tarification par acte a démontré ses limites. L'augmentation galopante des coûts qu'elle induit oblige les États à subventionner le système de plus en plus, et ce, malgré l'existence d'assurances maladie. Dans les négociations paritaires, État - Prestataires - Patients (représentés par les différents systèmes d'assurance et de prévoyance), les États imposent de plus en plus des remboursements sur base de forfaits (70;71).

Une TF ne peut être développée dans un système de soins sans répercussions sur le reste du système et sans mesures accompagnatrices. Il s'agit de l'introduction d'une véritable comptabilité et de nouvelles règles de réinvestissement des recettes⁹, d'une gestion des médicaments, de l'introduction et du respect des protocoles cliniques, etc. Ces mesures sont décrites au chapitre 7 sur l'offre des soins.

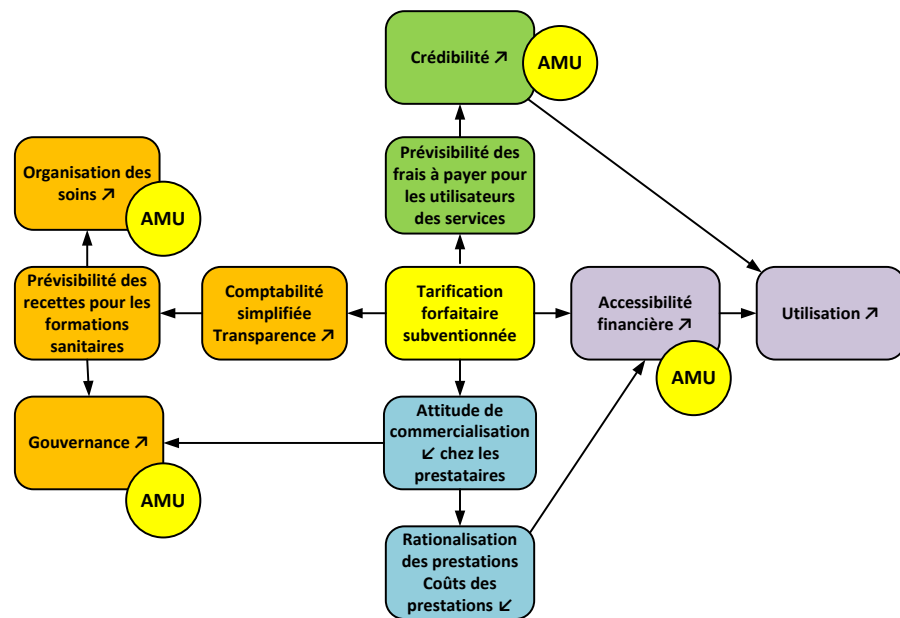
La Figure 15 représente les relations entre la TF et le reste du système. La TF influence et contribue au bon fonctionnement général du système. Le schéma indique également la manière dont l'AMU peut agir de façon synergique sur les mêmes éléments que la TF. L'amélioration de l'accessibilité financière (voir aussi la TF subventionnée plus loin), la lutte contre la commercialisation, une meilleure gouvernance et une comptabilité plus

⁹ Les primes sur salaire ne peuvent être octroyées que quand les coûts récurrents (médicaments, autres consommables) sont couverts d'abord.

transparente sont des aspects sur lesquels la TF devrait, d'un point de vue conceptuel au moins, avoir un impact positif.

La TF doit être gérée comme une initiative parmi beaucoup d'autres pour qu'elle puisse exercer son potentiel au maximum. Ainsi, la bonne gouvernance et la transparence du système sont influencées par la TF, mais seulement quand les formations sanitaires instaurent simultanément une comptabilité et améliorent leur gestion des médicaments pour ne citer que ces deux éléments. En d'autres mots, la TF n'est qu'un outil, important et puissant, mais pas une baguette magique qui résout automatiquement tous les problèmes du système de santé.

Figure 15 : Hypothèse de l'influence de la TF sur les autres dimensions du système de santé



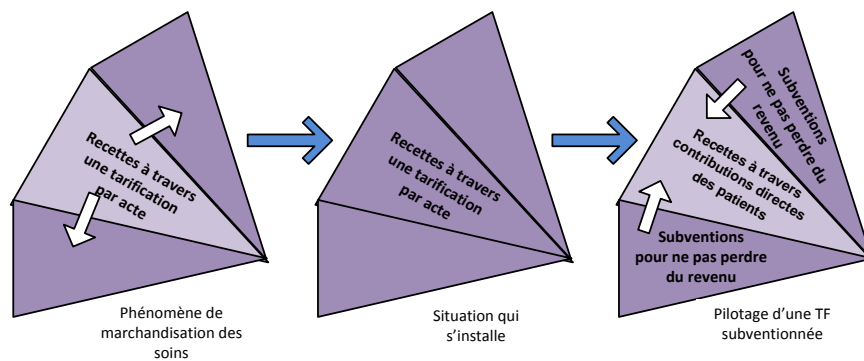
4.1.1 LA TARIFICATION FORFAITAIRE SUBVENTIONNEE (TFS)

Se référant à la Figure 10 du chapitre 3 qui décrit comment les subventions de l'État ont diminué au détriment de l'accessibilité financière de la population, une TF qui couvre l'ensemble des coûts rend en général les services financièrement inaccessibles pour la grande majorité d'une

population. Une subvention associée à la TF permet, quant à elle, d'alléger la part du paiement direct du patient et ainsi d'améliorer son accessibilité financière aux soins de santé (Figure 16).

Une subvention systématique d'une TF est plus facile à réaliser comparativement à une subvention dans un système de paiement par acte puisque, dans un régime forfaitaire, la subvention est nommée et en termes de pourcentage constante et prévisible. Une TF facilite ainsi les décisions par rapport au niveau de subventionnement qu'un État ou un autre tiers payant peut/veut octroyer.

Figure 16 : Influence des subsides pour diminuer les tarifs pour les patients



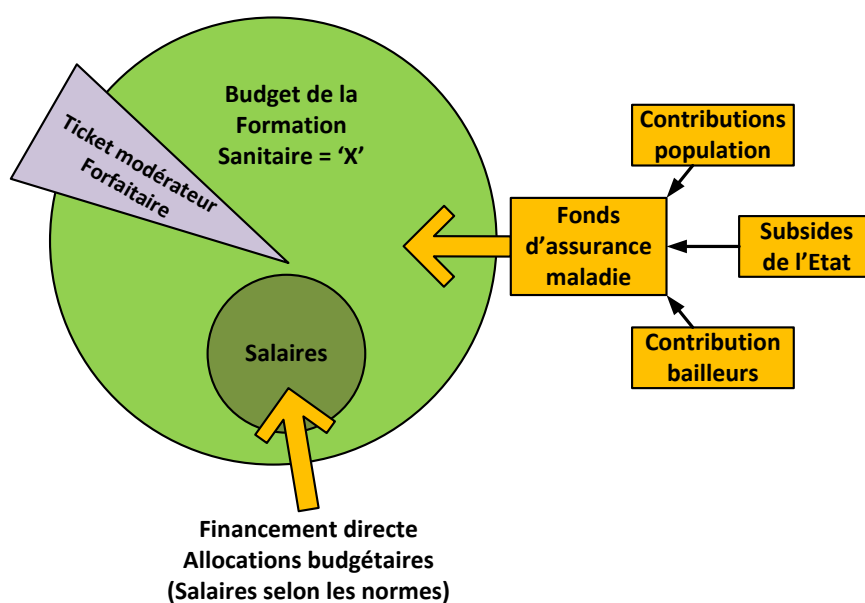
La Figure 16 reprend la partie « recettes » de la Figure 10 où la commercialisation des soins pousse le système à augmenter, voire maximiser les recettes. La tarification forfaitaire, grâce aux subsides, espère réduire la part prise en charge par l'utilisateur. Mais les pertes de revenu doivent nécessairement être compensées par des subventions, qui sont au moins égales aux pertes prévues par le personnel, pour que ce dernier accepte le nouveau système de tarifs.

En fait, en instaurant un tel système *de facto*, on estime que la totalité des recettes augmentera puisque le prix moyen pour le patient diminuera et l'accessibilité augmentera. C'est ce qu'on a observé dans d'autres pays où la tarification forfaitaire a été introduite ; l'utilisation augmente significativement (72).

Le budget de fonctionnement total d'une formation sanitaire est la somme des apports financiers directs des patients (dans un monde

d'assurance maladie, il s'agit de la somme de tous les tickets modérateurs payés¹⁰ (s'il y en a), la subvention directe de l'État, par exemple pour les salaires du personnel, et finalement des financements complémentaires des soins à travers une assurance maladie, tiers payant (fonds d'assurance maladie dans la Figure 17) qui correspondent dans notre conception aux subsides liés à la TF. La valeur du ticket modérateur serait zéro dans le cas de la gratuité des soins.

Figure 17 : Système de financement qui se veut être une réponse rationnelle contre la commercialisation des soins



La Figure 17 se complexifie encore plus quand une partie de la population n'est pas affiliée à l'AM. Ceci était exactement le cas dans le cadre du PAODES au Sénégal, puisque la TF était introduite par un projet au nom du Ministère dans une zone d'intervention limitée. Le nouveau régime de

¹⁰ Les tickets modérateurs ne sont pas automatiques ni obligatoires pour le système assurantiel. Il est possible de choisir un système où au moment de la consultation le patient ne paie plus rien (73).

tarification était introduit avant la création de l'AM, mais même après celle-ci, une partie importante de la population n'a jamais été affiliée. Pour ne pas pénaliser les patients avec un forfait trop élevé, le projet a, temporairement, payé des subsides. Une telle introduction isolée de la TF se heurte au fait qu'une subvention par un projet pilote, et non par une AM (ou l'État) pour les patients non assurés est une subvention artificielle, momentanée, et donc impossible à pérenniser structurellement.

4.1.2 LA TFS COMME PARTIE INTEGRANTE D'UN SYSTEME DE FINANCEMENT STRATEGIQUE

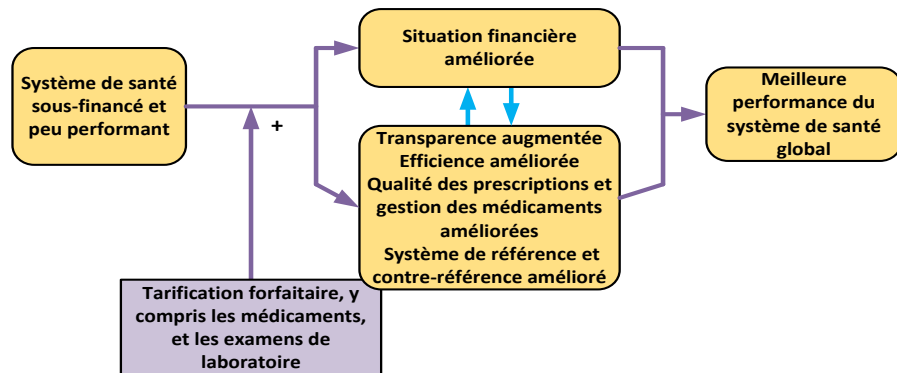
La TFS ne fait pas simplement partie d'un système de financement. Il s'agit aussi d'un financement stratégique (74), c'est-à-dire un système de financement qui, en dehors de son apport financier, peut influencer également le fonctionnement du système plus global.

La TFS peut avoir des effets stratégiques, comme schématisé à la Figure 18 qui explicite la Figure 14. Elle peut à différents niveaux renforcer le bon fonctionnement du système. Les effets qu'une TFS peut avoir, au moins théoriquement, sur un système de soins sont listés ci-dessous. Ce n'est qu'à travers une réalité pilotée que l'on peut démontrer le bien-fondé de ces hypothèses.

- Le personnel de soins ne pense plus continuellement à son intérêt personnel puisqu'augmenter artificiellement les factures n'est plus opportun. Ceci pourrait donc accroître la qualité des prestations (prestations plus rationnelles) et la motivation des prestataires de soins.
- Une TFS contribue à la transparence financière de deux manières. Elle rend le revenu et l'analyse comptable plus facile et plus prévisible pour la formation sanitaire. De plus, elle donne une prévisibilité pour les patients qui savent exactement à combien la facture correspondra.
- La TFS stimule le respect des protocoles cliniques et l'utilisation optimale des ressources en incluant les médicaments dans le forfait payé par le patient et en incitant la formation sanitaire à assurer la disponibilité des médicaments. L'AM, à travers des pénalités financières qu'elle peut imposer suite au contrôle de qualité effectué (le non-respect de protocoles cliniques par exemple), poussera l'offre à respecter les critères de qualité de soins.

- Une TF en principe installe une certaine solidarité entre les malades moins graves et les malades plus graves qui en général ont une facture plus lourde.
- Une TF peut améliorer la continuité des soins, pour des maladies chroniques comme pour des malades référés, par exemple.

Figure 18 : La TFS vue comme un financement stratégique potentiel du système



Il existe également des effets pervers potentiels par rapport à l'introduction d'une TF. Une TF pourrait p. ex. mener à une sous-prescription (75). La formation sanitaire gagne en recettes nettes en diminuant les soins offerts. Nul système n'est infallible et cet effet pervers doit être géré. Cela pourrait se faire à travers les contrôles de qualité effectués par l'AM qui veille à la bonne application des protocoles cliniques en vigueur, qui font d'ailleurs partie du contrat entre formation sanitaire et assurance. Mais mieux encore, les phénomènes de sous-prescription et de qualité des soins en dessous des normes pourraient être résolus en dissociant les salaires (et primes) des recettes.

4.2 Déterminer un « tarif forfaitaire » : les principes

La tarification forfaitaire est un raccourci pour une tarification transparente, uniforme et surtout déliée des actes individuels, couvrant un paquet cohérent de prestations avec un seul tarif. L'exemple le plus facile, mais théorique, est un seul tarif « par épisode maladie », tout compris (médicaments, consommables, laboratoire, salaires, maintenance, etc.) par

l'ensemble des patients. En pratique, pour chaque niveau de soins, un système de tarification doit être défini et correspondre le plus possible à une logique de qualité.

4.2.1 LES CALCULS DU « FORFAIT »

Dans un système de soins, en théorie, le tarif forfaitaire unique serait ainsi le tarif que tous les patients devraient payer et qui serait égal à la moyenne des coûts de soins par patient (formule 1)¹¹. En réalité, un tel système ne serait applicable que dans un système purement privé :

$$\text{TF} = \frac{\text{Tous les coûts du système}}{\text{Nombre de patients}} \quad \textcircled{1}$$

Un premier problème est que ni le nombre de patients ni les coûts du système ne sont fixes. Le nombre de patients varie selon le niveau de soins, les services et soins offerts et l'accessibilité géographique et financière. Au niveau de l'offre de soins, calculer des dépenses effectives (les coûts) ne tient pas compte de la rationalité avec laquelle le service a été rendu, car il peut ainsi augmenter les coûts de manière non justifiée. Notons qu'il s'agit bien des coûts du système et non simplement des coûts directs des soins (médicaments, examens de laboratoire ou autres consommables), qui pourraient très bien être plutôt marginaux par rapport aux autres types de coûts du système. Dans la formule 1 plus haut, un facteur « E » est introduit qui indique que la TF varie selon le niveau d'efficacité (E) avec laquelle les services et les soins sont effectivement offerts. Dans la discussion qui suit, on considérera E = 1. Plus loin, la dynamique de ce facteur sera discutée plus en détail.

De plus, presque personne n'aurait accès aux soins si le tarif unique devait couvrir l'ensemble des coûts. Il ne serait également pas accepté : une personne avec une simple maladie ne comprendrait pas qu'elle soit obligée de contribuer directement aussi aux soins intensifs de l'hôpital universitaire, par exemple.

¹¹ Les coûts englobent les coûts directs pour les soins, mais aussi tous les autres coûts indirects tels que les salaires, les investissements, les coûts récurrents du système.

Pour déterminer des tarifs « forfaitaires », il faudra tout d'abord les rendre spécifiques pour les différents échelons de soins et diversifier selon les groupes de pathologies ou situations. Ainsi, une hospitalisation sera toujours plus chère qu'une simple consultation externe dans le même hôpital. Ce sont des choix à faire.

Un autre choix porte sur l'accessibilité des soins et donc la recherche d'un équilibre entre les contributions des utilisateurs et ce que le gouvernement veut (ou peut) subventionner. Dans la plupart des pays en Afrique par exemple, les salaires du personnel (au moins des cadres professionnels) sont pris en charge par la fonction publique, en oubliant trop souvent qu'il s'agit d'une subvention plus que significative sur le budget de l'État. En général, en dehors des salaires, il existe des dotations de toute origine qui complètent les subventions de l'État au système.

Dans ces conditions, une TF pourrait être définie comme :

$$TF = \frac{\text{Tous les coûts d'un type de soin – Subventions Etat}}{\text{Nombre de patients qui utilisent ce type de soin}} \quad \textcircled{2}$$

Une variante du schéma précédent (formule 2) est en vigueur au Niger (formule 3) pour les premier et deuxième échelons de soins. Le Niger (voir aussi Encadré 3), qui fonctionne avec des tarifs forfaitaires depuis l'introduction du recouvrement des coûts en 1995, a adopté une approche minimaliste afin de protéger les patients. Les coûts pris en considération pour être financés par les patients n'étaient que les consommables [médicaments et autres consommables pour les centres de santé (postes de santé au Sénégal) et les hôpitaux de district (centres de santé au Sénégal)] :

$$TF = \frac{\text{Les coûts des médicaments et des consommables par type de patient}}{\text{Nombre de patients dans cette catégorie}} \quad \textcircled{3}$$

Il était sous-entendu que tous les autres coûts pour le système étaient couverts par des subventions de l'État. En d'autres mots, la différence entre

coûts et subsides dans la formule 2 était égale aux coûts des médicaments et consommables. Le tarif pour le patient pourrait être considéré comme le ticket modérateur (TM) dans un système assurantiel. De plus, le Niger avait décidé que les recettes directes ne pouvaient être utilisées que pour racheter des médicaments et consommables. L'utilisateur était ainsi protégé contre les grandes dépenses et contre la commercialisation des soins. Un seul TM lui permettait de recevoir un traitement, à condition que l'État finance effectivement le côté des subventions de l'équation.

Encadré 3 : Une terminologie non uniforme autour du « forfait »

Les termes « tarifs » et « forfait » ou « tarification forfaitaire » peuvent prêter à confusion selon les pays et le jargon utilisé.

Au Sénégal, le tarif forfaitaire est le tarif global qui reflète combien, « selon les données disponibles », une formation sanitaire devrait recevoir, soit du patient, soit d'une autre source de financement (comme l'AM), en tenant compte déjà des subsides de l'État, pour être en équilibre financier ou financièrement viable, ce qui correspond plutôt à la formule 2 plus haut.

Au Niger, par contre, le concept de « forfait » fait uniquement allusion à la somme forfaitaire imposée au patient et qui contribuera à la viabilité financière de la formation sanitaire. Dans le jargon du Niger, faire évoluer « le forfait » signifie automatiquement toucher au portefeuille de l'utilisateur.

Au Sénégal, le forfait englobe la somme des contributions des patients et les subsides nécessaires en dehors de ceux de l'État pour assurer l'accessibilité financière et la viabilité financière des services. Ainsi, quand on parle de « changer le forfait » au Sénégal, ceci signifie soit d'étudier l'opportunité de modifier le TM par les utilisateurs, soit de changer les subsides étatiques.

Dans un environnement où l'enjeu des prestataires est de ne pas perdre de recettes, voire d'obtenir des primes sur salaires payées à travers des recettes directes, la logique utilisée pour calculer le tarif que les patients doivent payer forfaitairement est très différente et une approche plus pragmatique est nécessaire :

$$TF = \frac{\text{Les recettes réalisées à travers les contributions des patients par type de pathologie}}{\text{Nombre de patients dans cette catégorie}} \quad \textcircled{4}$$

Pour rassurer les prestataires que l'introduction d'une TF est neutre par rapport à leurs primes, il faut garantir que les recettes nettes restent les mêmes, malgré le changement du régime tarifaire. La TF dans la formule 4 est ainsi égale aux recettes totales réalisées dans le passé, divisé par le nombre de patients de cette catégorie, étant sous-entendu que les subventions de l'État restent stables. Mathématiquement, les recettes réalisées devraient correspondre au revenu antérieur, si l'utilisation, donc le nombre de patients, reste stable.

4.2.2 LE FACTEUR « EFFICIENCE DES SOINS ET DES SERVICES »

Les formules proposées en haut masquent un facteur important, notamment l'efficacité avec laquelle les services et soins sont organisés, avec des conséquences évidemment sur les coûts pour le système. Plus il existe des inefficiences dans l'organisation des services, plus les coûts du système augmentent et plus le patient ou un tiers payant devra dépenser.

La formule 2 présentée plus haut pourrait ainsi être complétée avec un facteur « E » qui corrige la TF pour tenir compte des irrationalités dans le système.

Tous les coûts d'un type de soin – Subventions Etat

$$TF = E \cdot \frac{\text{Tous les coûts d'un type de soin – Subventions Etat}}{\text{Nombre de patients qui utilisent ce type de soin}}$$

Ce facteur est supérieur à 1 dès qu'il existe des facteurs négatifs qui rendent l'organisation ou l'institution moins efficace et donc plus coûteuse. On peut penser par exemple à une masse salariale trop élevée (personnes engagées inutilement) ou perte de médicaments suite à des vols ou à une date de péremption dépassée ou encore à une perte d'équipement précoce par manque de maintenance, etc.

Il est important de mentionner ce facteur puisque, dans un même environnement et avec une utilisation semblable, les résultats d'un calcul d'une TF basée sur des constats de terrain peuvent être substantiellement différents. Des réformes au niveau des formations sanitaires (mesures de rationalisation de l'organisation) peuvent donc faire baisser les tarifs proposés avec, dans ce cas, une valeur inférieure à 1¹² au coefficient « E ». Une TF est en d'autres mots une notion qu'il faut gérer dans l'ensemble de

¹² Quand même souvent compensé par des gains à d'autres niveaux de soins et au niveau de la société même.

l'offre de soins. Mais, d'un autre côté, assurer la qualité des soins, facteur de rationalisation, peut influencer les tarifs dans l'autre direction. La qualité peut effectivement engendrer des coûts supplémentaires pour les services et soins. Cette dynamique d'analyse de coûts en relation avec la rationalisation du système, tout en assurant à chaque fois une meilleure qualité des soins, est la fonction actuarielle de l'AM (Figure 7, la fonction 3 - Service actuariel), mais aussi de l'offre de soins qui, vu les remboursements par l'AM, toujours vécus comme restrictifs, doit essayer d'augmenter son efficacité pour rester viable.

Impossible à déterminer avec précision, ce facteur correcteur aurait un impact sur la TF si le système concerné devenait plus ou moins rationnel suite à des mesures prises. Il s'agit d'une variable qui peut être influencée au fur et à mesure que le système gagne en efficacité.

L'existence du facteur «E» est un argument fort pour que l'État gère proactivement les tarifs à mettre en exergue. Une politique de tarification (TF ou pas) qui ne s'occupe pas de l'efficacité du système, finance et maintient les irrationalités dans le système et devient ainsi un effet pervers plutôt qu'un atout pour la gestion des services. Si, par contre, les tarifs sont négociés entre l'offre et la demande (AM ou le Ministère), les prestataires sont incités à rationaliser l'offre.

4.3 La TFS « pilotée » au Sénégal

L'introduction d'une tarification forfaitaire est l'initiative la plus importante du projet PAODES au niveau des formations sanitaires afin de préparer le terrain à recevoir une AM performante et viable. Il s'agissait d'une expérimentation autorisée par le Ministère de la Santé dans le cadre de l'expérimentation plus large des « UDAM ».

4.3.1 DESCRIPTION DU SYSTEME INTRODUIT

En 2010 déjà, la Coopération belge, lors d'une précédente intervention, avait introduit une première initiative de TF au Sénégal, dans le district de Sokone. Il s'agissait d'une initiative à petite échelle dans le cadre de la lutte contre la marchandisation des soins, parce que les efforts de rationalisation se heurtaient à une résistance presque systématique de la part du personnel puisque « rationalisation » signifiait « pertes de privilèges ». Une étude de coûts d'envergure réduite avait été menée pour avoir une base de discussion sur les tarifs à proposer (voir le Tableau 1, première colonne, « estimations des coûts de revient »).

L'estimation des coûts a constitué la première étape en 2008. Il s'agissait d'analyser les prescriptions et autres dépenses directes, et d'en déduire la moyenne des coûts récurrents directement liés aux soins. Évidemment, dans un système avec des primes salariales et avec un sous-financement de la part de l'État (p. ex., de nombreux personnels sont des contractuels qui ne reçoivent pas de salaire de la Fonction publique et leurs indemnités doivent donc être générées à travers les paiements directs des utilisateurs), une grande différence entre les coûts de soins mesurés et les tarifs proposés est logiquement notée.

Les tarifs forfaitaires proposés et finalement introduits en 2010 tenaient compte des estimations de l'étude, mais étaient systématiquement majorés pour compenser « toute autre dépense » de l'offre. C'est ainsi qu'on peut comprendre, par exemple dans le Tableau 1, que le coût de la consultation primaire était estimé à 692 FCFA, que les prestataires auraient voulu la « tarifier » entre 1 000 et 4 000 FCFA, mais que les focus groups de la population proposaient entre 1 000 et 3 000 FCFA, significativement moins (évidemment) que le personnel. Le tarif de consensus après négociation avec le projet a été fixé à 1 500 FCFA pour les enfants et 2 000 FCFA pour les adultes. La marge pour « les autres coûts » était donc considérable.

Les tarifs forfaitaires appliqués en 2010 étaient systématiquement autour du double des coûts estimés par l'étude, sauf pour la consultation prénatale (voir Tableau 1). On constate également que l'imagerie et le laboratoire n'étaient pas compris dans le forfait en 2010. Les tarifs peuvent donc être trompeurs. Par exemple, une patiente en difficulté de couche devrait peut-être payer la césarienne, le laboratoire (Hgb) et la transfusion sanguine, des dépenses non incluses dans le forfait. Dans le temps, la disponibilité des médicaments n'était pas assurée non plus à 100 %, obligeant les utilisateurs à faire des dépenses en plus dans les officines privées.

Depuis 2013, deux districts sanitaires pilotes (Sokone et Kounghoul¹³) ont expérimenté un nouveau modèle de paiement appelé « tarification forfaitaire subsidiée », dont les concepts ont été présentés plus haut. Il s'agit d'un tarif forfaitaire incluant consultations ou hospitalisation, médicaments, soins et examens complémentaires (imagerie, laboratoire) par épisode maladie et (en partie) les coûts de fonctionnement. Ce modèle a nécessité une collaboration entre acteurs de l'offre et de la demande de soins, ce qui explique la phase

¹³ En 2016, les districts Passy et Foundiougne se sont joints et ont adopté les mêmes tarifs.

d'introduction assez longue, qui a duré de 2012 à 2013. Cette phase s'est accompagnée parallèlement de la mise en place du niveau opérationnel, à l'échelle départementale, d'une assurance maladie unique, d'ambition nationale, échelonnée et professionnalisée. Comparés avec 2010, les tarifs étaient véritablement « tout compris » et, en conséquence, ils étaient aussi sensiblement plus élevés, surtout au niveau du centre de santé (voir les tarifs appliqués en 2016 dans le Tableau 1 avec les tarifs appliqués en 2010, même tableau). Ceci a été possible, sans imposer une importante barrière financière aux patients, parce que l'assurance maladie prenait la plus grande partie du tarif à son compte et parce que, pour les patients non assurés, le projet subventionnait le forfait, mais pas au même niveau que l'AM et seulement si le patient était référé. Les tarifs introduits en 2010 et 2016, comme déjà mentionnés, ne sont pas réellement comparables puisque les derniers englobent plus de dépenses qui sont des dépenses cachées pour les patients en 2010. Sans les subventions, ces tarifs représentent un surcoût pour les utilisateurs des services *au point de prestation*, mais pas forcément par rapport au montant que les utilisateurs dépensaient réellement puisqu'ils étaient, dans le système de paiement par acte, obligés de dépenser des sommes considérables en dehors des services publics.

En tenant compte de l'AM et de la subvention par le projet (2 dernières colonnes du Tableau 1), on peut dire que la barrière financière pour le patient avait diminuée considérablement dans la plupart des cas et pour autant que les services lui soient correctement offerts dans le public. Les tarifs « 0 » viennent de la politique de gratuité pour ces activités précises. Il est difficile de faire une comparaison réelle parce que les dépenses au niveau des officines privées par exemple (bien que non prévues dans la politique officielle du pays) ne sont pas maîtrisées. En plus, le système ne parvient pas à contrôler si le patient achète réellement les produits qui lui sont prescrits au moment où il est référé vers des officines privées.

Tableau 1 : Étapes et évolution des tarifs dans les districts pilotes

Type de prestation PS : Poste de santé et <i>TRI - CS</i> CS : Centre de santé	Estimations coûts de revient 2008	Tarifs proposés par :		Tarifs appliqués 2010	Tarifs appliqués 2016	Ticket modérateur (Fin 2017) (CS : Référence respectée)	
		Prestataires	Utilisateurs			Non assuré	Assuré
Consultation primaire curative (PS + Tri CS sans médecin)	692	1000 - 4000	1000 - 3000	Enfant 1500 Adulte 2000	Enfant < 5 : 1400 Adulte : 2000	0 2000	0 500
Consultation externe CS Médecin				Enfant 2500 Adulte 3000	Enfant < 5 : 10 000 Adulte : 10 000	0 5000	0 500
Consultation prénatale (PS)	2660	5000 - 7000	1000 - 3000	1500	2000	2000	500
Accouchement (PS - CS)	2681	-	2000 - 8000	PS : 5000 CS : 8000	PS : 5000 CS : 25 000	5000 7500	1000 1000
Hospitalisation (CS)	2420	7000 - 10000	4000 - 5000	Adulte - enfant 10 000	< 5 ans : 22 500 Adultes : 35 000	0 17 000	0 3000
Césarienne (CS)	13 560			20 000	85 000	0	0
Chirurgie générale/majeure (CS)	23 500			Adulte 90000 Enfant 70000	110 000	55 000	5000
Urgence/Garde/mise en observation (CS/PS)				4000	PS : 5000 CS : 10 000	5000 5000	500 500
Dentisterie (CS)				4000	10 000	5000 ¹⁴	500
Imagerie médicale				5000	Inclus dans forfait	IdF	IdF
Labo/transfusion				3000	Inclus dans forfait	IdF	IdF
Maladies chroniques (CS)					20 000	20 000	1000
Planification familiale		-	-	700 (4X par an)	2000 (par an)	2000	500

Au moment du démarrage de la tarification forfaitaire subsidiée (TFS), l'intervention a financé 20 000 000 FCFA en médicaments et autres consommables médicaux au niveau du laboratoire et des équipements médicaux dans les unités de soins. Le centre de santé a été doté d'une ambulance et le district d'un véhicule de supervision. Ces mesures ont été prises pour que les formations sanitaires puissent démarrer le nouveau système dans des conditions correctes.

Plusieurs options stratégiques ont été incluses dans l'approche :

- Pour la première fois, le patient payait les mêmes tarifs au niveau du « Tri » du centre de santé, où un infirmier conduit les consultations, qu'au niveau des postes de santé (voir Tableau 2). Sous ce régime, le « Tri » était donc considéré comme une consultation de premier échelon, non pas du niveau de référence. Cette option était prise pour ne pas punir systématiquement les patients venant du milieu

¹⁴ Toutes les consultations en dentisterie ont été considérées comme des consultations référées (par le tri).

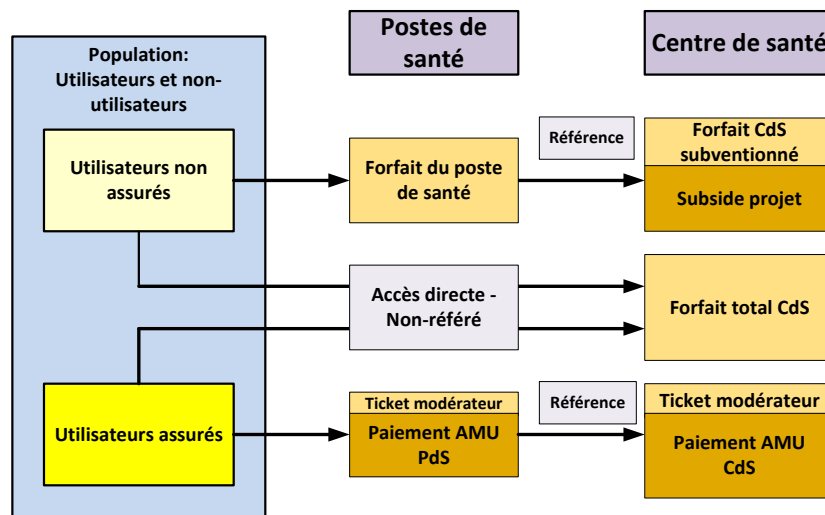
urbain qui n'avaient pas d'autre choix que de passer par le « Tri » du centre de santé puisque le système de santé au Sénégal ne prévoyait pas de postes de santé urbains. En échange et pour renforcer le système de référence et la crédibilité des infirmiers aux postes de santé, un patient référé ne pouvait plus être vu par un autre infirmier au niveau du « Tri », mais devait consulter immédiatement un médecin (consultation de référence) au niveau du centre.

- Puisque les « forfaits » identifiés couvraient en principe l'ensemble des coûts d'une formation sanitaire, ce tarif devenait trop cher pour les utilisateurs, même si probablement, les dépenses des utilisateurs avant l'introduction n'étaient pas bien moindres (le fait d'acheter les médicaments dans les officines privées cache évidemment pour le système de santé l'inaccessibilité financière, puisque le système ne réalise pas que le patient n'achète probablement pas son traitement par manque de moyens). Il y a donc lieu de subventionner les forfaits, un des mandats d'une assurance maladie. Les premières années de la création des UDAM (chapitre 5), c'était le projet qui se substituait temporairement à l'assurance pour ces subsides « obligatoires ».
- Seuls les forfaits des centres de santé étaient subventionnés par le projet (contrairement à l'AM qui a d'emblée subventionné les forfaits des postes de santé aussi). Les forfaits au niveau des postes de santé étaient considérés comme suffisamment accessibles pour la vaste majorité de la population, comparés à ce que payaient les patients avant quand un régime de paiement « par acte » était en vigueur (voir aussi chapitre 8). Au niveau du centre de santé, l'achat de certaines prestations (consultations et hospitalisations) était subventionné à hauteur de 50 % et se situait ainsi largement en dessous de ce que les patients dépensaient dans un système de paiement par acte. Pour réguler le système de référence en dehors des urgences reconnues, l'octroi des subventions était conditionné au respect de la pyramide sanitaire. Cela permettrait de diminuer la barrière financière de l'ensemble de la population pour autant qu'elle respecte le système de référence et contre-référence. Cette subvention « projet » devait donc prendre la place de l'AM le temps que cette dernière se mette en place et soit en mesure financièrement de prendre en charge des gros risques. Les subventions projets ont été calculées pour ne pas devenir un contre-

incitant à l'adhésion volontaire et étaient donc systématiquement en dessous de ce que remboursait l'UDAM. En d'autres termes, le ticket modérateur à payer pour les personnes non assurées devait demeurer plus élevé que celui à payer avec une AM.

La Figure 19 résume le système de financement introduit. Les subsides par le projet pour les patients non assurés étaient prévus de manière temporaire, le temps de les convaincre d'adhérer à l'AM ou de convaincre le système de diminuer les tarifs. Les subsides « projet » au niveau des remboursements pour les centres de santé pour les patients assurés et référés n'ont pas été mentionnés dans la figure parce que temporaires et effectivement absorbés par les UDAM fin 2017. Ils sont sous-entendus et inclus dans la case « paiement AMU CdS » de la Figure 19.

Figure 19 : Système de tarification forfaitaire introduit dans les formations sanitaires (CdS : Centre de Santé, PdS : Poste de Santé)



Fin 2017, à la fin de l'intervention, le système tarifaire devait normalement être adapté, car les subventions par le projet allaient cesser. Il ne s'agissait pas d'une simple augmentation des tarifs pour pallier la réduction des revenus, mais de renégocier avec les CdS et équipes-cadres de district les tarifs se basant sur une nouvelle analyse financière et en considérant (estimant) les tarifs optimaux pour les utilisateurs selon l'équilibre entre viabilité et accessibilité, et donc utilisation.

Tableau 2 : Tarification adoptée fin 2017 aux postes de santé pilotes et le « Tri »

Prestation	Ticket forfaitaire	Ticket pour le patient non assuré	Ticket pour le patient assuré
Consultation externe	2000	2000	500
Consultation d'urgence (hors heures d'ouverture)	5000	5000	1000
Planification familiale (abonnement 1 an, 4 consultations)	2000	2000	500
Accouchement	5000	5000	1000
Consultation externe enfant < 5 ans	1400	Gratuité	Gratuité

Tableau 3 : Tarification adoptée fin 2017 aux centres de santé pilotes

Consultations ambulatoires			
Prestation	Ticket forfaitaire	Ticket pour le patient non assuré	Ticket pour le patient assuré
Consultation Médecin	10 000	10 000	500
Consultation d'urgence	10 000	10 000	500
Consultation externe enfant < 5 ans	4500	Gratuité	Gratuité
Consultation cabinet dentaire	10 000	10 000	500
Hospitalisation			
Prestation	Ticket forfaitaire	Ticket pour le patient non assuré	Ticket pour le patient assuré
Pédiatrie (5 à 16 ans)	30 000	30 000	2000
Pédiatrie < 5 ans	4500	Gratuité	Gratuité
Médecine interne	35 000	35 000	3000
Chirurgie mineure	35 000	35 000	3000
Chirurgie majeure	110 000	110 000	5000
Gynécologie/Obstétrique	25 000	25 000	1000
Accouchement eutocique ou compliqué	25 000	25 000	1000
Césarienne	85 000	Gratuité	Gratuité
Maladies chroniques	20 000	20 000	1000

Le Tableau 2 montre que la révision fin 2017 des tarifs au niveau du poste de santé afin d'absorber le départ du projet d'appui, n'a pas eu d'influence sur la tarification. Ceci est logique, car le projet ne donnait pas de subventions à ce niveau pour assurer l'accessibilité financière des utilisateurs et parce que les analyses démontraient une viabilité financière suffisante des PdS.

En réunion avec les autorités de tutelle, les médecins-chefs des quatre districts où se sont développées la TFS et l'AM, ont décidé de maintenir les tarifs au même niveau où ils se trouvaient quand ils bénéficiaient des subsides « projet » jusqu'en octobre 2016.

L'AM a évidemment salué cette décision, car ces tarifs devenaient un incitant majeur à l'adhésion massive de tous ceux qui n'étaient pas encore enrôlés dans l'UDAM, puisque, pour le patient, ce maintien (mais sans les subventions) signifiait une hausse significative des montants à payer. La différence entre les montants à payer par un assuré et un non-assuré était devenue très importante et digne d'intérêt pour souscrire une assurance de santé de base.

L'analyse financière du CS de Kougheul a montré qu'il fonctionnait comme une grosse maternité (peu de médecins, pas de compétents SOU pendant tout un temps, pas de salle d'opération fonctionnelle au cours des travaux de réhabilitation du centre...). Il ne sera donc pas étonnant que le CS tente de regagner sa clientèle en proposant un tarif d'accouchement proche de celui des postes de santé. Seul le monitoring de la gestion comptable et financière des DS pourra nous expliquer ce qui s'est passé dans la suite.

4.4 Répercussions de l'introduction d'une TFS sur le système de santé au Sénégal

La TF a été introduite dans deux départements, correspondant à quatre districts sanitaires (DS). Le DS de Sokone a été suivi presque immédiatement par le DS de Kougheul. Deux autres districts, Passy et Foundiougne ont rejoint l'initiative plus tard. Seul le district sanitaire de Sokone a fait l'objet d'une évaluation plus formelle fin 2016 et, à ce niveau, cinq postes de santé et l'unique centre de santé ont été explorés.

Les questions principales d'évaluation étaient :

- Quelle est la répercussion d'une TF sur la qualité des soins ?
- Quelle est l'évolution de l'utilisation des services ?

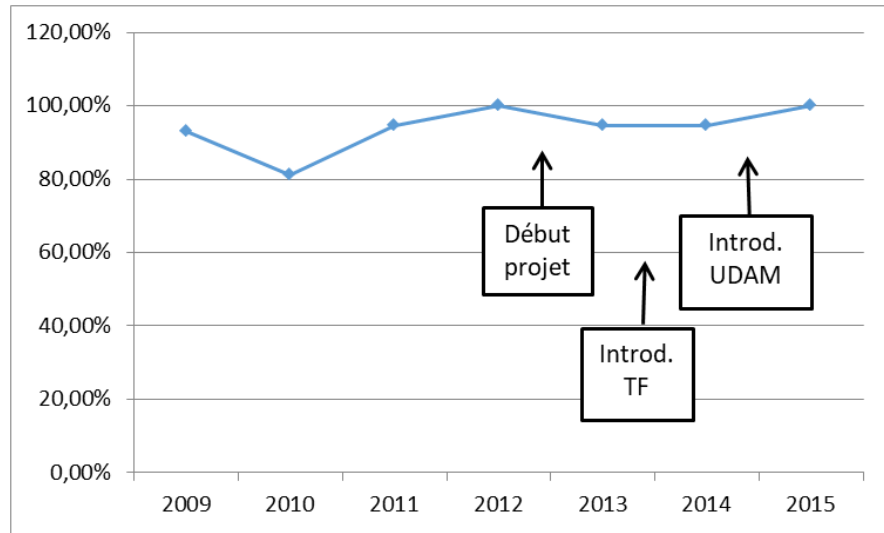
- Quelle est l'acceptabilité de la TF auprès des prestataires et auprès de la population ?
- Finalement, quel est le potentiel de pérennisation du système introduit ?

Dans le cadre de l'évaluation, une collecte de données était organisée. Au total, 83 entrevues ont été réalisées auprès des bénéficiaires et des prestataires. Parmi les 83 figuraient huit prestataires qualifiés (médecin, major, sage-femme, chirurgien-dentiste, technicien supérieur en ophtalmologie, responsable du laboratoire, responsable de la radiologie, responsable de la pharmacie), deux membres du comité de santé (président et trésorier), 10 patients dont deux par service (consultation médecin, consultation chirurgie dentaire, consultation ophtalmologie, consultation tri, CPN) et deux élus locaux (Maire et président de la commission santé). Des indicateurs quantitatifs ont été collectés à partir du système d'information sanitaire national. Ce dernier a souffert d'une grève de rétention des informations dans les années 2011 et 2012 à l'échelle nationale. L'évaluation a souffert de cette situation par manque de données fiables avant le démarrage de l'initiative de pilotage. Une comparaison avant et après était ainsi quasi impossible.

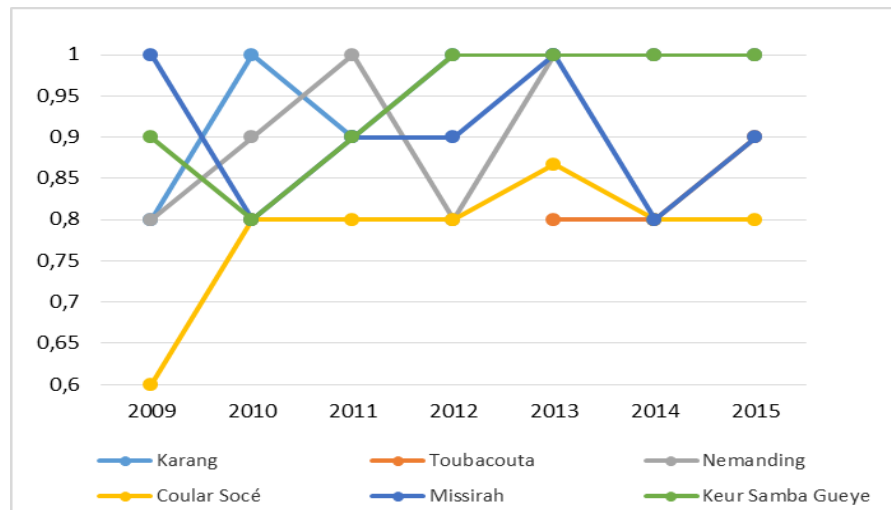
4.4.1 LA TF ET LA CPN ET LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME

Par rapport à la qualité de la CPN, la qualité de la prise en charge de la tuberculose, la prise en charge de la malnutrition aiguë non compliquée et compliquée, et par rapport à la qualité de la prise en charge du paludisme simple, les données n'indiquent pas de différence entre avant et après l'introduction de la nouvelle tarification.

Graphique 1 : La qualité de la prise en charge des soins tuberculeux avant et après l'introduction de la TF



Graphique 2 : Scores de qualité pour la prise en charge du paludisme simple niveau poste de santé

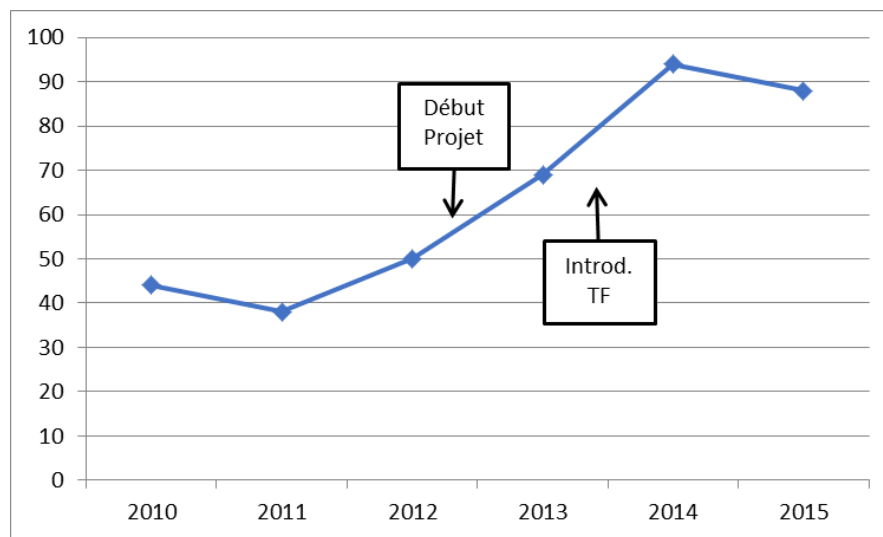


Les Graphique 1 et Graphique 2 sont deux exemples qui démontrent que la qualité des soins, mesurée par rapport aux normes existantes, n'a pas été influencée par la TF. Le score qualité des autres prestations montrait des graphiques semblables. L'exception semble être la prise en charge du paludisme grave au centre de santé. La qualité passe de 40 % à 90 % entre 2011 et 2014 (Graphique 3).

Le Graphique 3 montre que la qualité de la prise en charge du paludisme grave s'est indéniablement améliorée.

Cette amélioration pourrait être liée en partie à la présence du programme national de lutte contre le paludisme, bien que ce programme était déjà actif avant le démarrage de l'intervention PAODES et que le projet n'ait pas eu écho d'initiatives nouvelles qui pourraient justifier ce changement positif.

Graphique 3 : Évolution du score qualité de prise en charge du paludisme grave au centre de santé de Sokone

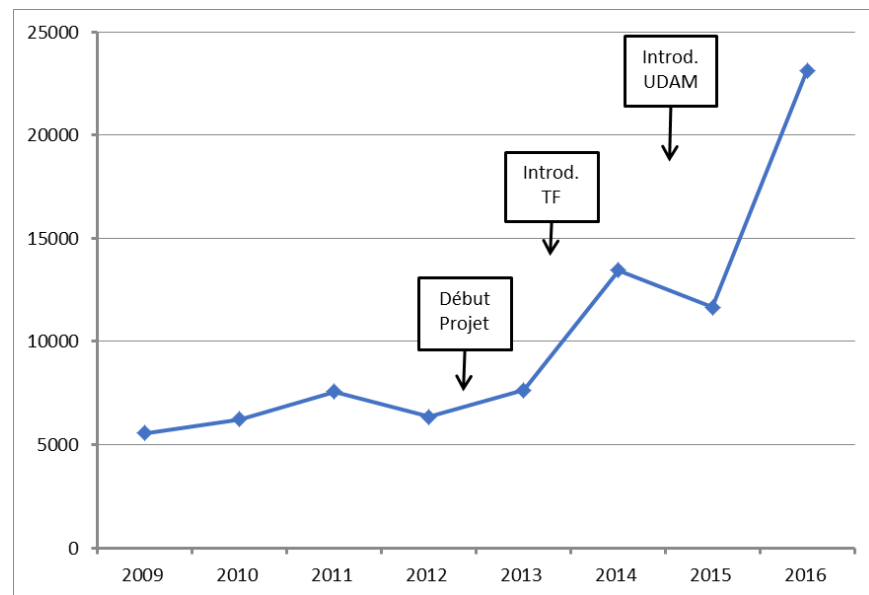


Par contre, l'initiative de la TFS a permis une prise en charge précoce de tous les cas d'urgence, y compris le paludisme grave, car les examens complémentaires et les médicaments étaient inclus dans le forfait « hospitalisation » et les nouvelles procédures avaient abandonné le paiement obligatoire avant d'être soigné, ce qui permettait une prise en charge rapide.

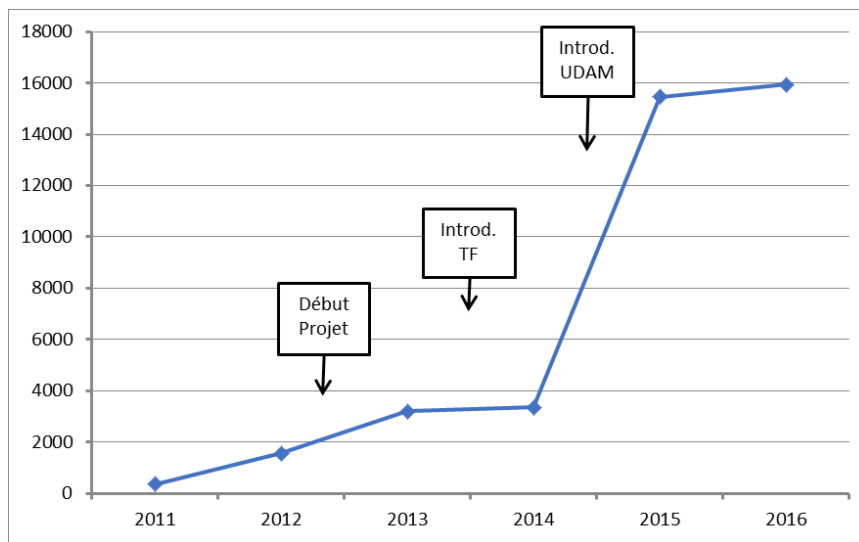
Avec le forfait « tout compris », d'éventuels examens supplémentaires tels que la goutte épaisse de confirmation et de contrôle ou la glycémie n'exigeaient pas non plus des va-et-vient entre le lit et les guichets de paiement. La disponibilité des intrants médicaux s'était améliorée également. Auparavant, les patients gravement malades (ou leurs familles) étaient obligés d'aller chercher les produits auprès des officines privées en ville, avec des retards importants de prise en charge, et parfois la famille se trouvait dans l'incapacité d'acheter (tous) les produits.

4.4.2 LA TF ET L'UTILISATION DE LA PF

Graphique 4 : Évolution de l'utilisation de la PF dans 6 PS du district de Sokone



Graphique 5 : L'évolution de l'utilisation de la PF dans le CS de Sokone



Par rapport à la planification familiale, nous constatons des hausses de l'utilisation pour les PS comme pour le CS du district de Sokone (Graphique 4 et Graphique 5).

Il n'y a pas eu d'autres initiatives par rapport à la PF que le changement de régime de paiement. La tarification forfaitaire prévoyait que la personne paie un forfait de 2 000 FCFA qui donne droit à quatre consultations par an, et donc un approvisionnement pour quatre trimestres (c'est la norme au Sénégal de donner les contraceptifs trimestriellement). Avant 2014, le prix par trimestre était de 700 FCFA. La réduction était donc, sur base annuelle, de 800 FCFA. Pour un patient assuré, le tarif n'était que de 500 FCFA l'année. Le changement de l'utilisation en PF pourrait donc s'expliquer par une diminution des tarifs (diminution légère seulement pour la majorité des femmes) et la tendance à faire valoir son droit à trois réapprovisionnements pour une femme qui a payé un forfait pour l'année. Les femmes paient effectivement, en quelque sorte, un abonnement pour la PF pour une année entière, limitant ainsi les « tracasseries » quatre fois par an d'aller trouver son mari et de lui demander quatre fois le prix d'une consultation PF.

Les données ne nous permettaient pas de savoir dans quelle mesure la hausse de l'utilisation était liée ou non à celles des femmes assurées.

4.4.3 TF ET SYSTEME DE REFERENCE

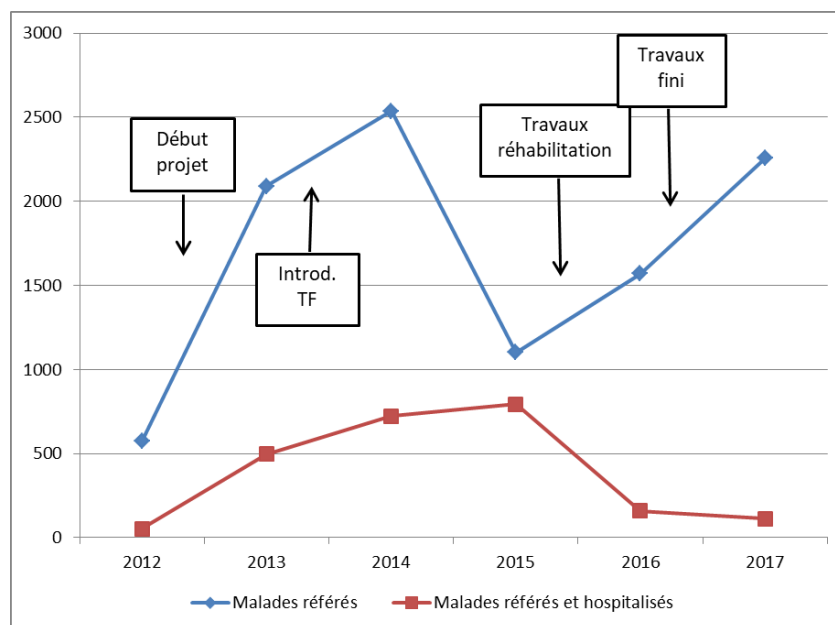
Le système de référence et de contre-référence ne reçoit pas l'attention nécessaire dans le système de santé au Sénégal. Centres et postes de santé constituent le premier niveau de soins et réfèrent indifféremment aux Établissements publics de santé (EPS, voire les hôpitaux). Les soins de base (essentiels) sont considérés comme les soins offerts par le DS, postes et centres confondus, par opposition aux soins complémentaires, appellation donnée aux soins fournis par les EPS. Alors que les SSP, comme définis par la Déclaration d'Alma Ata (1978) et les principes du district sanitaire de la Déclaration de Harare (1987) et de Dakar (2012), reconnaissent des soins essentiels à tous les échelons de la pyramide sanitaire, exclusifs par niveau et complémentaires avec ceux du niveau sous-jacent, en absence d'une telle politique comme au Sénégal, la complémentarité entre échelons n'est pas recherchée consciemment. En conséquence, les centres de santé développent les mêmes activités, souvent les plus lucratives, que les postes de santé, mais à un prix pour le patient plus élevé, avec l'argument de la présence d'un médecin et d'une batterie d'examen complémentaires. On peut douter de la plus-value de qualité et d'efficacité pour le système. La seule présence d'un médecin n'améliore pas automatiquement la qualité des prestations de première ligne au niveau du centre, qui sont réalisées en grande majorité par des infirmiers avec les mêmes qualifications que les infirmiers des postes de santé. La prescription d'examen complémentaires n'est sûrement pas toujours justifiée et est en partie inspirée par une tendance à maximiser la facture.

En conséquence, le Sénégal ne semble pas reconnaître l'utilité de postes de santé urbains, qui pourtant pourraient augmenter significativement l'efficacité globale du système, évidemment à condition de disposer d'un système de référence et contre-référence. Dans le système de santé sénégalais, il y a ainsi une compétition de fait entre postes de santé et centre de santé, ce qui est source probable d'inefficacités. Le fait que les centres de santé font surtout des recettes et des bénéfices en livrant ces soins de première ligne a dû inspirer cette position. Les accouchements eutociques en sont un bel exemple. Au niveau du poste de santé, il est facturé à 5 000 FCFA (Tableau 2), tandis qu'il est facturé à 25 000 FCFA au niveau des centres de santé (Tableau 3). L'AM, pour rester équitable vis-à-vis de tous ses assurés, doit poursuivre les négociations pour faire reconnaître que seuls les accouchements dystociques doivent se faire au niveau du centre de santé à

un prix qui justifie alors la présence de médecins et d'équipements plus sophistiqués.

Quand la tarification forfaitaire a été introduite, comme mesure parallèle à la création de l'AM (les UDAM), un système de référence et de contre-référence a été négocié avec les formations sanitaires et discuté avec la population. Pour que les tarifs forfaitaires n'imposent pas une barrière financière trop élevée pour les patients non assurés, le projet était d'accord de subventionner temporairement (pour la durée du projet) les tarifs d'hospitalisation pour des patients non assurés, mais correctement référés, pour ainsi éviter des abus dans l'autre sens (sous-utilisation des CdS parce que les paiements directs par les utilisateurs sont trop élevés). Pour les malades assurés, ils ne pouvaient bénéficier de leurs tarifs préférentiels que quand ils respectaient le système de référence (toujours sauf urgences).

Graphique 6 : Évolution des malades référés



Le Graphique 6 montre qu'en 2012, les références étaient peu nombreuses et il n'y avait pas de données sur ce qui se passait avec les patients. Le système permet aux patients un accès direct au centre de santé, mais ne les encourageait à aucun moment à « respecter » la pyramide sanitaire. À partir

de 2013, en introduisant la règle de tarification forfaitaire subventionnée qui voulait que les soins au niveau du centre de santé soient subventionnés à condition que le patient soit référé, la réponse du public, mais aussi des services de santé, a été presque immédiate.

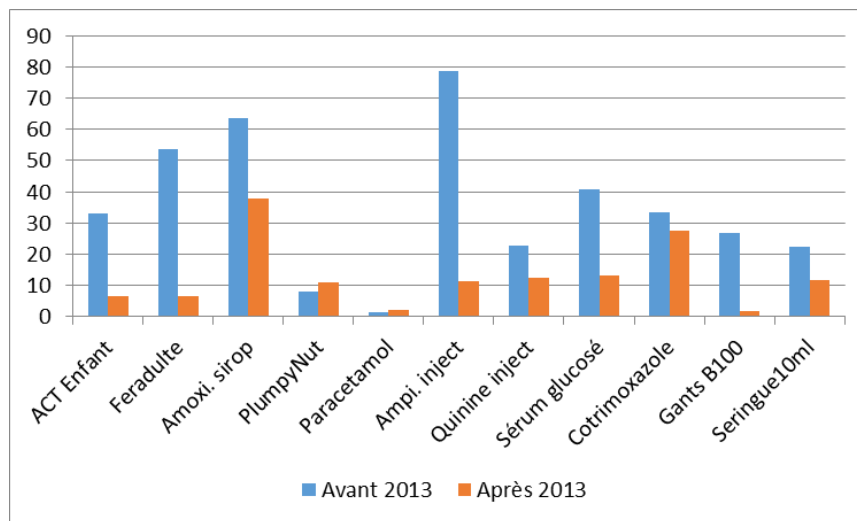
En moyenne, à partir de 2013 jusqu'à 2014, 65,5 % des patients référés étaient hospitalisés. Ceci indique que, probablement, les références étaient globalement justifiées d'un point de vue médical, sans avoir évidemment la preuve et sans prétendre qu'il n'y ait pas de faux positifs parmi les personnes référées. À partir de 2016, le centre de santé était en réhabilitation et beaucoup de patients référés nécessitant une hospitalisation étaient référés vers un hôpital régional et ne figurent pas dans les statistiques présentées. Dès lors, les chiffres entre 2016 et 2017 ne sont plus faciles à interpréter. Les données ne sont malheureusement pas assez précises pour comprendre en détail comment les services de soins ont réagi aux nouvelles règles introduites.

4.4.4 TF ET DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS

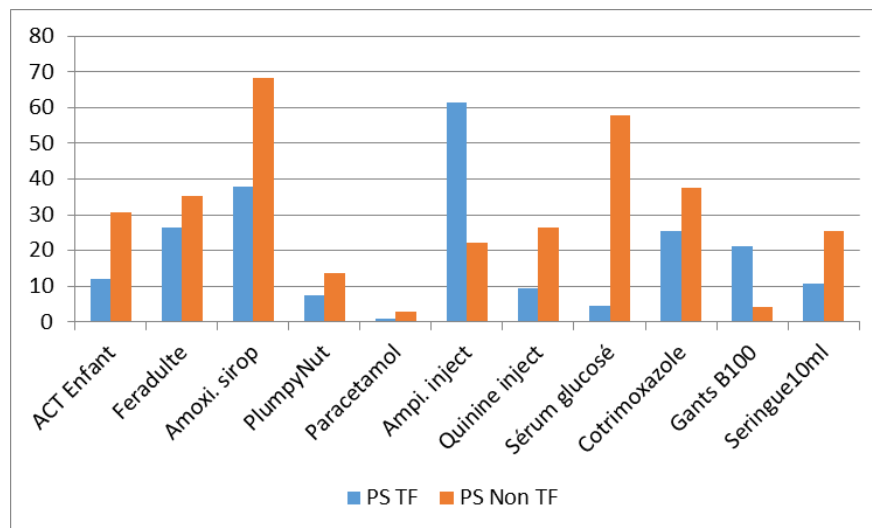
Un des aspects sur lequel la TF pourrait théoriquement avoir un impact est la disponibilité des médicaments. Puisque les consommables sont inclus dans le tarif forfaitaire et qu'il existe une entente verbale négociée entre les prestataires et les utilisateurs sur une tarification forfaitaire « tout inclus » et qu'il s'agit d'une condition contractuelle pour l'AM afin de payer la facture, les formations sanitaires sont obligées de disposer de médicaments. Puisque, au moins en partie, l'intérêt antérieur d'augmenter ses ressources en surprescrivant et en vendant des médicaments aux patients à travers les officines privées (avec lesquelles plusieurs prestataires avaient des intérêts personnels) était brisé par le régime forfaitaire, la motivation à disposer continuellement d'un stock de médicaments, et donc à racheter en priorité les produits nécessaires en quantité suffisante, devait augmenter.

La disponibilité des médicaments, et leur inclusion dans les remboursements par l'AM, étaient des conditions importantes pour la population pour justifier leur adhésion à une AM (42).

Graphique 7 : Nombre de jours de rupture avant et après 2013



Graphique 8 : Nombre de jours de rupture de médicaments ciblés comparé entre PS qui appliquaient la TF et ceux qui n'appliquaient pas



Les Graphique 7 et Graphique 8 montrent de deux façons qu'il y a eu une baisse de rupture des médicaments dans les formations sanitaires qui appliquaient la TF. Le Graphique 7 montre une amélioration dans les formations sanitaires concernées par la TF ; le Graphique 8 compare, lui, ces données avec des formations sanitaires dans les mêmes zones, mais qui n'appliquaient pas la TF. Malgré l'amélioration de la situation, les ruptures restaient parfois d'un niveau inacceptable pour une offre de soins de qualité. Les problèmes structurels de la commercialisation des soins, décrits au chapitre 4, y sont pour beaucoup.

D'un autre côté, le projet avait également noté des ruptures sur le plan national pour lesquelles les formations sanitaires n'avaient pas de réponse. Au début de la réforme (TF, mais aussi la réforme de la politique nationale d'approvisionnement), les prestataires organisaient mal la gestion des stocks et les commandes. Il a fallu du temps pour que les prestataires fassent des commandes correctes.

4.5 Acceptabilité de la TF

L'acceptabilité par les prestataires, comme par les utilisateurs, est très importante pour la pérennité du système, surtout dans un environnement où il n'est pas promu par un système national. Une résistance au changement du système, au moins initiale, était à prévoir. L'introduction du nouveau système de tarification a fait l'objet de beaucoup de discussions et de sensibilisations au niveau des prestataires comme au niveau de la population. Il fallait, d'une part, assurer les prestataires que le nouveau système n'allait pas mettre en danger le revenu de la formation sanitaire et particulièrement les primes qu'ils avaient l'habitude de recevoir. D'autre part, il fallait expliquer à la population pourquoi les tarifs de la consultation devenaient plus élevés, mais qu'en échange, tous les consommables (médicaments en premier lieu) et les frais d'hospitalisation étaient inclus.

Malgré beaucoup d'efforts dans ce sens, il y a eu une résistance importante au démarrage de la part de la population. La population a même manifesté contre le système, au moins en partie sous l'impulsion des officines privées, qui avaient peur de perdre des recettes. La population devait être convaincue que, globalement, le prix total pour les soins baisserait et qu'elle n'avait plus besoin de faire le va-et-vient entre la formation sanitaire et les officines privées. Finalement (voir aussi 5.5.1), la TF n'a pas posé de problème pour la majorité de la population.

Par rapport aux prestataires de soins, l'acceptabilité était plus

problématique. Ils avaient sûrement peur de perdre du revenu (meilleure traçabilité des recettes, primes potentiellement en diminution). De l'autre côté, les équipes-cadres de district étaient ouvertes pour piloter le changement. Une initiative à moindre échelle à Sokone par un projet belge précédent avait, en partie déjà, pavé le chemin pour convaincre les autres.

4.5.1 ACCEPTABILITE PAR LES UTILISATEURS ET LES REPRESENTANTS DE LA POPULATION

L'introduction de la TF a pris beaucoup de temps d'animation et d'information de la population et de ses représentants politiques locaux. Fin 2016, le projet a organisé des discussions « focus groups » pour estimer jusqu'où la population et ses leaders avaient compris, puis accepté les principes de la TF.

Du côté de la demande, les bénéficiaires ont plus retenu l'accessibilité aux soins et la prévisibilité des coûts comme étant des acquis du nouveau système de tarification. L'accès aux soins de santé constituait une situation préoccupante pour les populations, d'autant plus qu'il était impossible de connaître à l'avance combien allaient coûter les médicaments prescrits. Un participant à un entretien de groupe s'exprimait ainsi :

*« Avant ce système de solidarité, on achetait avec notre argent les médicaments et on avait d'énormes difficultés pour se soigner. C'est PAODES qui a combattu toutes ces difficultés auxquelles nous étions confrontés. Je voudrais ajouter qu'il était difficile d'évacuer un malade avant le PAODES. Mais, aujourd'hui, on peut évacuer un malade sans rien payer. Voici une grande chance à saluer. Tous les dix jours, on enregistrerait des cas de morts à cause d'un manque de soins !!! » **Bénéficiaire Nguérane Fass DS Koungheul.***

La population accorde une importance à l'information, notamment la connaissance des tarifs des prestations de soins, comme le précise bien ce participant :

*« Les leçons que j'ai tirées du PAODES, c'est une bonne chose parce qu'on a vu qu'au début, les populations avaient du mal à se soigner parce que ne sachant pas combien amener pour se faire soigner. Parce qu'il fallait partir rechercher encore de l'argent pour venir acheter les médicaments alors qu'avec le PAODES, on voit bien que le malade est sûr et certain qu'avec 2 000 F, il va se faire soigner. » **Bénéficiaire DS Sokone.***

Pourtant, il y avait aussi des critiques : les usagers des services de santé ressentent le problème des ruptures de médicaments et semblent se résigner :

« Les prestataires font correctement leur travail. Ils reçoivent les malades, les consultent, leur prescrivent des médicaments et les aident à les acheter dans le poste de santé sans problème. Souvent, PAODES et UDAM étaient désarmés devant les ruptures de médicaments parce que c'est le dépôt central qui en manquait. Ils n'y pouvaient rien. Cela ne dépendait pas d'eux. Même les districts avaient connu ces ruptures de médicaments. » Usager DS Koungheul.

En effet, les ruptures de médicaments et produits essentiels dans les structures de santé constituent un « handicap » pour la TF. Le patient se sent floué lorsqu'il ne bénéficie que d'une consultation du prestataire de soins après un achat d'un ticket forfaitaire. Cela contribue à rompre la confiance entre soignant et soigné, et à limiter la fréquentation des points de prestation.

Les élus locaux et les maires ont exprimé à plusieurs occasions leur enthousiasme sur la TF. Ils voyaient, comme la population, la transparence et l'accessibilité financière comme deux facteurs cruciaux positifs.

4.5.2 ACCEPTABILITE PAR LES PRESTATAIRES

« Des directives étaient données à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) selon lesquelles l'approvisionnement des médicaments sur le plan national devrait privilégier les districts pilotes de la tarification forfaitaire pour in fine assurer la continuité des paquets de service. Mais, la PNA fait les commandes annuellement. Parfois, le blocage se situe au niveau des livreurs ! Oui, ils disent parfois qu'il y a eu entretemps inflation du dollar, donc la valeur des médicaments a augmenté, etc. Le deuxième niveau est la promptitude de la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA). Les médicaments peuvent être disponibles à la PRA, mais les districts aussi à leur niveau, ils n'ont pas les ressources nécessaires pour aller acheter. Voilà, c'est un cercle vicieux ! » Responsable MSAS.

Les prestataires ont finalement bien accepté la TF, mais l'augmentation, voire la garantie, des primes sur salaires était le nœud du problème à négocier. Les discussions entre projet-UDAM et prestataires ont perduré parce que cette garantie était ressentie comme incertaine. La confiance entre prestataires et projet n'était pas automatique. Beaucoup de prestataires ont finalement été convaincus de la raison d'être de ce système de tarification et

ont exprimé clairement leur adhésion à ce système, par exemple lors d'une semaine de capitalisation des expériences du projet qui rassemblait toutes les parties prenantes autour de la table.

4.6 *TF comme facilitation de l'AMU*

L'hypothèse secondaire était que, grâce à son pouvoir de briser (partiellement) la logique de marchandisation et de fixer les tarifs, l'AM serait protégée contre la tendance de surfacturation par les formations sanitaires.

L'AM n'a eu qu'à se glisser dans un moule :

- Les tarifs étaient fixés
- Les procédures de contrôle des factures pour l'octroi des subsides étaient fixées
- L'intéressement des assurés par rapport au ticket modérateur résiduel était un incitant majeur pour l'adhésion
- L'étude de faisabilité financière des UDAM a pu se reposer sur des données effectives.

Par contre, les UDAM n'ont pas pu contracter les hôpitaux régionaux sauf pour certaines prestations particulières, parce que, pour chaque prestation, il fallait négocier un tarif acceptable. Les hôpitaux régionaux, qui ont une autonomie de gestion poussée, n'ont jamais voulu changer leur politique de tarification dans le contexte d'un projet. Le programme national d'AM du Sénégal ne s'est jamais impliqué dans cette problématique. Une UDAM, même appuyée par un projet, n'a pas le pouvoir de régler ce genre de défi.

4.7 *Conclusion : pas de réforme du système de financement sans discussion sur le système de tarification*

L'expérience démontre que la politique autour d'une tarification pourrait appartenir au gouvernement et au MSAS en particulier, afin de protéger ses citoyens contre des dépenses catastrophiques. L'initiative belgo-sénégalaise a été une expérience pilotée conjointement pour mieux comprendre les enjeux dans le pays et pour gérer l'articulation inévitable entre la tarification et l'AM.

La tarification forfaitaire avait comme hypothèses de travail de contribuer à une meilleure gouvernance (transparence) du système, de protéger l'AM contre des factures exagérées et imprévisibles, soumises par des formations

sanitaires, et de pallier la situation de marchandisation des soins qui s'était installée au fil du temps dans le système. Ces hypothèses semblent confirmées.

- La tarification forfaitaire est effectivement un facteur de transparence dans le système, pour la population qui apprécie la prédictibilité d'un tel tarif à payer, mais aussi pour les prestataires qui finalement apprécient également la prédictibilité des recettes, la qualité qu'on introduit indirectement à travers un changement de comportement vis-à-vis de la façon de gérer la consultation et la disponibilité de médicaments.
- La tarification n'a pas eu d'influence directe sur la qualité technique des soins, qui dépend probablement plus de la compétence technique des prestataires et la disponibilité des médicaments et consommables. Il était néanmoins important d'observer que la qualité technique des soins n'était pas impactée par la tarification.
- La TF a contribué à la disponibilité des médicaments au niveau des FS. La non-disponibilité auparavant était au moins partiellement due au phénomène de marchandisation : les prestataires n'étaient pas très motivés à rendre les médicaments disponibles. Ils étaient plus motivés par leurs primes et le paiement des indemnités de contractuels.
- Le système n'a jamais donné de réponse rationnelle à la situation d'un paiement du forfait sans que les médicaments soient disponibles. L'AM devra dans le futur introduire un système qui défend les droits du patient : remboursement (d'une partie) du forfait au patient et/ou une pénalité des remboursements à la formation sanitaire. D'ailleurs, cette observation démontre la faible position des utilisateurs, jusqu'ici insuffisamment défendus par l'AM et le pouvoir des prestataires qui, malgré le fait qu'ils reconnaissaient l'injustice du forfait en absence des médicaments, n'ont pas eu de réflexe de supprimer (partiellement) le forfait qui serait évidemment au détriment des primes qu'ils espéraient recevoir.

À la fin du projet, bien que plusieurs personnes du MSAS étaient devenues très conscientes du problème de marchandisation des soins, de non-uniformité des tarifs avec des répercussions néfastes sur l'opérationnalité de l'assurance maladie et sur la transparence financière du système, le MSAS n'a jamais pris des mesures correctrices. Étonnamment, même au niveau de

l'ACMU, la tarification n'a jamais été un sujet d'analyse et de discussion important. Elle a contractualisé les hôpitaux régionaux sans réelle discussion sur le système de tarification en remboursant des sommes relativement insignifiantes en pourcentage de la facture totale. L'ACMU était plus intéressée par le nombre de personnes « couvertes » par l'assurance que par la protection des utilisateurs.

Il est remarquable qu'une telle instance de régulation, un service actuariel, semble manquer dans la majorité des pays africains. Il est fortement recommandé que le MSAS, et l'ACMU en particulier, créent une instance nationale permanente qui gère l'analyse et le débat du système de tarification avec, comme objectifs, la protection de sa population, la transparence et l'uniformité du système au niveau public, et son suivi (imposition) sur le terrain (fonction 3 d'une AMU, Figure 7). Sans cette analyse et cette instance, une AMU restera lettre morte et fera faillite quand elle acceptera de rembourser des prestations basées sur une tarification aléatoire, imposée unilatéralement par les prestataires. Les hôpitaux régionaux, avec leur autonomie de gestion, posent un réel défi pour le MSAS/ACMU.

5. *La protection sociale santé dans le secteur informel au Sénégal*

Création et pilotage d'Unités Départementales d'Assurance Maladie

Avec les contributions de :

Diouf Serigne (ACMU), Gaye Papa Kane (AT projet), Hane F (Université de Ziguinchor), Mbow Ndèye Bineta (directrice UDAM Foundiougne), Ndiaye El Hadji Malick (AT projet), Senghor Ibrahima (directeur UDAM Kounghoul)

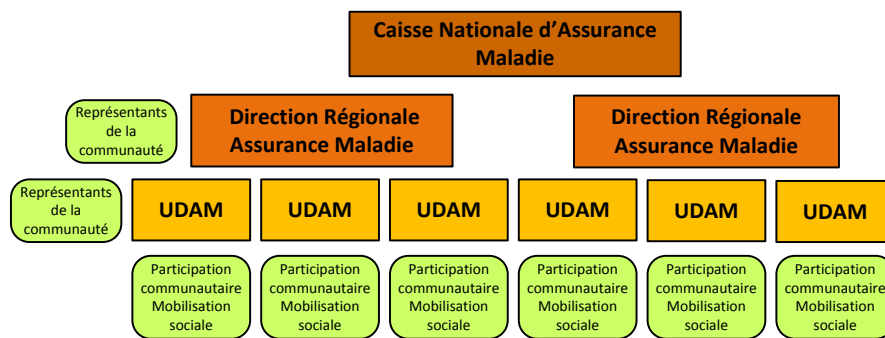
5.1 *Introduction*

Comme décrit dans le chapitre 2, les UDAM étaient considérées comme des unités opérationnelles, travaillant avec les mêmes règles, pour une assurance maladie d'envergure nationale. Les arguments à ce propos ont été évoqués également dans les chapitres précédents. En absence de la possibilité de créer une organisation publique et une adhésion obligatoire, l'UDAM a acquis un statut d'ASBL. L'UDAM devait convaincre la population d'adhérer volontairement à l'AM. La forme prise par cette ASBL était la mutuelle sociale, ce qui leur conférait un statut juridique nécessaire, entre autres, pour recruter du personnel, et leur permettait de participer à la mission de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle. La gestion financière, les recettes comme les dépenses, la communication et le plaidoyer, la contractualisation et l'AQ, et la défense des droits des patients étaient professionnalisés. La viabilité financière n'était plus de la responsabilité unique de la population. Le modèle préconisait une subvention financière initiale (importante) de la part de l'État et son engagement à soutenir, à long terme, ses efforts pour faciliter l'accessibilité financière des plus vulnérables.

Pour le pilotage et pour couvrir la période initiale de sa création, le projet PAODES a lancé en 2013 un appel à candidatures pour le recrutement de deux gestionnaires pour accompagner les quelques petites mutuelles existantes dans l'aire d'intervention du projet vers le changement de paradigme, la création des UDAM.

En août 2013, le gestionnaire de l'UDAM de Foundiougne a commencé à travailler à Sokone et celui de Kougheul a démarré en janvier 2014. Ensuite, un processus de sélection, mené par les CA des deux UDAM et appuyé par l'intervention, a débuté en juillet 2014 pour aboutir au recrutement des deux directeurs des UDAM. Les directeurs n'ont commencé à travailler qu'en août 2014. C'est avec les directeurs que la sélection des autres profils des directions techniques des UDAM a été effectuée. Les salaires, comme tous les autres frais de fonctionnement, ont été initialement financés sur le budget du projet à travers un Accord de financement (une forme de subvention) qui responsabilisait les UDAM en les obligeant à rendre des comptes selon les règles et à surveiller leur santé financière. Elles savaient qu'à terme, elles devraient payer les charges de fonctionnement uniquement sur leurs recettes, y compris les subsides étatiques.

Figure 20 : Les UDAM comme unité opérationnelle dans une organisation assurantielle unique pour le pays



La Figure 20 décrit les UDAM comme des unités uniformes à répliquer dans chaque département et qui fonctionneraient avec les mêmes procédures dans tout le pays. L'unité devra chercher une complémentarité avec son niveau supérieur, c'est-à-dire les directions régionales d'AM. Ce niveau n'ayant pas pu être investi par le projet PAODES, il a fallu concentrer au niveau opérationnel toutes les fonctions vitales d'une AM qui auraient pu sinon être réparties entre le niveau opérationnel et le niveau régional. Il s'agit notamment de la direction technique, du conseil médical et de l'évaluation et du partage des risques. Par contre, la recherche de complémentarités avec le niveau sous-jacent a déjà pu être testée au cours du projet. Ce niveau est moins formalisé. Il est indiqué par la participation communautaire et la

mobilisation sociale dans la Figure 20. Ce niveau est traité plus extensivement dans le chapitre consacré à la participation communautaire (chapitre 7).

5.2 *Présentation des départements pilotes*

Le département de Kounghoul qui couvre le seul district sanitaire du même nom occupe une superficie de 4 237 km². Le département compte environ 417 villages et hameaux où vivent quelque 170 000 habitants. La densité moyenne est de 40 habitants au km².

Sur le plan administratif, il est divisé en 3 arrondissements et 9 communes (Tableau 4).

Le département de Foundiougne regroupe trois districts sanitaires : Foundiougne, Passy et Sokone. Il couvre une superficie de 2 917 km². La population du département de Foundiougne est estimée à plus de 307 000 habitants répartis dans 382 villages et hameaux. On trouve en moyenne 105 habitants au km².

Sur le plan administratif, le département comporte 3 arrondissements et 17 communes.

Des contraintes naturelles, liées à la présence d'îles dans sa façade maritime, rendent, pour les populations de ce département, l'accès difficile au centre de santé de référence de Foundiougne. Les problèmes d'accessibilité géographiques ont aussi eu une répercussion sur la performance des UDAM. En effet, une population est moins motivée à adhérer à une AM quand les services sont de toute façon relativement inaccessibles.

Le plateau technique du centre de santé à Passy (Tableau 5), ancien poste de santé promu en centre de santé sans mise à niveau de son plateau technique, était nettement plus bas que pour les autres districts. Le bloc opératoire de Foundiougne était peu fonctionnel par manque de personnel compétent (anesthésie, chirurgie de district).

Tableau 4 : Brève présentation des zones d'intervention du projet

	Populations (2016)	Communes	Superficie (en km ²)	Densité (habitants/ km ²)
<u>Département Kounghoul</u>				
DS Kounghoul	170 989	09	4 237	40
<u>Département Foundiougne</u>				
DS Foundiougne	55 852	06	949	59
DS Passy	90 055	05	900	100
DS Sokone	161 946	06	1 068	152

Tableau 5 : Type et nombre de formations sanitaires dans les zones d'intervention

District sanitaire	CdS avec bloc opérateur	PdS	Case de santé	Cabinet médical	Prestataires parapublics et privés
Kounghoul	1	19	46	1	3
Foundiougne	1	09	12	0	2
Passy	0	12	20	0	4
Sokone	1	17	47	1	6
Total	3	57	125	2	15

5.3 Le mandat (hypothétique) de l'UDAM

Une des caractéristiques de l'UDAM, en tant que mutuelle sociale, était d'avoir transféré tous les pouvoirs exécutifs à une direction technique constituée de personnes salariées, travaillant à temps plein, recrutées sur la base de leurs compétences et redevables au CA. Il s'agit de la professionnalisation de l'AM par rapport à ses tâches techniques. La volonté de doter cette direction technique d'un véritable mandat de gestion était basée sur l'hypothèse que la professionnalisation de la gestion pouvait crédibiliser l'AM et accélérer l'adhésion de la population à l'AM. Ses tâches peuvent être résumées comme suit :

- Faciliter l'adhésion¹⁵ de la population à l'AM. Cette fonction implique la communication et le plaidoyer en plus de réaliser l'adhésion administrative.
- Percevoir et gérer les recettes, droits d'adhésion, cotisations des bénéficiaires et cofinancements de l'État.
- Gérer les dépenses et particulièrement organiser et financer les activités (dépenses de fonctionnement).
- Maitriser les coûts des prestations, estimer les risques financiers de l'organisme assureur et définir le montant du ticket modérateur, qui nécessite de collecter et d'analyser des informations de nature financière, prestation de santé, profil utilisateur de services de santé.
- Définir le paquet de soins assurables (paquet de bénéfices).
- Négocier les prix des prestations avec la tutelle des formations sanitaires.
- Contractualiser les formations sanitaires et veiller à la bonne application de leurs engagements.
- Vérifier les factures et assurer un contrôle physique dans les formations sanitaires.
- Rembourser les factures de prestations de santé.
- Assurer le contrôle de la qualité des soins et appliquer des pénalités financières si nécessaire.
- Gérer les plaintes des adhérents et défendre les droits des patients.
- Conseiller la tutelle sur l'élargissement possible du paquet de soins assurés.
- Organiser et animer la tenue des réunions des organes statutaires où s'exerce le pouvoir de la communauté.

Par rapport à toutes ces fonctions, des procédures ont été élaborées. Il s'agit ici de plusieurs hypothèses de travail par rapport au modèle proposé. Il fallait l'expérience de sa mise en œuvre pour démontrer éventuellement le bien-fondé de ces idées ou hypothèses.

¹⁵ L'UDAM faisait une distinction entre l'adhésion et la cotisation. L'adhésion est prise par le chef de famille et est payée une seule fois dans la vie à condition de renouveler ses cotisations à temps, une notion empruntée au modèle classique du mouvement mutualiste.

5.4 Le personnel de l'UDAM

Parmi les autres hypothèses de travail, il fallait que le personnel engagé par les UDAM pilotes corresponde aux profils nécessaires pour remplir quatre fonctions clés :

- Coordination de l'unité
- Gestion financière et comptable
- Communication
- Perception financière

Plus encore que pour la définition du mandat de l'UDAM, les profils et le nombre de personnels constituaient des hypothèses de départ pour démarrer l'expérience. Il était difficile d'imaginer à l'avance exactement quelle serait la charge de travail et quels seraient les profils nécessaires pour mener à bien le déploiement des UDAM pilotes.

Dans la mise en œuvre, le métier de communicateur a été réalisé en partie par le personnel du projet, puis par les directeurs et les collecteurs des UDAM. L'UDAM de Foundiougne s'est retrouvée avec un directeur de formation économiste, un gestionnaire-comptable, et trois collecteurs. Celle de Kounghoul a démarré avec un directeur sociologue de formation, un gestionnaire-comptable et deux collecteurs.

L'équipe a été complétée dans un deuxième temps par un médecin-conseil, une fonction qui, selon le modèle préconisé, relevait plutôt du niveau régional pour des raisons d'économie d'échelle. Dans le cadre de ce pilote, cette fonction a été assurée par une seule personne prise en charge par les deux UDAM de deux régions différentes. Selon l'estimation de la charge de travail, un médecin-conseil d'une AM pourrait chapeauter jusqu'à trois ou quatre UDAM. Sa fonction et les expériences sont décrites plus loin.

Le nombre de personnels à recruter dépendait de la charge de travail estimée et de la masse salariale par rapport à la balance financière de l'unité (également difficile à estimer d'avance avec précision). L'expérience a permis d'estimer cette charge et de comprendre ce qui serait réaliste et nécessaire en ce qui concerne le personnel.

5.4.1 LA CHARGE DE TRAVAIL CONJONCTURELLE

La première année, la charge de travail était très forte. Les raisons étaient de deux ordres. D'une part, la décision de l'État sénégalais d'enrôler tous les

bénéficiaires des bourses de sécurité familiales dans les mutuelles a engendré un grand flux d'adhérents. D'autre part, les procédures et l'outil informatique étaient seulement en train d'être mis en place et d'être testés. Les cartes d'adhésion individualisées, avec photo, et les registres n'étaient pas encore utilisés de façon routinière, et les outils de gestion sous forme numérique n'étaient qu'en cours de développement.

C'est pourquoi l'UDAM a recruté du personnel temporaire supplémentaire pour répondre à cette situation. Même si la charge de travail conjoncturelle ne doit pas être prise en compte quand il s'agit d'estimer les besoins en personnel fixe, il est pourtant important de se rendre compte de ce besoin quand il s'agit, par exemple, de créer de nouvelles unités.

À la fin du projet, les UDAM comptaient le personnel fixe comme indiqué dans le Tableau 6.

Tableau 6 : Personnel salarié dans les deux UDAM fin 2017

	UDAM Koungheul	UDAM Foundiougne
Directeur	1	1
Gestionnaire-comptable	1	1
Assistant administratif	1	3
Collecteurs	2	4
Gardiens	2	2
Technicien de surface	1	1
Total :	8	12

5.4.2 LA CONTRIBUTION – ROLE DU PROJET

Au cours du projet, c'est ce dernier qui payait les salaires, les autres coûts récurrents et une partie des charges techniques. Ceci était nécessaire, voire inévitable, parce que la situation de départ était évidemment une caisse vide, alors qu'il fallait pouvoir assurer, dès le démarrage, pour les premiers assurés, la prise en charge des gros risques comme l'hospitalisation et la chirurgie, soins très onéreux pour l'individu, mais dont la prise en charge par un tiers incite fortement la personne à s'assurer. L'organisation doit murir d'abord suffisamment et avoir un grand nombre de bénéficiaires avant d'atteindre une situation stable et claire par rapport à son fonctionnement et sa situation financière. Après deux ans, les UDAM pilotes avaient atteint cette situation.

En dehors des investissements initiaux et de la prise en charge opérationnelle pour les deux premières années, le projet veillait surtout à

coordonner la réflexion autour des procédures et l'organisation interne, ainsi que sur le monitoring et la modélisation de l'organisation.

Une des fonctions du projet était également de prendre le risque du pilotage. Le budget mis à la disposition pour le pilotage des UDAM doit être considéré comme un investissement dont l'issue est incertaine et qui doit être utilisé de façon très flexible. Porter initialement la charge financière des salaires des UDAM, le recrutement d'un médecin-conseil pour les deux UDAM dans deux régions différentes, et le paiement de salaires temporaires pour parer à la charge de travail élevée initialement ne sont que quelques exemples où le projet a pu mettre en avant un financement de façon flexible et rapide et qui, dans le cadre d'un budget public, serait moins évident. Piloter une expérience complexe est plus facile pour un projet avec un budget flexible qu'avec un budget de routine public. Le secteur public dans les pays en développement ne mobilise généralement pas assez de budgets pour des « projets pilotes » parce que ceux-ci sont considérés comme des budgets à haut risque dans un cadre déjà précaire en ce qui concerne le financement « de routine ».

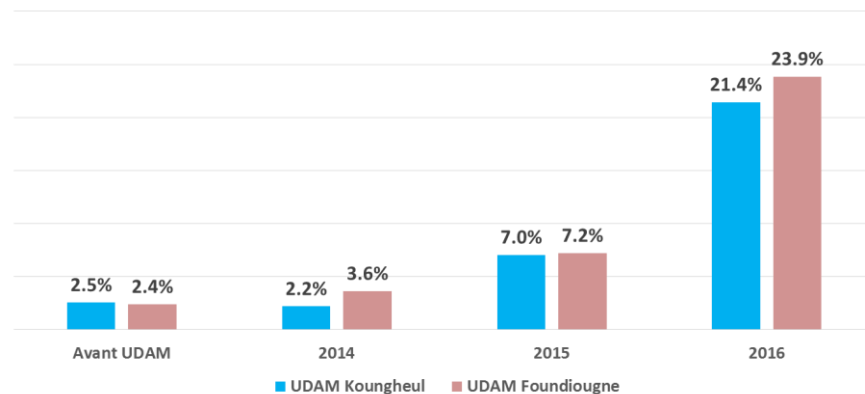
5.5 Le fonctionnement des UDAM pilotes : Kougheul et Foundiougne

5.5.1 LE TAUX DE PENETRATION

Les assemblées constitutives des UDAM ont eu lieu les 3 et 4 mai 2014 respectivement à Kougheul et Foundiougne. Elles ont adopté les statuts et ont validé la dissolution en leur sein des sept mutuelles communautaires existantes. L'UDAM de Foundiougne a ainsi absorbé la mutuelle de Sokone et la mutuelle de Nioro Alassane Tall pour le district sanitaire de Sokone, la mutuelle de santé de Foundiougne de la ville de Foundiougne du district sanitaire du même nom et la mutuelle de santé de la ville de Passy du district sanitaire de Passy.

L'UDAM de Kougheul a absorbé la mutuelle de santé « Xettali Njaboot », la mutuelle de santé « Yombal Faju » et la mutuelle de santé « Oyofal Paj ».

Graphique 9 : L'évolution du taux de pénétration de l'UDAM à l'échelle départementale



Avant les UDAM (Graphique 9), le taux de pénétration des quelques mutuelles communautaires recensées dans les départements pilotes, était d'environ 2,5 %. Ce chiffre se rapportait aux populations ciblées par ces mutuelles, soit quelques villages ou quartiers seulement. Pour assurer la comparaison avec les UDAM, il faudrait calculer ces taux de pénétration par rapport à la population totale du département, ce qui donnerait un taux de pénétration de 0,6 % pour Foundiougne et de 1 % pour Koundougou. En plus, avant l'arrivée des UDAM, les mutuelles comptaient toutes les personnes qui s'étaient inscrites un jour dans la mutuelle, dont une partie importante n'était plus membre actif (pas de renouvellement des cotisations), mais plutôt adhérent historique.

L'évolution du taux de pénétration des UDAM est nettement plus rapide que pour les mutuelles à base communautaire (29 % pour une population importante en deux ans, contre à peu près 1 % pour une population de taille très réduite en deux décennies). Plusieurs raisons peuvent être avancées et sont liées aux changements proposés au modèle de mutuelle à base communautaire et discutés au chapitre 2. L'hypothèse que des structures assurantielles professionnalisées, de grande échelle et subventionnées, peuvent pallier plusieurs contraintes des mutuelles à base communautaire semble ainsi confirmée.

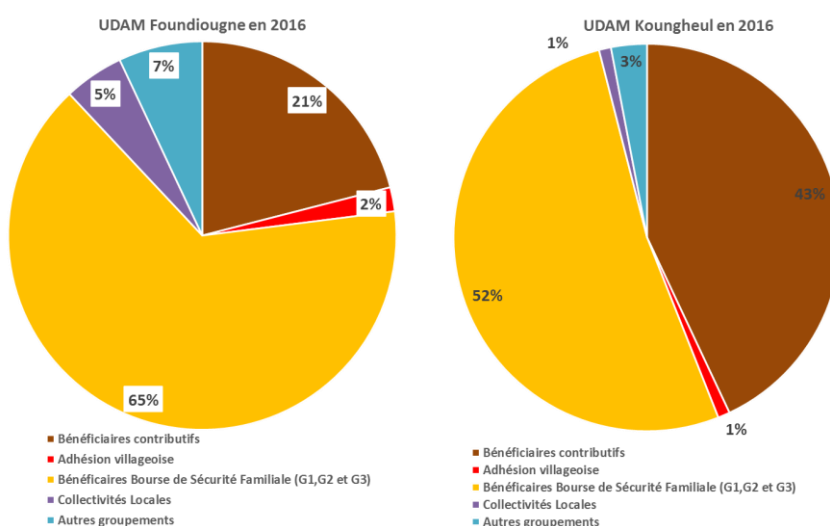
Il y a d'abord la mobilisation sociale qui s'est faite de façon globale et professionnelle avec des messages bien préparés, gérés par une équipe de

communication professionnelle polyvalente, avec une très large couverture. Toutes les questions de toutes les parties prenantes pouvaient être traitées en profondeur et avec précision. Cela a été le cas des questions relatives aux paquets de soins ou des questions économiques ou administratives ou sociales, car l'équipe comprenait des médecins, des économistes de la santé, des sociologues, des agents de développement. De plus, les missions de sensibilisation se faisaient en présence de l'autorité locale ainsi que du responsable de la structure de soins de la place. Les maires et autres notables sociaux étaient impliqués dès le début dans ce dialogue. Les UDAM professionnelles, avec des interlocuteurs crédibles auprès de toutes les parties prenantes, suscitaient plus de confiance pour le grand public que les mutuelles de santé à base communautaire. Les avantages de la portabilité élargie à toutes les formations de santé intégrées du département étaient clairs pour la population. La carte individuelle qui permettait de consulter directement dans la formation sanitaire sans passer d'abord par une mutuelle pour obtenir une lettre de garantie était vécue par la population comme un avantage important. Les détails des démarches sont décrits au niveau du chapitre sur la participation communautaire.

La vitesse d'augmentation du taux de pénétration s'explique aussi par la bourse de sécurité familiale octroyée par le gouvernement. Cette bourse est une subvention financière directement accordée aux familles pauvres identifiées par le gouvernement sénégalais. L'État sénégalais a décidé en 2014 de compléter la bourse par l'inscription dans les mutuelles de santé du pays, y compris donc dans les UDAM, des titulaires de cette bourse et de leurs ayants droit. Il s'agit ici, d'un point de vue assurantiel, d'une augmentation artificielle du taux de pénétration, car l'adhésion n'est pas volontaire ni consciente. Cette catégorie de personnes représente jusqu'à 65 % des membres dans l'état actuel des UDAM (Figure 21). C'est une stratégie à double tranchant : mettre dans la seule assurance toutes les catégories sociales permet d'avancer vers plus d'équité, mais par contre, si l'État n'honore pas ses engagements, c'est toute l'AM qui risque la faillite. Cette initiative est évidemment louable dans le sens de la protection des plus démunis dans la société, bien qu'il puisse exister des faux positifs et négatifs dans l'identification. Le mécanisme de ciblage des indigents est très compliqué et onéreux. Un autre mécanisme de prise en charge des plus pauvres a été développé par le projet, l'adhésion villageoise.

5.5.2 REPARTITION PAR TYPE D'ADHESION

Figure 21 : Répartition des adhérents par mécanisme d'adhésion



L'adhésion villageoise (ou par village entier) est une approche introduite vers la fin de 2016, donc assez nouvelle, raison pour laquelle elle occupe encore une place réduite dans l'ensemble (pour plus de détails, voir chapitre 8 sur la participation communautaire). Dans les prévisions, la part de l'adhésion villageoise augmentera encore significativement parce que la population locale, tout comme les élus locaux, exprime son enthousiasme pour cette approche. L'ACMU, aussi, a montré son intérêt.

Le taux de pénétration est influencé négativement, par ailleurs, par toutes les initiatives de gratuité (en dehors des bourses de sécurité familiales) qui n'intègrent pas le système assurantiel contributif, mais remboursent directement les formations sanitaires en aggravant la fragmentation du financement du système de santé. Ainsi, les césariennes, les soins pour les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées (> 60 ans) sont exemptés du paiement direct par le gouvernement. Dans ce contexte, certains chefs de ménage ne voient plus l'avantage à adhérer à une assurance maladie parce que les personnes les plus à risque sont déjà couvertes partiellement par les régimes de gratuité.

5.5.3 LE NIVEAU D'UTILISATION

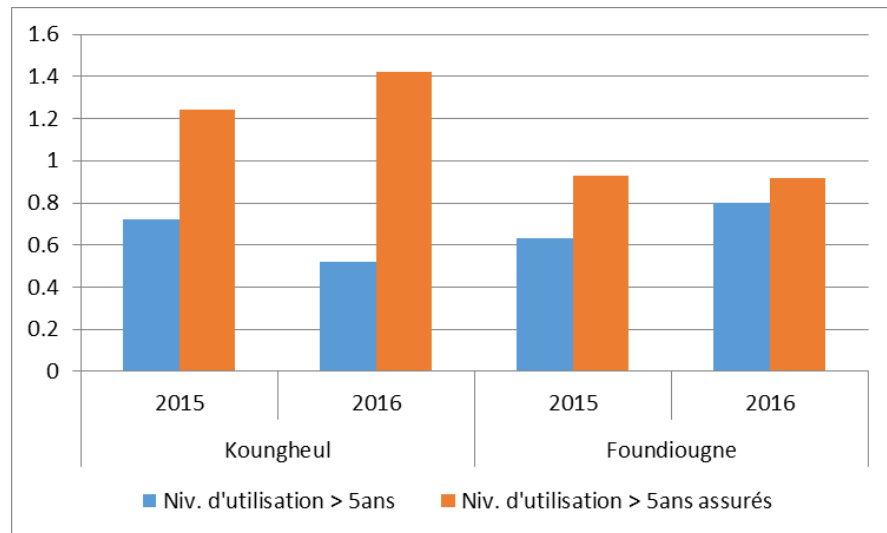
Une assurance maladie sert notamment à augmenter l'accessibilité financière de la population à des soins de qualité. Dans tout système de santé, le phénomène économique de l'offre et de la demande joue. Plus les prix sont bas, plus il y a utilisation des services. Mais le degré de réaction des usagers des services de santé peut être tempéré par d'autres facteurs que le prix des soins. La crédibilité, la qualité perçue, l'accès géographique et culturel sont d'autres facteurs importants. Il est donc difficile de prévoir dans quelle mesure le taux d'utilisation évoluera. Cette multiplicité de facteurs qui influence l'utilisation est une des raisons principales pour toujours porter attention à la fois à l'offre et à la demande.

Dans le contexte de ce projet, nous constatons que le niveau d'utilisation est plus important pour les assurés que pour la même population sans assurance.

Le Graphique 10 montre une différence et une évolution positive pour Kounghoul. L'impact semble moindre pour Foundiougne, probablement compte tenu des circonstances actuelles. En effet, les DS de Foundiougne et Passy ont un faible plateau technique et montrent plus de faiblesses, par exemple par rapport à la disponibilité des médicaments. Il est probable que le système était aussi encore assez instable et qu'il faudra suivre le taux durant une période plus longue pour obtenir des chiffres plus consolidés.

Un niveau d'utilisation entre 1 et 1,5 épisode maladie/assuré/an semble acceptable pour la tranche d'âge entre 5 et 60 ans en Afrique subsaharienne (76;77). En effet, il s'agit du groupe d'âge le moins vulnérable pour la maladie, les groupes à haut risque (enfants de moins cinq ans et personnes âgées) recevant les soins gratuitement. En outre, plus de la moitié des bénéficiaires appartiennent à des familles pauvres (bourses de sécurité familiales), qui ont souvent un faible accès culturel, géographique et financier (malgré l'assurance) comparé au reste de la population.

Graphique 10 : L'évolution du niveau d'utilisation des adhérents aux UDAM comparée avec les personnes non assurées



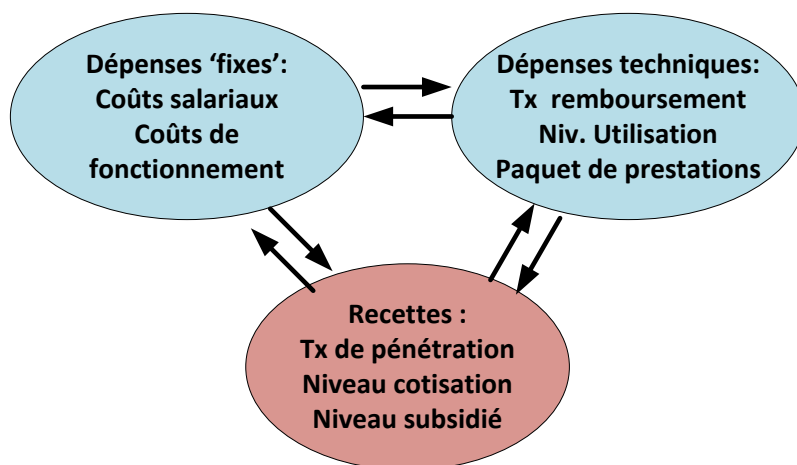
Le niveau d'utilisation est en effet un indicateur influencé par plusieurs facteurs. L'approche systémique de l'intervention voulait justement intervenir simultanément sur ces divers facteurs comme l'accessibilité financière, la qualité des soins, l'augmentation du plateau technique de l'offre, afin d'arriver à une nouvelle situation permettant de proposer un service de soins plus performant et crédible, mais aussi plus accessible et donc avec une meilleure utilisation. Apparemment, cet objectif global est plus atteint pour Kougheul que pour Foundiougne. Les raisons de cette différence restent à explorer plus en détail.

L'augmentation du niveau d'utilisation ne peut s'expliquer ici par une sélection adverse, avec l'hypothèse que les assurés auraient eu plus besoin de soins que la moyenne de la population. L'unité d'adhésion par famille, et même par groupement ou village (chapitre 6), et les multiples formes de gratuité (césarienne, tuberculose, VIH-SIDA, enfants de moins de cinq ans, personnes âgées) font que la sélection adverse ne peut jouer que marginalement.

5.6 L'analyse financière d'une AM

L'un des importants défis de chaque assurance est évidemment de prouver qu'il existe un équilibre financier qui lui permet de fonctionner de façon pérenne. Il s'agit de l'équilibre entre les recettes et les dépenses. Les recettes sont principalement constituées par les cotisations totales des bénéficiaires, quel que soit le payeur, et les subventions.

Figure 22 : Un équilibre complexe entre recettes et dépenses



La Figure 22 évoque l'équilibre entre recettes et dépenses, et les interactions qui influencent cet équilibre.

Au niveau des dépenses, il y a, d'un côté, les coûts fixes constitués par les coûts salariaux et les coûts variables et les dépenses techniques, c'est-à-dire les remboursements des factures de prestations. Il fallait expérimenter la charge de travail dont allait dépendre la masse salariale, par exemple, pour savoir quel type de personnel, avec quel salaire, il fallait engager. Les coûts de fonctionnement dépendent également de mesures managériales, telles que les moyens de transport utilisés, le nombre de déplacements ou encore l'efficacité du fonctionnement. Dès que ces décisions sont prises, il n'y a plus tellement de marge de manœuvre, raison pour laquelle d'ailleurs, on parle de coûts fixes. Les coûts variables pour une assurance maladie sont les coûts techniques ou les remboursements des actes médicaux. Ces dépenses ne sont pas « fixes », mais sont influencées par des décisions managériales. Ce type de

dépenses dépend d'un côté du niveau d'utilisation (plus d'utilisation donc plus de dépenses, moins de viabilité), du taux de remboursement et du paquet d'actes médicaux pris en charge par l'assurance. Effectivement, une assurance maladie recherche souvent son équilibre financier en jouant sur le taux de remboursement (le pourcentage des coûts remboursés). Plus ce pourcentage est bas, plus l'AM est viable, mais par contre, moins elle protège la population contre les dépenses catastrophiques. Moins l'AM diversifie les prestations où elle va intervenir, plus elle sera financièrement viable, mais moins elle protégera ses assurés contre les risques financiers liés aux prestations non couvertes. Une assurance maladie doit donc être évaluée, non pas simplement sur son taux de pénétration, mais simultanément sur le paquet couvert et son taux de remboursement. À titre d'exemple, l'AM au Sénégal en dehors des UDAM prétendait couvrir également les soins au niveau des hôpitaux régionaux, mais le taux de remboursement était dérisoire par rapport à ce que le patient devait encore payer de sa poche, que ce soit dans les pharmacies privées ou directement à la formation sanitaire.

Les recettes, d'un autre côté, (Figure 22) dépendent du taux de pénétration. Ce taux est influencé par le niveau des cotisations, mais aussi par le niveau de subvention de l'État. Si le montant des cotisations augmente pour un même paquet de bénéficiaires, le taux de pénétration diminuera (offre et demande sous un régime d'adhésion volontaire). L'augmentation des recettes ne peut donc pas être recherchée par une simple augmentation de la cotisation. Les subsides de l'État sont évidemment aussi flexibles et influencent la viabilité de l'AM.

Ainsi, la question de la viabilité d'une AM devient une question très complexe à laquelle il ne peut être répondu sous la forme « Dans les conditions actuelles... » parce que chacune des conditions actuelles est instable. Pour comprendre un système assurantiel dans un pays, ou plus encore pour comparer des systèmes, il faudra donc tenter de mieux maîtriser l'ensemble des facteurs influençant les dépenses techniques, les dépenses fixes et les recettes.

5.7 Estimation de la viabilité financière des UDAM dans le contexte du Sénégal

Une étude sommaire de faisabilité financière visant principalement à établir le montant de la cotisation à l'AMU, réalisée en 2013, avait estimé que, pour être en équilibre financier pour le paquet des soins poste de santé et centre de santé au Sénégal, les cotisations réelles devaient s'élever à 4 500 FCFA par personne. Les UDAM se sont alignées sur la politique nationale du Sénégal qui prévoyait une cotisation annuelle de 7 000 FCFA, dont 50 % étaient subventionnés par l'État. Se basant sur les résultats de cette première étude, les UDAM devaient ainsi avoir une réserve de 2 500 FCFA (7 000 - 4 500) par adhérent. Non seulement ceci constituait une marge pour réduire le risque, mais en plus, cette situation laissait l'espoir de couvrir, à la longue, également le niveau hôpital régional dans le paquet d'assurance (tel que prévu d'ailleurs par la politique nationale).

En 2014, en se basant sur le montant de la cotisation aux MSBC fixé par l'État à 7 000 FCFA, une seconde étude de viabilité financière a été réalisée. Cette étude visait surtout à estimer les conditions de pérennisation des UDAM. Elle a commencé par estimer les coûts de fonctionnement des UDAM. Les simulations ont été réalisées au départ des données de consommation de soins dans les départements à l'étude. Ensuite, l'étude a modélisé l'évolution de la consommation de ces soins en tenant compte des variables comme la taille de la population, le nombre de patients au sein de la population, la fréquence de consommation de soins par patient, le nombre de personnes mutualisées au sein de la population, la proportion des soins mutualisés remboursés par l'AMU et le nombre de référencements. Différents scénarios ont été établis tenant compte, d'une part, de quelles catégories de la population intègrent ou non l'assurance (avec ou sans les moins de 5 ans et les personnes de plus de 60 ans) et, d'autre part, d'une variation de l'évolution du volume de la population mutualisée. C'est ainsi que l'étude a pu estimer en quelle année les UDAM allaient atteindre leur équilibre financier. Dans le meilleur des cas, elles devaient l'atteindre en 2017 et dans le pire des cas au-delà de 2019. Dans la réalité, compte tenu de ce qui va être décrit plus bas, l'équilibre financier des UDAM était atteint en 2016 déjà.

D'un autre côté, il y a les dépenses qui peuvent être divisées entre les coûts de fonctionnement, comprenant les coûts salariaux, et les charges techniques, c'est-à-dire le remboursement des prestations aux formations sanitaires, comme décrit ci-dessus. Faire la balance entre ces deux types de dépenses semble facile, mais, en réalité, cela ne l'est pas du tout. Pour les UDAM, sans automatisation des calculs, avec de nombreuses situations différentes telles que les cotisations annuelles ou mensuelles, arriérés de cotisations, utilisation fluctuante, les subsides et les subsides payés avec retard important, etc., un bilan financier, même le plus précis, ne peut donner, à lui seul, une idée sur la viabilité financière d'une AM.

Le Tableau 7 montre l'estimation de la balance financière des deux UDAM pour l'année 2016. Elle ne tient pas compte des créances de l'État dans le cadre des programmes de gratuité des soins ni des bourses familiales.

Les cotisations acquises englobent les montants apportés par les cotisants, ainsi que les subsides de l'État, rapportés à l'année considérée¹⁶. Du côté des charges, on distingue les coûts de fonctionnement et les charges techniques. Ceci est important, car, si le nombre de cotisants augmente, les intrants et les charges techniques augmenteront, mais n'influencent pas les dépenses dites « fixes ».

Le tableau montre que les UDAM sont presque en équilibre financier avec le taux de pénétration actuel. La balance financière pour Foundiougne est légèrement positive (93 %), pour Kougheul légèrement négative (avec 102 %, l'UDAM est en perte de 2 %). On peut en déduire que le taux de pénétration doit encore augmenter (données de l'année 2015-16) pour arriver à une situation financière en équilibre, en supposant que les subsides de l'État continuent et que le niveau d'utilisation n'augmente pas trop.

¹⁶ Par exemple, pour quelqu'un qui cotise pour un an en cours d'année, seules les cotisations pour l'année de l'étude (ici 2016) sont prises en considération.

Tableau 7 : Calcul du bilan financier des UDAM fin 2016 (1)

	Foundiougne 2016	Koungheul 2016
Intrants		
Cotisations acquises (A)	104.602.215	72.592.427
Total :	104.602.215	72.592.427
Dépenses		
Dépenses fixes (B)		
Coûts salariaux	35.100.128	28.489.857
Autres coûts de fonctionnement	21.696.144	15.977.515
Total :	56.796.272	44.467.372
Charges techniques		
<ul style="list-style-type: none"> • Charges techniques payées par UDAM (C) • Partie subsidiée des factures des prestataires (subsidés PAODES au référencement) (D) 	40.732.500	29.817.200
	20.340.000	3.657.500
Total :	61.072.500	33.474.700
<hr/>		
Dépenses annuelles totales (B+C) = (E) (sans subsides PAODES au référencement) :	97.528.772	74.284.572
Balance (%) (E/A en %)	93 %	102 %
Dépenses annuelles totales (F) (avec subsides PAODES au référencement) :	117.868.772	77.942.072
Balance (%) (F/A en %)	113 %	107 %
Charges de fonctionnement par rapport aux cotisations acquises	54 %	61 %
<hr/>		

Le tableau évoque la part du subside direct du projet aux formations sanitaires qui devra également être prise en charge par les UDAM à la fin du projet. Dans le chapitre précédent, qui aborde la tarification forfaitaire, il a été expliqué que les tarifs forfaitaires au niveau des centres de santé étaient assez élevés, mais que les patients référés par un poste de santé étaient subventionnés par le projet (paiement direct au centre de santé d'une partie du tarif total). Les marges bénéficiaires des UDAM vont évidemment diminuer (balance financière de 113 % pour l'UDAM de Foundiougne et 107 % pour l'UDAM de Koungheul) quand les UDAM seront obligées d'absorber ce coût supplémentaire. Cet équilibre estimé ne tient pas compte des créances de l'État. En les incluant, l'équilibre financier serait nettement positif. La viabilité théorique est donc acquise, mais en pratique, le système fonctionne encore avec de nombreux risques qui pourraient mettre en danger l'AM.

Le tableau confirme que, dans les conditions sénégalaises, la viabilité dépend des subsides étatiques conséquents (voir la discussion du modèle au chapitre 3) conformément à notre hypothèse initiale qui soulignait qu'une des erreurs conceptuelles des mutuelles à base communautaire était leur recherche d'indépendance (aussi financière). Avec le pouvoir d'achat de la population, il est impossible qu'elle cotise au taux réel si on veut garder le même niveau de protection financière et le même paquet de soins couvert.

La proportion des coûts de fonctionnement par rapport aux dépenses totales est également encore relativement élevée (54 et 61 % respectivement pour l'UDAM de Foundiougne et de Koungheul). L'UEMOA préconise que 20 % des cotisations soient justifiables comme charge de fonctionnement. Il est évident que cette charge relative diminuera davantage si le taux de pénétration augmente.

Le montant total des remboursements est influencé par le nombre de cotisants, mais aussi par le niveau d'utilisation. Par exemple, avec une utilisation de 1,4, l'UDAM de Koungheul devra couvrir annuellement par cotisant 1,4 remboursements, tandis qu'à Foundiougne, ceci n'est que de 0,9. Si le niveau d'utilisation à Koungheul était également à 0,9, les charges techniques seraient proportionnellement moindres et la balance baisserait à 94 %. L'utilisation peut bien évidemment varier d'une année à l'autre ou évoluer « naturellement » avec l'offre et sa crédibilité.

Les bourses familiales, bien qu'artificiellement, augmentent sensiblement le nombre d'adhérents et donc les intrants. Quand les bourses familiales sont prises en compte (elles ne le sont pas dans le Tableau 7), les UDAM

deviennent clairement financièrement viables dans les conditions actuelles. Nous ne pouvons qu'applaudir l'État pour cet engagement. En même temps, il faut reconnaître qu'il s'agit d'un danger pour les UDAM. L'État pourrait se retirer de son engagement assez facilement et, déjà maintenant, on note un retard important entre la promesse et le paiement effectif des cotisations pour les bénéficiaires des bourses. Si les UDAM démarrent les remboursements sans que les subsides ne soient arrivés, elles auront très vite un problème sérieux de liquidité.

Tableau 8 : Estimation de la viabilité financière des UDAM (2)

Paramètres de viabilité	Foundiougne	Koungheul
Cotisation individuelle (FCFA) (a)	7 000	7 000
Part cotisation pour fonctionnement en FCFA 20 % de la cotisation = (a) * 0,2 (b)	1 400	1 400
Frais de fonctionnement annuel des UDAM (2016) ©	56.796.272	44.467.372
Nombre de cotisants nécessaires (c/b)	40 569	31 762
Cotisants prévus	65 000	35 000

Le Tableau 8 évoque une autre approche pour estimer le nombre d'assurés qu'il faudrait (en 2017 par exemple) pour que les dépenses de fonctionnement, sans aucune subvention, ne dépassent la marge acceptable selon le MSAS de 20 % des cotisations, garantissant un solde suffisant pour payer les charges techniques.

Au Sénégal, un peu aléatoirement, on utilise une norme de 20 % des cotisations qui peuvent être investies dans les coûts fixes de l'assurance. Ils se seraient basés sur les expériences des mutuelles communautaires. Ceci constitue donc 1 400 FCFA par cotisant (b). Les frais de fonctionnement sont maintenant stabilisés et connus (c). Il s'agit des frais de fonctionnement des UDAM en 2016. Le nombre de cotisants nécessaires pour couvrir les frais de fonctionnement est calculé en divisant c par b. Le nombre de cotisants prévus, y compris les bénéficiaires des bourses de sécurité familiale récemment identifiés par l'État, est nettement plus élevé que le nombre « minimal » nécessaire démontrant que les UDAM peuvent être autonomes, pour autant que toutes leurs créances leur soient payées.

Cette approche se concentre sur les dépenses fixes et a comme avantage d'estimer si les UDAM restent dans les orientations nationales légales. Elle

permet aussi d'estimer quelles sommes subsistent pour réinvestir dans les formations sanitaires et de faire évoluer la contractualisation, soit avec le taux de remboursement des prestations tout en veillant à la viabilité de l'AM. Au fur et à mesure que le nombre de cotisants augmente, l'AM peut revoir les contrats.

5.8 *Taux de prise en charge*

La pertinence d'une assurance maladie réside dans le montant remboursé par l'assurance qui doit alléger au maximum le ticket modérateur, c'est-à-dire le paiement restant dû directement par les utilisateurs. Une AM, qui rembourse 10 % des frais, est évidemment moins intéressante pour la protection sociale et la prévention des dépenses catastrophiques qu'une assurance qui rembourse 90 %. Ainsi, le développement progressif d'une AM peut se concevoir selon deux logiques. Une première approche est de couvrir le paquet de soins complet (y compris le privé et les hôpitaux universitaires) au plus vite avec des taux de remboursement minimaux facilitant le dialogue politique de la couverture universelle. Cette approche nécessite de gros moyens financiers d'emblée, sans lesquels les taux de prise en charge ne peuvent être que très bas et donc peu intéressants pour les bénéficiaires et surtout sans lesquels l'AM court un risque à peu près certain de faillite. Une autre approche cherche à couvrir par exemple les soins essentiels (premier et deuxième niveaux) de façon significative avant de s'aventurer, quand l'assiette financière de l'AM s'améliore, dans des domaines de soins plus spécialisés et beaucoup plus chers. Le PAODES a pris cette deuxième option.

Dans les paragraphes suivants, une comparaison entre les mutuelles à base communautaire et les UDAM est présentée. Cependant, la comparaison ne peut être que grossière, parce que les tarifs et le contenu des prestations diffèrent selon la situation. Par exemple, dans la prise en charge d'une consultation externe, pour les UDAM, les médicaments sont inclus, tandis que, dans la plupart des mutuelles communautaires, le patient est souvent contraint de payer ses médicaments dans une pharmacie privée. Seule une étude qui compare les paiements directs peut donner un aperçu complet de la situation.

Selon le Tableau 9, les taux de remboursement au niveau des postes de santé sont sensiblement les mêmes entre les mutuelles à base communautaire et les UDAM. La différence entre 80 % ou 75 % pour la consultation externe est en fait négligeable, mais difficile à comparer en même temps, parce que, pour les UDAM, le remboursement comprend aussi les

médicaments. Par contre, les UDAM prennent en charge à 100 % la dépense lourde d'une évacuation sanitaire. Pour les UDAM, les taux de prise en charge sont estimés sur la base des études de faisabilité menées, mentionnées plus haut (§ 5.7).

Tableau 9 : Comparaison des taux de prise en charge au niveau PS.

Prestation	Taux de prise en charge des MS communales	Taux de prise en charge des UDAM	POSTE DE SANTÉ
Consultation externe	80 %	75 %	
Consultation d'urgence/ Accouchements	80 %	80 %	
Consultation externe enfant < 5 ans	00 %	00 %	
Évacuation sanitaire d'urgence (PS vers CS)	00 %	100 %	

Dans la démarche des mutuelles de santé de petite taille, les mutuelles de santé communales prennent en charge le paquet de base au niveau des centres de santé.

Tableau 10 : Les taux de remboursement par les mutuelles communales au niveau des CS.

Services couverts	Taux de prise en charge par les MS communales
Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)	80 %
Soins ambulatoires (analyses et examens)	80 %
Soins ambulatoires (radiographie)	80 %
Médicaments génériques	80 %
Médicaments de spécialités	50 %
Maternité (consultations pré/postnatales, planification familiale)	80 %
Maternité (accouchement simple)	80 %
Hospitalisation	80 %
Transport (références)	80 %
Soins ambulatoires (secteur privé)	50 %

Au niveau des UDAM, toutes les prestations incluses dans les forfaits offerts dans le cadre de la tarification forfaitaire sont prises en charge. Toutefois, les

UDAM exigent le respect du système de référence/contre-référence. Une prise en charge ne peut avoir lieu au niveau du CS si le patient n'y a pas été référé par un PS.

Le niveau de prise en charge par les UDAM dans les centres de santé est nettement plus avantageux que celui des mutuelles communales (Tableau 11).

Tableau 11 : Les taux de remboursement par les UDAM au niveau des CS.

	FORFAITS	Taux de prise en charge des UDAM	
CONSULTATIONS	Consultation Médecin	95 %	CENTRE DE SANTÉ
	Consultation Urgences	95 %	
	Consultation externe enfant < 5 ans	00 %	
	Consultation cabinet dentaire	95 %	
HOSPITALISATION	Pédiatrie (5 à 16 ans)	93 %	
	Pédiatrie < 5 ans	00 %	
	Médecine interne	92 %	
	Chirurgie mineure	92 %	
	Chirurgie majeure	95 %	
	Gynécologie/Obstétrique	96 %	
	Accouchement	96 %	
	Césarienne	00 %	
	Maladies chroniques	95 %	

De nouveau, il n'est pas facile de comparer les 2 tableaux puisqu'une consultation au niveau du médecin pour l'UDAM comprend par exemple aussi les frais de laboratoire et de radiologie.

5.9 Sinistralité

La sinistralité d'une assurance maladie est définie comme le pourcentage des intrants financiers dans l'AM qui est effectivement injecté dans les formations sanitaires pour le remboursement des soins donnés aux assurés. Cet indicateur permet un bon pilotage de l'AM. S'il dépasse 100 %, l'AM court évidemment un risque de faillite. Elle pourrait à ce moment éventuellement négocier la révision à la baisse des prix des prestations ou éventuellement l'augmentation de la cotisation (ce qui sera difficilement

accepté si le paquet de bénéfices n'est pas pour autant amélioré). S'il se situe en dessous de 50 % au cours de plusieurs exercices, l'AM peut commencer à envisager l'élargissement du paquet de bénéfices. Le taux indique également la pertinence d'une assurance. Si le taux de sinistralité est « trop bas », en d'autres termes, si l'argent est accumulé sur un compte bancaire ou absorbé par les coûts de fonctionnement plutôt qu'injecté dans le système de soins, la pertinence de l'AM doit être remise en question. Il n'existe pas de norme précise pour un taux de sinistralité optimal.

Le taux de sinistralité est calculé par la formule : montant total des charges techniques/montant total des cotisations acquises x 100. Étant donné qu'en 2016, les UDAM bénéficiaient encore d'un subside à l'offre, y compris pour les patients assurés, les taux de sinistralité présentés dans le Tableau 10 ont pris en compte ces subsides dans les charges techniques.

Tableau 12 : Évolutions des taux de sinistralité dans les UDAM

	2015	2016
UDAM Foundiougne	34 %	58 %
UDAM Koungheul	63 %	46 %

Le Tableau 12 montre que le taux de sinistralité n'est pas très élevé, mais aussi qu'il varie d'une année à l'autre et que ces évolutions vont dans différentes directions.

Ceci s'explique par le fait que les UDAM ne sont pas encore stabilisées. Le nombre d'adhérents varie considérablement d'une année à l'autre, le niveau d'utilisation des services par la population change également. Il s'agit aussi d'un signe de prudence.

Les UDAM n'ont pas démarré d'emblée une contractualisation avec les hôpitaux régionaux par prudence, pour être sûres de la viabilité financière, mais aussi parce que les HR n'avaient pas une tarification transparente (et encore moins forfaitaire) qui aurait permis aux UDAM de les contractualiser sans courir le risque d'être arnaqué par ceux-ci. De plus, les évacuations par ambulance n'ont commencé à être incluses dans le paquet remboursable qu'à la fin de 2016. Le projet a voulu augmenter aussi le paquet de soins disponible au niveau des centres de santé, notamment les soins ophtalmologiques et dentaires, les maladies chroniques et les soins mentaux, la chirurgie de district y compris la transfusion sanguine, des soins actuellement très négligés dans le système sénégalais à ce niveau (voir chapitre 6).

Dès que les UDAM démarreront la contractualisation avec les hôpitaux régionaux, et les CS commenceront à fonctionner selon les normes et à prester le paquet de soins attendu pour leur niveau, le taux de sinistralité augmentera automatiquement à des niveaux plus acceptables.

5.10 Portabilité

La portabilité d'une assurance maladie définit la période des droits, le paquet de bénéfices auquel l'assuré a droit et les formations sanitaires dans lesquelles il peut se procurer ces services. Un assuré peut bénéficier de cette portabilité pour autant qu'il ait rempli certaines conditions comme être en ordre de cotisation par exemple. Il permet donc à chaque patient d'exercer sa liberté et son choix pour se faire soigner dans la formation sanitaire qui lui convient là où il se trouve. La portabilité est souvent limitée à une seule formation sanitaire dans le cas d'une mutuelle à base communautaire classique. Au Sénégal, la politique nationale prévoit une portabilité sur le territoire de la commune. Dans ces cas, le patient ne peut se faire soigner que dans les seules formations sanitaires de la commune. Si la mutuelle n'a pas contractualisé avec un centre de santé, si le patient a besoin d'être référé, il ira plutôt directement à l'hôpital régional, créant des pertes d'efficacité pour le système. En plus, si le patient assuré tombe malade pendant qu'il est en voyage, son assurance ne lui sert à rien.

Dans le cas d'une assurance maladie universelle à l'échelle nationale, les limites de portabilité ne jouent que quand un citoyen tombe malade en dehors de son pays d'origine.

Pour les UDAM de Foundiougne et de Kounghoul, la portabilité concerne l'ensemble du département. Toutes des formations sanitaires intégrées sont contractualisées et les tarifs et règles (« les contrats ») sont les mêmes pour l'ensemble des FS, bien que spécifiques par niveau de soins. Si les UDAM deviennent des unités uniformes pour le pays, la portabilité concernerait l'ensemble du territoire sénégalais.

La portabilité a été facilitée par la confection de cartes individuelles pour les bénéficiaires attestant à la fois de l'identité de la personne et de la validité de son assurance. Les bénéficiaires n'ont plus besoin d'aller à la mutuelle pour chercher une lettre de garantie pour se rendre à la consultation. Dans les mutuelles à base communautaire, au contraire, le patient était obligé de passer par la mutuelle pour obtenir cette lettre de garantie qui lui permettait de se faire identifier comme un ayant droit de la mutuelle auprès de la formation sanitaire. La mutuelle ne fournissait que des carnets familiaux.

Cette caractéristique est importante parce qu'elle n'augmente pas simplement l'efficacité, elle crédibilise également l'UDAM. Lors d'une enquête, un adhérent s'exprimait comme suit :

« Avec la mobilité des populations durant la saison sèche, une personne en déplacement pendant trois mois pour les cérémonies familiales (par exemple, mariage), surtout les femmes qui tombent malades n'auront pas de difficultés pour se faire soigner avec leur carte individuelle à portée de main. La carte permet de résoudre beaucoup de problèmes dans les maisons. La détention du carnet par une des coépouses posait souvent problème au niveau des mutuelles de santé. Quand on avait trois malades en même temps dans la maison, l'utilisation du carnet familial pouvait poser problème ou bien quand le chef de ménage avait voyagé avec le carnet. Avec la carte individuelle, il y a aussi la transparence. » Cette position semble largement partagée parmi la population sénégalaise (42).

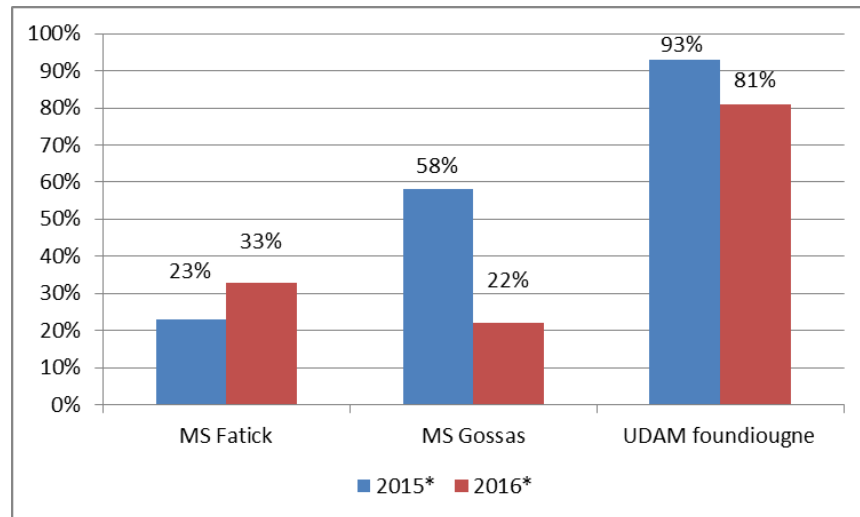
La portabilité a été rendue possible aussi par l'uniformisation des prestations dans toutes les formations d'un même niveau, par rapport à leur contenu et leur prix. Ceci demeure un défi important pour le développement d'une assurance nationale unique échelonnée.

5.11 Fidélisation – recouvrement des cotisations

Le Graphique 11 montre une différence importante entre les mutuelles communautaires et les UDAM par rapport au pourcentage de bénéficiaires qui sont réellement à jour. Ce taux de fidélisation reflète la motivation des adhérents et ainsi indique la crédibilité de l'institution. Les UDAM ont significativement plus de crédibilité que les mutuelles de santé de Fatick et Gossas. Ces mutuelles opèrent dans la même région et couvrent une population rurale similaire. Ceci peut être lié probablement au professionnalisme de l'équipe de gestion, à la qualité de la sensibilisation et à l'articulation avec les autorités locales et coutumières, à la portabilité (voir plus haut) et au fait que les prestations du CS soient incluses dans le paquet de soins remboursés.

Cette observation confirme les faiblesses du modèle mutuelle de santé à base communautaire, comme évoquées dans le chapitre 2.

Graphique 11 : Recouvrement relatif des cotisations et différences entre mutuelles de santé et UDAM



5.12 L'automatisation de l'UDAM

Un logiciel nommé « MAS-Gestion » a été développé à partir d'un logiciel existant introduit par le BIT dans le cadre des micro-assurances santé (mutuelles de santé).

La digitalisation des UDAM était indispensable pour permettre à une AM d'une telle taille, avec une portabilité au-delà d'un ou de quelques postes de santé, de fonctionner. Ceci plaide évidemment aussi pour une professionnalisation des UDAM, comme évoquée dans ce chapitre et le chapitre 2 discutant des différents modèles.

Le PAODES a essayé de coupler ce logiciel avec une initiative de digitalisation au niveau des centres de santé, où les dossiers patients électroniques permettent non seulement de mieux gérer ces dossiers cliniques, mais aussi de générer des factures et des statistiques qui facilitent entre autres les vérifications par les UDAM et qui contribuent ainsi à la transparence du système (voir aussi chapitre 8 sur la gouvernance).

5.13 Les conclusions de cette section

Le modèle des UDAM a prouvé sa viabilité et a réuni plusieurs atouts qui surmontent les problèmes structurels des mutuelles de santé à base

communautaire. Il a pu améliorer les points suivants :

- Le taux d'adhésion et de fidélisation
- La portabilité
- L'extension des actes remboursés
- La dynamique de l'adhésion et la politique incitative
- La viabilité financière
- La simplification des démarches administratives pour les assurés
- La meilleure identification des assurés
- Le meilleur taux de prise en charge
- La crédibilité aux yeux des utilisateurs
- La crédibilité aux yeux des prestataires
- Le partage des risques financiers sur le dos d'une cotisation unique
- La gestion automatisée de bases de données de plus en plus costaudes
- La jonction avec l'acte 3 de la décentralisation

Les UDAM facilitent également l'équité et la protection sociale en permettant de subventionner les plus démunis à travers l'adhésion villageoise (voir chapitre 8).

La TFS est un facteur important de protection financière parce que les tarifs sont fixes et transparents pour le système comme pour les utilisateurs.

Les UDAM contribuent à améliorer la gestion et la gouvernance du secteur.

Les UDAM, y compris les subsides des bourses familiales, ont une marge financière suffisante pour élargir davantage le paquet de soins à assurer. Le projet et les UDAM ne sont pas encore parvenus à modifier la façon de travailler des hôpitaux régionaux qui gardent une tarification à l'acte peu prévisible et qui ont une réticence au changement. Une implication proactive du MSAS semble indispensable pour débloquer structurellement la situation. Il faudra développer la fonction actuarielle au sein de l'AMU, mais à un niveau supérieur des UDAM (niveau national pour les analyses et décisions, niveau régional pour vérifier l'application).

La gratuité des soins, non conditionnée à une adhésion, réduit l'incitant de certaines familles à adhérer puisque les personnes à plus grand risque sont déjà protégées par ce système. Le gouvernement sénégalais devrait sérieusement considérer l'option d'intégrer de la gratuité dans un système d'assurance unique. Il peut payer la cotisation entière pour les personnes

ciblées et rembourser en plus aux UDAM le ticket modérateur en cas de gratuité totale. Une autre approche pourrait être que les personnes ciblées paient une cotisation que l'on peut faire varier d'un pourcentage infime à 100 % pour pouvoir bénéficier de la gratuité. Ainsi, les personnes paient la cotisation, mais ne paient plus le ticket modérateur. L'intégration rendrait le système beaucoup plus efficace et efficient.

Les UDAM n'ont pas vraiment pu contribuer au débat sur la fragmentation du financement du système de santé. Ni le MSAS ni certains bailleurs, avec l'introduction du FBR par exemple, n'ont reconnu l'existence des UDAM comme une opportunité pour coordonner les fonds et les paiements.

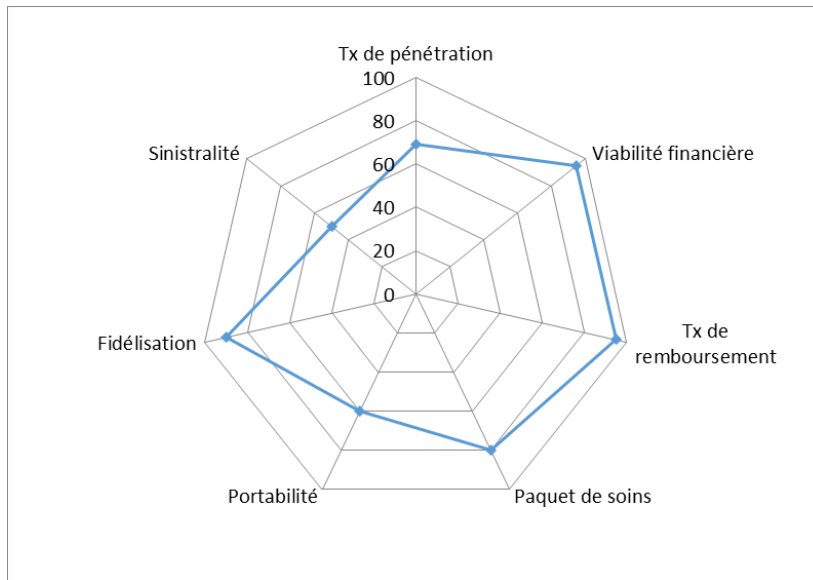
Ce chapitre montre clairement que des annonces comme « "X" % de la population sont couverts par un mécanisme de protection sociale¹⁷ » ne veulent pratiquement rien dire. Ces annonces ne disent rien sur le niveau effectif de protection des populations ; tant le niveau de cotisation, le paquet de bénéfices, le taux de prise en charge, la portabilité, le partage du risque, la dépendance financière, entre autres, varient en effet d'un régime à l'autre. Seules l'uniformisation d'un système assurantiel et l'obligation d'y adhérer rendraient les annonces intelligibles.

Le Graphique 12 montre comment les différents aspects qualitatifs d'une assurance maladie peuvent être représentés et comparés. Pour chacune des sept caractéristiques de l'AM, une valeur est exprimée en pourcentage. Isoler les différents paramètres ne signifie pas grand-chose et il est impossible de les interpréter. Par exemple, le taux de pénétration de 50 % ne veut strictement rien dire si on ne connaît pas le paquet de soins couvert, le taux de remboursement ou la proportion de personnes qui a contribué financièrement.

L'estimation de chacune de ces valeurs n'est pas évidente. Les comparer avec celles d'autres approches l'est probablement encore moins. Plus on évoluera vers un système uniforme (pour lequel les paquets de soins seront clairement définis, avec des tarifs uniformes, avec une même estimation de la viabilité financière, etc.), plus la comparaison, par exemple entre régions, deviendra réaliste et pertinente. L'impact d'une nouvelle approche, par exemple l'adhésion villageoise, pourrait ainsi être illustré plus facilement.

¹⁷ Objectif ainsi formulé par l'ACMU au Sénégal.

Graphique 12 : Exemple d'une représentation globale d'une assurance maladie



Le Graphique 12 n'est que purement théorique. Il sert à illustrer comment le suivi de plusieurs paramètres à la fois, et de façon uniforme, pourrait contribuer à mieux comprendre la dynamique d'un système assurantiel local. Il permet également la comparaison entre différentes approches ou assurances. Ainsi, un programme national d'AM pourrait, pour chaque paramètre, proposer une définition opérationnelle et un calcul pour rendre la comparaison entre systèmes opportune ou valable. À l'heure actuelle, une analyse comparative entre différents systèmes ou pays est impossible parce que, pris isolément, les différents paramètres n'évoquent qu'une petite partie de la réalité complexe. Représenter les sept paramètres dans un seul schéma, cela offre plus d'opportunités de comparer différentes approches et permet d'estimer jusqu'où une AM particulière contribue véritablement à la couverture universelle.

Les paramètres « taux de remboursement », « paquet de soins couvert », « portabilité » et taux de pénétration, ensemble, reflètent le degré de protection de la population contre les dépenses catastrophiques. La « sinistralité » et la « viabilité financière » sont des paramètres de qualité de l'AM.

6. Assurance de la qualité des soins et des services

Pas d'assurance maladie sans une offre rationalisée

Avec les contributions de :

Badiane Ahmed Alain (ICP poste de santé de Karang)
COLY Sarany (AT Projet), Diarra Djeneba Thiam (Biostatisticienne),
Gningue Ndeye Ndella Konaté (coordonnatrice du PNQ/MSAS),
Kanyoko Nicole Curti (Conseillère qualité santé, Projet), Sow
Khouidia (socio-anthropologue, responsable nationale Projet, MSAS),
Sy Balla (Médecin directeur CS Sokone)

6.1 Introduction

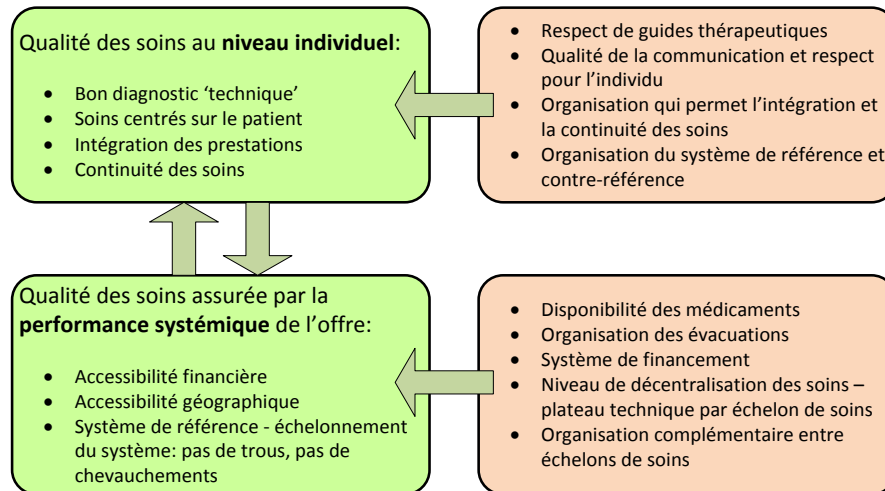
6.1.1 LE CONCEPT

En 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a rédigé un rapport détaillant les nouveaux Objectifs de développement durable à atteindre d'ici 2030. Dans ce rapport, il est stipulé au paragraphe 26 que « pour favoriser la santé et le bien-être physique et mental et pour allonger l'espérance de vie, [il faut] assurer la couverture maladie universelle et l'accès de tous à des soins de qualité. » (78). Afin que les systèmes de santé soient efficaces et que la population soit en bonne santé, les soins prestés aux patients doivent impérativement être de qualité.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la qualité des soins est une « démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (79). Ainsi, l'accessibilité, la capacité, l'efficacité, l'équité, l'orientation centrée sur le patient et la sécurité sont des dimensions centrales afin d'améliorer la qualité des soins (80).

Une étude menée entre 1995 et 2015 a démontré que l'accessibilité et la qualité des soins ont progressé dans presque tous les pays du monde, même si les indices restent bas en Afrique subsaharienne comparés aux autres régions (81).

Figure 23 : Les dimensions de la qualité des soins



L'inconvénient avec ces définitions est que la qualité des soins englobe vraiment tous les aspects de performance du système de santé. La Figure 23 montre, sans être exhaustive, comment la qualité des soins peut être définie au niveau individuel, mais aussi comment des facteurs systémiques interfèrent avec la qualité perçue par l'individu. Ces derniers peuvent être considérés comme l'environnement qui détermine les soins de qualité au niveau individuel. Un médecin, qui prescrit le médicament le plus indiqué au bon moment, n'a rien pu faire pour son patient si les médicaments ne sont pas disponibles ou accessibles au patient. Le contraire serait tout aussi valable.

Mais la Figure 23 n'illustre pas la différence entre la qualité technique des soins et la qualité perçue par les utilisateurs. Il existe effectivement une tension entre les deux points de vue qui, sans une bonne communication entre utilisateurs et prestataires, peuvent conduire à des conflits ou malentendus importants, au détriment de la crédibilité du système et donc de la confiance que les usagers lui donnent. La qualité des soins est hautement complexe.

6.1.2 LA QUALITE DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

En Afrique subsaharienne, malgré la progression de nombreux types d'indicateurs de performance, les systèmes de santé restent faibles (24). En effet, les dépenses des États pour la santé, les infrastructures sanitaires et le niveau de qualification des prestataires de soins sont insuffisants face aux besoins de la population, et cela se traduit par une faible couverture et une faible qualité des services de santé (24). Cette situation ne s'améliore pas du fait de l'engagement inadéquat des parties prenantes dans l'élaboration de politiques, stratégies et plans de développement en santé (78).

De plus, le faible contrôle de la qualité des produits de santé a mené à une apparition grandissante de médicaments de mauvaise qualité ou contrefaits (78). Seuls cinq pays (le Kenya, l'Afrique du Sud, la Tanzanie, l'Ouganda et le Zimbabwe) possèdent des laboratoires approuvés selon les normes de l'OMS pour tester la qualité des médicaments (78).

Enfin, il apparaît que les patients ont une mauvaise perception de la qualité des soins en Afrique subsaharienne (82). Cependant, leurs avis permettraient de véritablement améliorer la qualité de ces soins (83). C'est pourquoi il devient nécessaire que les États développent des politiques de santé prenant en compte ces avis afin de satisfaire au mieux les besoins et attentes des patients (83).

6.1.3 LA QUALITE DES SOINS AU SENEGAL

Dans l'ensemble, le cas du Sénégal est similaire à celui de l'Afrique subsaharienne. Une étude menée dans le district sanitaire de Sokone entre 2012 et 2017 a montré qu'avant 2013 et l'introduction de la tarification forfaitaire subsidiée (TFS), la majorité du personnel de santé était non qualifiée, les ruptures de médicaments étaient fréquentes et longues, et les plateaux techniques n'étaient pas assez performants (Coopération Technique Belge, 2017, rapport interne). C'est pourquoi le niveau de qualité des soins était insuffisant.

6.1.4 POURQUOI INTERVENIR AU NIVEAU DE LA QUALITE DANS LE CONTEXTE DE L'INTERVENTION PAODES ?

Au chapitre 1^{er}, il a été évoqué comment, dans un système complexe comme le système de santé, il est important d'intervenir en même temps sur différents aspects du système afin d'obtenir un changement profond et pérenne. Intervenir « simplement » au niveau du financement des soins risque de devenir un exercice stérile avec un système de santé qui absorbe le

financement sans pour autant changer sa façon de fonctionner et donc sans augmenter la qualité des prestations.

De plus, la qualité des prestations de soins au Sénégal montrait plusieurs failles, dont certaines étaient reconnues par le MSAS, notamment le manque d'approche pour les soins de santé mentale et d'autres maladies chroniques, mais dont certaines autres n'étaient pas ressenties comme telles, par exemple le degré de décentralisation de certaines prestations, telles que les soins buccodentaires et ophtalmologiques, ou la chirurgie de district (SONU et autres), y compris la transfusion sanguine et certains examens de laboratoire.

6.2 *Stratégies de renforcement de la qualité des soins en Afrique subsaharienne et au Sénégal*

Aujourd'hui, une dynamique internationale va dans le sens d'un renforcement de la qualité des soins (81). En Afrique subsaharienne et au Sénégal, plusieurs exemples d'initiatives et de stratégies visant à renforcer la qualité des soins peuvent être cités.

Selon le 'Institute of Medicine' des Etats-Unis (IOM), il existe six dimensions à la qualité des soins : accessibilité, centrage sur le patient, efficacité, efficience, équité et sécurité¹⁸ (80). Les exemples d'initiatives et de stratégies seront donc classés en fonction de ces six dimensions.

6.2.1 L'ACCESSIBILITE DES SOINS

L'accessibilité des soins correspondrait à une utilisation, en temps opportun, des services de santé adéquats pour les patients dans le but d'obtenir les meilleurs résultats possible (80).

Par exemple, en 2014 au Sénégal, a été instauré le Plan Sénégal Émergent qui vise, parmi d'autres mesures, à ce que les structures de santé fournissent un accès aux soins de qualité partout dans le pays (84). Ce Plan correspond au nouveau cadre de référence des politiques du pays visant à conduire le Sénégal sur la voie de l'émergence à l'horizon 2035. En améliorant l'accessibilité géographique et financière aux soins, ce Plan permettrait donc de prétendre à de meilleurs résultats globaux en matière de santé publique.

Un autre exemple est la création, en Afrique du Sud, de services de diagnostic au sein des centres de santé afin d'améliorer les diagnostics et les

¹⁸ À noter que, dans cette conception également, la qualité au niveau individuel et systémique est mentionnée ensemble.

soins de santé dans des zones rurales où les équipements et infrastructures sont limités (85). Dans ce cas, une meilleure accessibilité géographique permet aux populations rurales de bénéficier de services de soin de qualité sans avoir à se déplacer en zone urbaine.

Enfin, afin de garantir une certaine accessibilité financière aux soins, il est nécessaire que les États choisissent un mode de financement des systèmes de santé adéquat et adapté aux situations locales. En Afrique, de plus en plus de pays optent pour la CSU et inscrivent l'AMU (tiers payant) dans leur politique de financement de la santé pour améliorer l'accessibilité financière (86).

Ainsi, une meilleure accessibilité aux soins, qu'elle soit géographique ou financière, permet indubitablement d'améliorer la qualité de ces soins. Les chapitres 5 et 6 ont traité extensivement de l'accessibilité financière. On ne reviendra pas dessus dans ce chapitre. Par contre, l'accessibilité géographique est un aspect de qualité de soins important sur lequel le projet est intervenu de différentes manières.

6.2.2 DES SOINS CENTRES SUR LE PATIENT

Des soins centrés sur le patient sont des soins s'adaptant aux patients en respectant leurs besoins, attentes et valeurs (80). Il s'agit ici d'une dimension des soins difficile à appliquer et dont la notion est très peu répandue en dehors du monde occidental. Avoir des utilisateurs, sans beaucoup de voix au chapitre, avec une grande asymétrie de connaissances entre prestataires et utilisateurs, et un environnement d'impunité relativement importante pour les prestataires, fait que les prestataires ne sont pas enclins à véritablement prendre en compte les dimensions autres que la dimension biomédicale de la santé de leurs patients. La formation de base des cadres médicaux ou paramédicaux en Afrique se concentre jusqu'à maintenant trop sur les aspects biomédicaux en ne touchant que rarement ces dimensions humaines et sociales plus difficiles à appréhender (87).

En Afrique subsaharienne, la participation communautaire prend de plus en plus d'importance au sein des systèmes de santé (88). Cette dernière permettrait d'améliorer la qualité des soins en rendant les patients plus critiques vis-à-vis des prestataires de soins et puis plus confiants et satisfaits des soins reçus (89). Au Malawi, par exemple, l'engagement de la communauté, à travers de multiples actions, a permis d'améliorer la santé maternelle (24). La PC peut ainsi jouer un rôle dans le renforcement des soins centrés sur le patient.

Si les besoins et attentes des patients bénéficiant des soins sont respectés, les soignants seront immanquablement plus satisfaits, car la qualité des services sera améliorée et les relations soignants/soignés apaisées. L'aspect « participation communautaire », qui pourrait en partie renforcer le dialogue et la compréhension entre prestataires et utilisateurs, individuellement aussi, est traité extensivement au niveau du chapitre 7.

6.2.3 L'EFFICACITE DES SOINS

L'efficacité des soins présume que les soins, basés sur des connaissances scientifiques, doivent être fournis à tous les patients pouvant et devant en bénéficier (80).

L'un des éléments essentiels rendant les soins plus efficaces est la performance des prestataires de soins. En effet, si ces derniers ne sont pas disponibles, qualifiés ou formés, la qualité des soins prestés en pâtira inévitablement. Au contraire, s'ils sont disponibles, qualifiés, formés et encadrés, l'efficacité des soins sera maximale. Cet aspect de la qualité dépend du plateau technique et des instructions cliniques existantes et correctement appliquées par niveau de soins. Il s'agit d'un aspect sur lequel l'intervention a beaucoup travaillé (voir plus loin).

De toute évidence, l'éducation et la formation des prestataires de soins sont indispensables (24). En Côte d'Ivoire, une étude menée sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant a démontré qu'une approche structurée d'apprentissage mutuel entre des équipes organisées en réseau, à travers des sessions de formation et des coachings, permettait d'améliorer continuellement les performances et d'étendre rapidement les meilleures pratiques (90).

De même, un lien a été établi entre la motivation des prestataires de soins et la qualité des soins prestés (91;92). Cela signifie que l'attitude des prestataires de soins influe sur les soins administrés aux patients et sur leur qualité (93). Une méthode de management, dite des 5 S, a été reconnue comme permettant d'améliorer potentiellement la motivation des prestataires de soins et la qualité des services de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) (94;95). Le Sénégal a opté pour cette méthode. Le chapitre 5 a évoqué comment la lutte contre la marchandisation des soins pourrait motiver les prestataires à se concentrer davantage sur les patients et la prestation technique plutôt que sur comment gagner autant que possible.

Pour que les soins de santé soient efficaces, il est donc nécessaire que les prestataires de soins soient motivés, disponibles, formés et qualifiés. Ce n'est

qu'ainsi que les erreurs médicales et les mauvaises prises en charge pourront être contrées.

6.2.4 L'EFFICIENCE DES SOINS

L'efficacité des soins condamne tout gaspillage, que cela soit un gaspillage d'équipements, de fournitures, d'idées ou d'énergie (80), et requiert une certaine disponibilité de ces équipements, fournitures et énergie. Il est indispensable que les équipements soient disponibles et fonctionnels pour pouvoir administrer des soins de qualité.

La décentralisation des soins et l'amélioration des plateaux techniques au niveau des postes et centres de santé pour améliorer l'accessibilité des patients à des soins de qualité sont un autre aspect important de l'efficacité des soins. Il s'agit d'une balance entre décentraliser, parce que les soins offerts sont moins chers à ce niveau en évitant des déplacements chers pour les patients, et la centralisation pour des raisons d'économie d'échelle (équipement cher, compétence rare). Le projet avait, notamment, approvisionné le laboratoire en consommables médicaux ainsi que les unités de soins en équipements médicaux, et procuré une ambulance au centre de santé et un véhicule de supervision au district sanitaire. Cela a permis aux centres et postes de santé de repartir sur des bases plus équilibrées dans une démarche d'efficacité. Il a investi dans différents soins qui étaient sous-développés, voire absents dans les districts sanitaires (voir point 6.3 et suivant).

De plus, certaines études démontrent la nécessité de tenir des dossiers médicaux pour assurer des soins de qualité (96), car un mauvais archivage nuit à la qualité des soins. Ainsi, mettre l'accent sur les innovations technologiques récentes dans les milieux à ressources limitées et sur la nécessité d'instaurer une culture de tenue des dossiers est indispensable en Afrique subsaharienne.

Le projet s'est investi dans la rationalisation du système d'évacuation, la décentralisation de certains soins afin d'augmenter l'efficacité du système, le rehaussement du plateau technique particulièrement au niveau des centres de santé et l'informatisation du dossier patient.

6.2.5 L'EQUITE DES SOINS

L'équité des soins veut que la qualité des soins et l'accès géographique et financier à ces soins ne varient pas en fonction des caractéristiques personnelles des patients comme l'âge, le sexe, le lieu de résidence,

l'assurance et le revenu (80).

La gratuité des soins est un moyen permettant de rendre les soins plus équitables (97). En effet, les coûts parfois exorbitants des soins et services de santé représentent un véritable obstacle pour de nombreux individus. La mise en place de politiques de gratuité des soins est donc un moyen de contourner cet obstacle et de rendre les soins accessibles à tous, sans condition de lieu de résidence, d'assurance ou de revenu. Plusieurs pays ont déjà mis en place des politiques de gratuité des soins et il a été constaté que ces politiques n'ont pas d'impact négatif sur la qualité de ces soins (98;99). D'autres études contredisent ce constat, surtout là où la gratuité a été introduite sans trop de préparation ou sans mesures d'accompagnement pour parer au manque à gagner. Typiquement, dans plusieurs pays, un manque aigu de médicaments a été observé suite à l'introduction de la gratuité (30).

D'autres ont critiqué la politique de gratuité parce qu'ils considèrent que la gratuité pour tous n'est pas un facteur de redistribution entre riches et pauvres et que les riches en général ont plus d'accès aux soins gratuits que les pauvres. De plus, le ciblage des indigents est difficile et onéreux. Une tarification progressive, par exemple à travers une assurance maladie avec des cotisations progressives selon les revenus, agirait plus sur l'accès équitable que la gratuité en tant que telle.

6.2.6 LA SECURITE DES SOINS

La sécurité des soins se base sur le fait que les soins ne doivent pas ajouter de la souffrance aux patients (80). Dans ce cas, l'audit des pratiques et le contrôle de la qualité des soins, avec la mise en place de normes et de protocoles, sont indispensables.

Par exemple, en Afrique subsaharienne, la Stratégie africaine pour la santé 2016-2030 a récemment voulu construire un environnement réglementaire et de soutien pour la fourniture de médicaments et de technologies de qualité (78).

Au Sénégal, la méthode de management des 5 S, reconnue comme permettant d'améliorer potentiellement la motivation des prestataires de soins et la qualité des services de santé dans les PRFI (94), pourrait servir de base aux initiatives et politiques de santé visant à promouvoir la sécurité des soins (100).

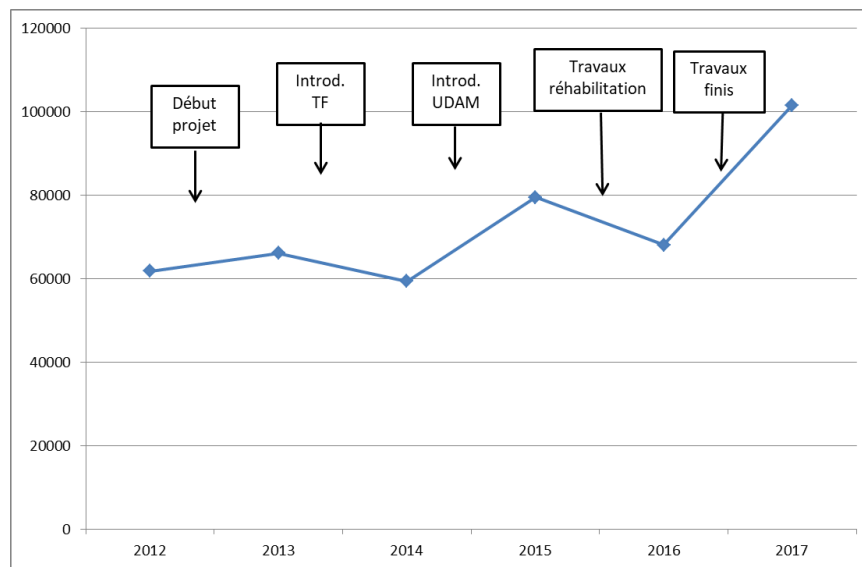
6.3 Actions concrètes sur la qualité des soins par le PAODES

Le reste du chapitre est consacré à la description de différentes initiatives prises par le projet pour améliorer spécifiquement et assez directement la qualité de l'offre de soins. Beaucoup de ces aspects sont relativement inachevés et leur impact sur la performance du système encore limité.

Comme mentionné plus haut, le projet estimait que le plateau technique des centres de santé au Sénégal, en particulier, était trop faible avec, comme résultat, des soins qui n'étaient accessibles qu'au niveau hôpital régional ou même national. L'autre faiblesse du système de santé au Sénégal retenue par le PAODES était le fait qu'il n'existe pas de réelle répartition des tâches entre les échelons de soins. Chaque niveau supérieur réalise les mêmes prestations qu'au niveau inférieur, mais ajoute un certain nombre de soins. Ainsi, les centres de santé entrent en compétition avec les postes de santé, et l'hôpital régional avec les centres de santé (et même les postes de santé). Pourtant, les mêmes soins à un niveau plus élevé coûtent plus cher qu'au niveau inférieur, pour le système, mais aussi pour le patient. Il s'agit donc de faiblesses dans le système qui sont contraires à la fois à l'accessibilité géographique optimale et à l'efficacité des soins, avec une accessibilité financière sous-optimale comme conséquence. Cette situation se traduisait dans une tarification non uniforme pour la même prestation, un système de référence et de contre-référence flou, une carte sanitaire (répartition des formations sanitaires) peu réfléchie et une faible accessibilité à certains diagnostics et soins.

Ces faiblesses structurelles du système n'étaient pas uniformément reconnues par les décideurs au niveau du MSAS. Le système national d'assurance maladie ne travaillait pas sur cet aspect non plus. Il s'agissait donc pour le projet d'un besoin d'action réel, mais non ressenti par les autorités.

Graphique 13 : L'évolution du nombre de consultations (CdS et PdS confondus) dans le district sanitaire de Sokone



Le Graphique 13 indique une augmentation du nombre de consultations, indication d'un meilleur accès aux soins, renforcée par la tendance observée du niveau d'utilisation dans le chapitre 5 (Graphique 10). Cette augmentation est probablement due à plusieurs facteurs, notamment l'amélioration de l'accessibilité financière et de la qualité des soins qu'évoquent les paragraphes suivants. L'augmentation est plutôt modeste, si ce n'est pour la dernière année de l'intervention. Les différentes mesures prises par le projet, la nouvelle tarification, le taux de pénétration, l'amélioration de la qualité des soins sont étalées sur quatre ans et chaque initiative isolée ne contribue probablement que marginalement à l'accessibilité. L'accessibilité, et donc l'utilisation des services, sont des phénomènes complexes et une simple mesure isolée ne l'influencera pas, et sûrement pas dans l'immédiat (101). La disponibilité plus constante des seuls médicaments ne peut jamais influencer le comportement des utilisateurs dans l'immédiat. La confiance dans les services de soins et leur qualité ne s'installent que très graduellement dans l'esprit des gens.

6.3.1 MALADIES CHRONIQUES

Le projet a appuyé le MSAS pour formuler des protocoles de prise en charge des maladies chroniques (maladies non transmissibles - MNT), notamment les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les accidents cérébraux, l'asthme, etc. Les protocoles sont spécifiques par échelon de soins, ce qui est un acquis du projet, qui a insisté sur le fait que la prise en charge est spécifique par échelon et que les moyens sont répartis selon ce qu'on demande comme prestation à chaque niveau.

Les agents de santé n'ont été formés qu'à la fin du projet et les moyens nécessaires ont été fournis au même moment. La prise en charge des MNT est chère pour le système comme pour le patient. Il faudra donc développer une politique dans ce sens avec une articulation bien pensée avec l'AMU.

Le guide ne contient pas les outils de gestion et de suivi pour ce genre de patients.

Si les protocoles sont effectivement mis en œuvre, l'offre de soins sera élargie et le plateau technique, surtout des centres de santé, sera renforcé. L'efficacité et l'efficacités des soins seraient sensiblement renforcées.

6.3.2 SANTE MENTALE

Une initiative parallèle à celle des MNT a été prise pour aider le Ministère à formuler des protocoles cliniques pour la santé mentale. Ce guide aussi a été conçu par échelon de soins, renforçant de nouveau l'efficacité et l'efficacité du système. Comme pour les MTN, l'introduction effective n'a pas eu lieu. Les agents de santé ne sont pas encore formés et les médicaments pas encore rendus disponibles.

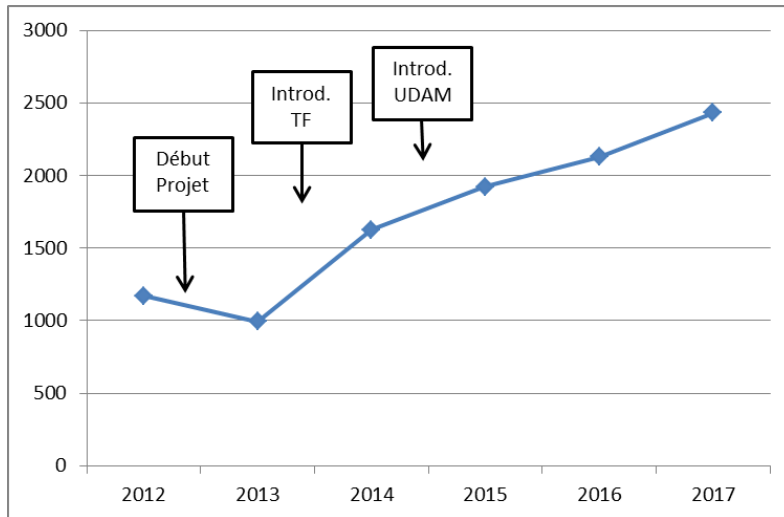
Ensemble avec les MNT, il s'agit d'un trou important dans le paquet de soins offert au niveau des postes et centres de santé au Sénégal. Il faudrait un autre cycle de 5 ans pour effectivement introduire ce genre de prestations dans les districts sanitaires.

6.3.3 SOINS BUCCODENTAIRES ET OPHTALMOLOGIQUES

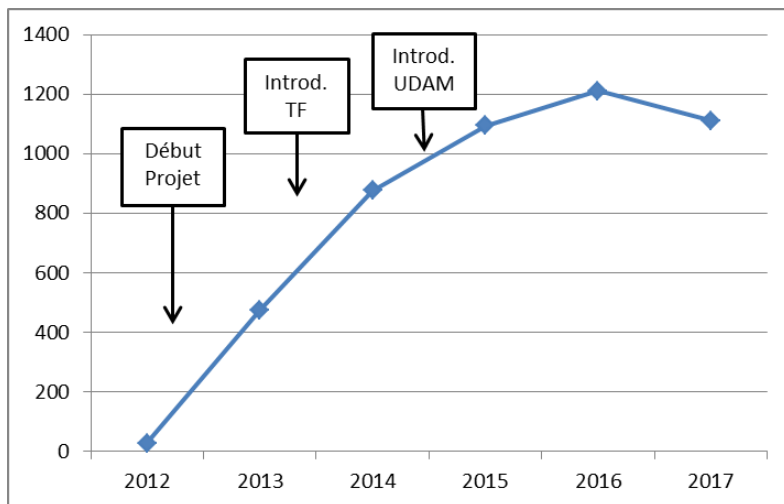
Le Graphique 14 montre l'évolution du nombre de consultations buccodentaires dans le district de Sokone et prouve comment la décentralisation des soins buccodentaires répond à un besoin réel. Le projet soupçonnait qu'il y avait une grande demande pour les soins buccodentaires dans le district et que l'offre était inadéquate. Quarante et une personnes ont été formées pour les soins buccodentaires au niveau PdS et CdS, une tarification a été élaborée ensemble avec les UDAM et des équipements

spécifiques livrés au niveau des PdS et CdS en 2013. Dès 2014, le nombre de clients a doublé. Cinq ans plus tard, 11 personnes formées ont quitté le district, mais sans influence apparente sur le nombre de clients. Le nombre de patients a plus que doublé.

Graphique 14 : Nombre de personnes ayant bénéficié de soins buccodentaires

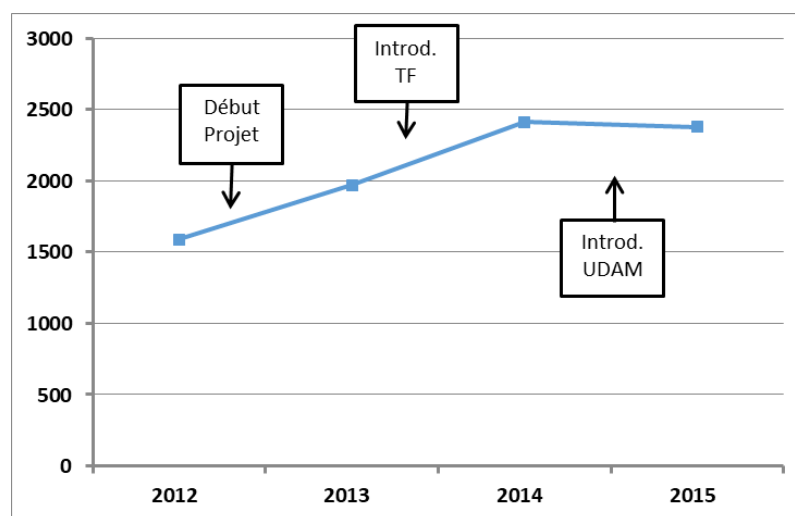


Graphique 15 : Nombre de cas buccodentaires référés au CdS



Le Graphique 15 illustre comment le système de référence, structuré par l'AM, et le système de tarification influent sur le comportement des patients et des services.

Graphique 16 : Le nombre de cas ophtalmologiques traités dans les districts sanitaires de Sokone et de Koungheul



Le nombre de cas ophtalmologiques suit la même tendance que le nombre de patients pour les soins buccodentaires (Graphique 16). Néanmoins, le projet n'avait pas atteint son but ultime de fournir localement des paires de lunettes pour corriger les erreurs de réfraction.

6.3.4 SANTE DE LA REPRODUCTION (SR)

Par rapport à la SR, l'impact qu'a eu la TFS sur l'utilisation de la PF a été démontré au chapitre 4 déjà.

Plusieurs formations ont été offertes aux sages-femmes et aux médecins au sujet de l'échographie et plusieurs centres ont été équipés d'échographes.

Le paragraphe suivant (6.3.5) traite de la décentralisation de la transfusion sanguine et de la chirurgie de district, avec un accent particulier sur la césarienne et les soins obstétricaux d'urgence. Le paragraphe 6.3.6 montre les efforts consentis pour que les femmes avec des problèmes obstétricaux (mais aussi d'autres types de patients) y aient accès à travers la rationalisation des évacuations.

6.3.5 LA DECENTRALISATION DE LA CHIRURGIE DE DISTRICT ET LA TRANSFUSION SANGUINE

Comme discuté plus haut, l'intervention estime que le plateau technique des centres de santé est trop peu développé au Sénégal. Dans le concept des districts sanitaires défini par l'OMS (102;103) (sur les systèmes de santé locaux), le niveau de référence est défini comme un hôpital de district, indiquant qu'il s'agit d'un endroit où des patients avec des pathologies assez graves peuvent être hospitalisés et traités continuellement 24/24. Dans beaucoup de pays africains francophones, avec un historique d'hospitalo-centrisme basé sur des soins prodigués en premier lieu par des médecins spécialistes, la dévolution de tâches médicales est relativement sous-développée par rapport à beaucoup de pays africains anglophones. Le Niger (104;105) et le Burkina Faso sont plutôt les exceptions dans ce sens.

Pourtant, le monde scientifique a peu de doutes par rapport à la nécessité de décentraliser certains actes médicaux et plus particulièrement les soins chirurgicaux (106). Les preuves se trouvent plutôt en Afrique anglophone où, dans plusieurs pays, la chirurgie de district est exercée par des « clinical officers », donc même pas par des médecins, sans perte importante de la qualité (107-109). Malheureusement, la discussion sur la dévolution de certaines compétences et certains actes médicaux est troublée par des positions de statut ou de corporatisme. Les besoins de la population ne sont pas analysés et les possibles effets pervers (110) d'une dévolution ne sont pas comparés aux effets néfastes d'une situation qui décide de ne rien faire. Aucun système ne fonctionne sans faille. Il est impossible de décentraliser par exemple la « chirurgie de district » sans observer des failles dans le système, d'ailleurs souvent liées au fait que les moyens n'ont pas suivi l'intention¹⁹.

Au Niger par exemple, une étude sur les besoins obstétricaux non couverts de 1999, quand la chirurgie de district faisait à peine partie de la politique nationale, révèle que le déficit des besoins pour sauver la vie des femmes avec des problèmes obstétricaux majeurs était de 76 %²⁰, et presque

¹⁹ Le nombre de faux positifs parmi les accouchements césariés est d'ailleurs le plus élevé en Amérique latine où les césariennes sont réalisées par des spécialistes. En Afrique, le taux de césariennes est fortement influencé par les avantages financiers que donne une césarienne comparée à un accouchement par voie basse. Il s'agit de nouveau d'un exemple de commercialisation des soins, plutôt que d'un problème de compétence clinique.

²⁰ « BONC », Besoins obstétricaux non couverts de 76 %, signifiant que 76 % des femmes qui

20 % des femmes, qui arrivaient néanmoins au niveau d'une formation sanitaire capable de les prendre en charge quand même, souffraient d'une rupture utérine avec une mortalité intrahospitalière importante comme conséquence (111). Si la mortalité maternelle a baissé plus que significativement dans un pays comme le Niger, elle est en partie due à la décentralisation de la prise en charge des femmes avec des complications obstétricales.

La coopération bilatérale belge a mené le débat sur la décentralisation de la chirurgie de district avec les autorités sénégalaises depuis 2006. Plusieurs interventions d'appui au système de santé se sont suivies depuis, et la question de la chirurgie de district et surtout des SONU au niveau centre de santé est toujours restée au cœur du débat. Plusieurs CdS ont été réhabilités avec un bloc opératoire et la transfusion sanguine (à Fatick, Kaffrine), mais ont été dans la foulée transformés en hôpital régional de type II, conformément à la politique en vigueur qui dit que les CdS ne fournissent pas de chirurgie et que la chirurgie n'est exercée que par des médecins spécialistes qui prestent au niveau régional. La Coopération belge a investi ces dernières années dans les services de chirurgie de district à Sokone, Koungeul et Foundiougne, y compris la transfusion sanguine. Ces CdS sont restés jusqu'à présent les « hôpitaux de référence » pour les districts concernés.

Depuis juillet 2017, le MSAS, mais aussi la Faculté de médecine, reconnaissent la nécessité que certains actes chirurgicaux soient offerts par des médecins généralistes dans des endroits plus décentralisés (CdS).

6.3.6 LE SERVICE D'EVACUATION

Il semble évident qu'un système d'évacuation performant entre poste de santé et centre de santé sauve des vies (112;113). Pourtant, les services d'évacuation au Sénégal sont organisés au cas par cas, sans régulation et sans préoccupation apparente pour sa performance, son efficacité ou son efficience.

En outre, la barrière financière pour les patients en milieu rural est importante, mais l'assurance maladie au Sénégal ne semble pas s'en préoccuper. Le système de santé ne s'intéresse pas aux coûts d'évacuation alors qu'ils posent une véritable barrière financière pour la population,

avaient besoin d'une intervention majeure pour sauver leur propre vie (les indications fœtales sont exclues de l'indicateur) n'avaient pas accès à ces soins.

notamment pour ceux qui sont affectés par un problème grave aigu qui ne permet pas de se préparer à des dépenses financières importantes. Un système d'évacuation dysfonctionnel cause inévitablement une surmortalité dans la communauté, mais celle-ci reste en grande partie invisible pour le système de santé qui n'a pas de système de monitoring par manque de normes pour les évacuations et parce que les événements se passent au niveau du village, et pas au niveau des formations sanitaires.

Une étude au Niger démontre que les barrières financières causent une sous-référence, bien que d'autres raisons peuvent coexister (114;115). La population sénégalaise a indiqué que les frais de transport, même en dehors des urgences, pour accéder aux services posent problème (42).

L'intervention a organisé une collecte de données ciblée sur la problématique des évacuations intradistrict afin de mieux comprendre la situation au Sénégal et de proposer une solution financière pour que les UDAM puissent inclure les évacuations dans leur paquet de prestations remboursables.

Observations sur les évacuations en milieu rural au Sénégal

Les observations systématiques du système d'évacuation au Sénégal démontrent que les services d'évacuation entre les postes de santé (PS) et les centres de santé (CS) sont organisés en dehors d'une politique nationale. Le résultat est une multitude d'initiatives, partiellement induites par des bailleurs externes, des ambulances équipées médicalement ou pas et stationnées au niveau des PS ou du CS. Parfois, le carburant pour les évacuations est prévu par les fonds de l'État, dans d'autres situations, pas du tout. Les salaires des chauffeurs sont répartis entre PS et CS et la tarification (système de financement) est décidée au cas par cas. Dans beaucoup d'endroits, l'évacuation « ad hoc par moyen privé » (chère et non disponible automatiquement au moment nécessaire) est l'approche de routine.

Comme illustré dans le Tableau 13, la distance moyenne parcourue en 2015 par l'ambulance à Sokone et Kougheul est d'environ 80 km par évacuation. Le patient paie jusqu'à 16 500 FCFA, « pour le carburant ».

Les districts disposent de plusieurs ambulances, tandis qu'une seule ambulance par district pourrait réaliser théoriquement assez facilement toutes les évacuations. Il en est de même pour le nombre de chauffeurs (7 à Sokone, 12 à Kougheul) par district. En moyenne, ils réalisent à peu près une évacuation par semaine. D'un autre côté, puisque ces chauffeurs rendent

aussi d'autres services et ont parfois d'autres activités, ils ne sont pas continuellement disponibles pour réaliser les évacuations. Ceci représente des facteurs d'ineffectivité (retards évitables) et d'inefficience (trop de voitures à maintenir, trop de salaires à payer, trop de coordination) pour le système.

Les coûts d'une évacuation calculés sur la base des distances moyennes (carburant), un salaire mi-temps pour trois chauffeurs²¹, et des coûts de maintenance et de réparation de deux véhicules ambulance plein temps s'élèvent à environ 18 000 FCFA par évacuation (17 929 FCFA à Kougheul et 17 353 FCFA à Foundiougne) (Tableau 13).

Les coûts d'évacuation représentent seulement 0,9 % du budget d'une assurance maladie au Sénégal, un chiffre confirmé dans une étude effectuée au Niger (112). Vu le coût unitaire élevé pour le patient concerné (113), mais un moindre coût pour une assurance maladie puisque la prévalence est basse, il semble essentiel d'inclure les évacuations dans le paquet de services remboursés par l'assurance maladie.

La proportion du budget annuel qu'une UDAM devrait investir dans les évacuations ne dépend pas du taux de pénétration, puisque les évacuations sont réparties de façon égale dans la population et relativement stables. Elle dépend donc du taux d'évacuation dans la population. Le taux observé (0,30 %) dans les districts pilotes peut évoluer quand les barrières financières ou géographiques diminuent, mais l'ordre de grandeur restera le même. Ainsi, la proportion du budget annuel des UDAM pour les évacuations sera fixée autour de 1 %. Sachant qu'il s'agit a priori de cas graves, il semble évident que l'AMU porte une attention particulière à ce type de dépenses et intègre ces dépenses au paquet d'actes couverts par l'assurance.

Dès la mi-2017, les UDAM ont commencé à inclure les évacuations dans le paquet d'actes remboursables pour les adhérents. Deux années de monitoring spécifique permettront d'affiner et éventuellement de confirmer les données dans le Tableau 13 et de contribuer à une réflexion nationale sur un système d'évacuation rationnel pour le pays.

²¹ La charge de travail, tenant compte de l'obligation d'un service continu 7/7 demande deux véhicules plein temps et trois chauffeurs mi-temps (avec hypothèse de salaire temps plein de 70 000 FCFA par mois).

Tableau 13 : Observations et calcul d'indicateurs de performance pour les évacuations dans les districts pilotes pour 2015

	DS Koungheul	DS Sokone
Nombre de PdS dans le district	18	16
Nombre annuel d'évacuations	435	465
Distance moyenne parcourue par l'ambulance (aller-retour) pour une évacuation	77 km	80 km
Nombre d'ambulances disponibles dans le district	10	9
Taux d'évacuations dans la population : Nombre évacuations/population cible	0,29 %	0,31 %
Ratio évacuations/consultations	0,39 %	0,86 %
Nombre d'évacuations par semaine	8,4	9
Nombre d'évacuations/chauffeur/ semaine	0,7	1,3
Coûts pour les évacuations sur base annuelle (carburant, maintenance et réparations 2 véhicules, salaires de 3 chauffeurs mi-temps)	7.799.000 FCFA	8.069.000 FCFA
Coût moyen par évacuation :	17.929 FCFA	17.353 FCFA
Coût relatif des évacuations par rapport aux recettes des PS	3,5 %	7,5 %
Proportion du budget annuel des UDAM pour couvrir tous les coûts d'évacuation de ses adhérents	0,9 % (0,008 6)	0,9 % (0,008 8)

Un débat au niveau national s'impose effectivement. Il s'agit d'un aspect important du système de santé qui permet de sauver des vies. Un système d'évacuation doit être réglé selon des normes et une stratégie au niveau national. Il est clair qu'une bonne analyse de la situation pourrait rationaliser le système avec des épargnes importantes sur les salaires des chauffeurs, le nombre d'ambulances à maintenir et la gestion du carburant. La localisation des ambulances sur le territoire d'un district sanitaire en fait

partie. De toute évidence, un seul poste de santé ne peut pas financer le salaire d'un chauffeur et l'entretien d'une ambulance, qui par définition seront largement sous-utilisés. Ces ambulances sont parfois, avec les meilleures intentions, fournies aux postes de santé par des ressortissants du village hébergeant le poste. Le système de santé au Sénégal n'arrive pas à orienter cet effort de participation communautaire vers un service rationnel et indique un manque de dialogue, qui est même presque impossible en l'absence de toute politique claire sur ce thème.

La tarification des évacuations est un autre sujet de réflexion important. La répartition entre des subsides (éventuels) par l'État (ou les autorités locales), la couverture par l'AMU et la contribution (éventuelle) par le patient concerné doit être un sujet de réflexion approfondie. Les données disponibles sont suffisamment étayées pour réaliser des simulations.

Dans le cadre de la décentralisation de certains types de soins ou de prestations (point 6.1), les coûts d'évacuation, surtout entre les centres de santé et les hôpitaux régionaux (pas étudiés spécifiquement ici), baisseront significativement. Avec un plateau technique (trop) faible dans les centres de santé, une évacuation vers le centre est souvent suivie d'une évacuation vers l'hôpital régional. L'exemple le plus clair est probablement la femme évacuée pour une dystocie ou une autre complication obstétricale. Le plateau technique de la plupart des CdS au Sénégal n'est pas équipé pour prendre en charge correctement les complications obstétricales (pas de bloc opératoire, pas de service de transfusion sanguine). Actuellement au Sénégal, les évacuations entre centre de santé et hôpital régional sont prises en charge automatiquement par les fonds de dotation, gérés par les mairies. Cette démarche n'est pas remise en question par le Ministère à ce stade. En dehors de l'inefficience systémique d'une telle organisation, cette situation cause un retard non nécessaire de la prise en charge, entièrement dû à l'organisation des services.

6.3.7 L'IMAGERIE

La Coopération belge a investi dans l'imagerie de plusieurs CdS afin de rehausser leur plateau technique, renforçant ainsi l'efficacité et l'efficience des services.

6.4 *Les conclusions de cette section*

Un système de santé est un ensemble d'éléments en interaction. La répartition entre offre et demande est utile pour ne pas négliger l'un ou l'autre aspect de cet ensemble. Elle reste néanmoins artificielle, puisqu'il s'agit d'un seul système de santé où tous les éléments interagissent pour produire une performance spécifique du système global.

Nous n'avons pas observé d'effet pervers potentiel d'une sous-prescription avec répercussions sur la qualité de soins dû à l'introduction de la tarification forfaitaire. Il s'agit d'une observation importante pour rendre la démarche globale de l'AMU acceptable.

L'expérience confirme que le plateau technique au niveau des CdS au Sénégal est réellement trop faible et que, pour plus d'efficacité et d'efficacités du système de santé, il faudra décentraliser plusieurs aspects de soins pour les rapprocher de la population. Les différents domaines de soins traités plus haut étaient loin de fonctionner de façon optimale. Les maladies chroniques et mentales, la production de lunettes sont des lacunes importantes dans le système qui devraient être gérées au plus vite et au niveau du pays entier. D'autres domaines, tels que l'organisation des évacuations, les soins buccodentaires et ophtalmologiques, et tous les aspects des soins obstétricaux d'urgence, sont améliorés grâce aux initiatives du projet, mais sont loin d'être généralisés à travers le pays.

Malgré de multiples efforts au niveau de l'offre de soins et donc de la qualité des prestations, il est difficile de démontrer leur impact à court terme compte tenu des conditions de terrain. Les CdS ont par exemple travaillé à plusieurs reprises de façon sous-optimale à cause des réhabilitations des infrastructures, d'absence de cadres clés, etc. Les données statistiques d'avant 2012, pas disponibles ou peu fiables, ont empêché un vrai suivi dans le temps, avec des données avant et après, des initiatives de renforcement de l'offre. Les conséquences systémiques des initiatives d'amélioration de la qualité des soins ne se font en effet toujours sentir qu'après plusieurs années. Le comportement du patient (l'utilisation des services, p. ex.) n'est pas influencé directement par une meilleure qualité technique des soins, mais plutôt à travers une augmentation de la crédibilité des services auprès du public, ce qui prend beaucoup plus de temps.

7. *L'assurance maladie comme contrepouvoir à l'offre de soins*

D'une participation communautaire instrumentalisée à la défense des droits du patient

Avec les contributions de :

Bosmans Marleen (Coopération belge, Enabel), Diouf Sérigne (ACMU), Gaye Papa Kane (AT Projet), Hane F (Université de Ziguinchor)

La participation communautaire (PC), la voix de l'utilisateur, le droit du patient, la transparence du système, les forces démocratiques ont bénéficié, depuis les années 1960, d'une attention particulière dans les systèmes de santé et dans la philosophie des soins de santé primaires.

Dans l'approche « mutuelle à base communautaire », une place importante a également été accordée à la PC. Grâce à sa cotisation volontaire, la population se dote d'un pouvoir collectif pour assurer la gestion communautaire de la mutuelle et la contractualisation avec des formations sanitaires qui sont censées survivre grâce au financement des mutuelles et dont elle exige des soins de qualité en ayant son ressenti comme seule référence.

Si les modèles évoluent et le projet propose une alternative sur plusieurs points par rapport au concept des mutuelles de santé, une révision de la PC s'impose.

Ce chapitre, après une revue de la littérature pour voir comment la PC a fonctionné dans le passé et quelles sont les hypothèses initiales confirmées, étudie comment le concept a évolué conjointement au développement d'un système assurantiel professionnalisé et à grande échelle.

7.1 *Concept et bref historique*

Le concept de participation communautaire est une composante de la politique des soins de santé primaires (SSP) définie lors de la conférence d'Alma Ata en 1978 (116). Elle consiste notamment à redéfinir les relations entre les professionnels de santé et les membres de la communauté (116). La

réflexion sur le phénomène de la participation communautaire en santé provient du fait que les changements annoncés lors des conférences internationales n'ont pas été totalement incorporés par les différents gouvernements selon les composantes fixées au préalable. En effet, dans les pays africains notamment, les gouvernements n'ont pas réussi à prodiguer des soins de santé pour tous et notamment pour les populations vulnérables. Certains auteurs relèvent alors une mauvaise organisation et gestion des structures sanitaires, un manque de décentralisation qui influe sur l'accessibilité aux soins et finalement une répartition inéquitable des ressources humaines et financières (117). L'engagement de la communauté vis-à-vis de la propre santé de ses membres et contre le système en place apparaît alors comme une solution pertinente face à ces manquements (118).

La participation communautaire ou l'engagement communautaire est considéré comme un moyen à travers lequel les membres d'une communauté développent des compétences afin de se responsabiliser (« empowerment ») face aux problèmes de santé et aux besoins qui les concernent. À travers la participation communautaire, les membres d'une communauté planifient et mettent en œuvre des plans en collaboration avec les acteurs en place (les prestataires de soins) pour réduire ou supprimer ces risques de santé (119). En Afrique, l'engagement communautaire se traduit notamment par la mise en place de comités de gestion ou comités de santé (118;120).

La participation de la population à la gestion des centres de santé est un aspect essentiel de l'Initiative de Bamako (IB). Au Burkina Faso, au Sénégal et au Mali par exemple, des comités de gestion (CoGes) ou encore des comités de santé sont créés au niveau des formations sanitaires. Ils sont composés de membres élus, issus des populations de la zone de santé. L'activité des comités consiste à appuyer le personnel de santé dans la gestion quotidienne des services de santé et à jouer l'intermédiaire entre les communautés et les professionnels de santé (121). Ceux-ci se donnent également un droit de regard dans la gestion financière des formations sanitaires et s'intéressent à la qualité des soins offerts dans les organisations concernées, et évaluent le paquet de soins offerts en fonction des besoins communautaires (122). Dans la plupart des cas, les comités sont créés dans le but de constituer un contre-pouvoir aux structures publiques en place.

À travers cette nouvelle organisation des soins, les gouvernements suscitent la participation des communautés afin d'assurer une utilisation pertinente et adaptée des services de santé et d'impliquer les populations dans les activités de promotion de la santé (121). Alors que cette approche est

régulièrement évaluée de manière positive par les chercheurs et acteurs en santé mondiale et qu'elle a prouvé son efficacité dans certains pays (Kenya), les données empiriques disponibles mettent en avant les limites de celle-ci (121). Déjà la façon de concevoir les structures de PC, définies de haut en bas par les autorités de santé, détériorait leur mandat et potentiel de contre-pouvoir à l'offre. Les articles scientifiques évaluant la performance des comités de santé sont toutefois peu nombreux (120).

La littérature scientifique sur le sujet met notamment en avant les enjeux concernant la connaissance des comités de santé ainsi que la représentativité de leurs membres.

Au Bénin et en Guinée par exemple, l'UNICEF a révélé que très peu de personnes connaissent l'existence ou encore le rôle de leurs représentants au sein des comités de gestion (25).

Au Sénégal, deux études menées au sein du centre hospitalier régional de Ziguinchor (122) ainsi qu'à Pikine (123) relèvent la représentation de figures politisées au sein des comités de santé. En effet, dans les deux cas, ceux-ci sont constitués par les délégués/chefs de quartiers et les questions qui y sont abordées traduisent plutôt des frustrations sociopolitiques que de véritables questions de santé publique. Il est même rare qu'on aborde des problèmes classiques de santé publique ou qui concernent réellement les besoins de la population concernée (123). Les comités sont ainsi considérés comme de véritables lieux de lutte pour la prise de pouvoir politique et ne semblent pas représentatifs des populations visées, bien qu'ils en soient les représentants légaux auprès de l'État.

Ainsi, de nombreuses personnes se sentent exclues du processus de décision. En effet, même lorsque les comités sont légitimes et que l'élection des membres s'y déroule de manière démocratique, certaines franges de la population ne se sentent pas représentées. De plus, en raison de considérations culturelles et/ou religieuses, les femmes et les plus jeunes affirment ne pas avoir de véritable voix ni de pouvoir décisionnel au sein de ceux-ci (121). Au Kenya, l'élection des membres du comité (Dispensary Health Committees (DHC)) s'est faite de manière totalement transparente et selon un processus démocratique. De plus, des mesures spécifiques ont été prises afin d'inciter les femmes à se présenter et d'éviter la prise de pouvoir exclusive par les élites (120), ce qui a permis d'intégrer les populations plus vulnérables au processus de décision.

De plus, l'enjeu autour de la représentation peut également être associé à l'engagement bénévole que requiert la participation aux comités.

L'implication des membres occasionne en effet des coûts directs ou indirects aux participants (121). Prendre part aux réunions, assister aux séances de causeries et participer à la recherche et à l'élaboration de projets d'amélioration des systèmes, tout cela demande un sacrifice en temps, mais aussi souvent en argent. Ceci se traduit concrètement par un manque de motivation des membres du comité. Au centre hospitalier régional de Ziguinchor, le bilan est déplorable. La tenue des réunions est irrégulière et non programmée. Et lorsqu'elles sont réalisées, elles ont deux mois de retard. De plus, les recommandations ne sont presque jamais respectées (122).

Une tâche qui prend du temps, qui demande un certain niveau de compétences techniques et qui se veut non rémunérée n'attire pas facilement les plus compétents de la société et surtout en milieu rural. Ce problème relevé par de nombreux auteurs ne permet pas au comité de santé, par exemple, d'élaborer un budget prévisionnel des coûts pour assurer une bonne gestion financière des structures sanitaires. Ainsi, dans de nombreuses structures, on observe encore des surfacturations de soins aux patients ou encore des ruptures dans l'approvisionnement des médicaments indispensables (121).

Finalement, la mise en place de comités de santé est encore sollicitée de nos jours (24). Cependant, afin que celle-ci soit réussie, les exemples du Kenya ou encore du Zimbabwe ont mis en avant deux éléments importants : la création d'un cadre de référence permettant de spécifier les différents rôles et fonctionnalités des comités de santé (120) et une bonne compréhension des contextes spécifiques dans lesquels ils sont implantés (social, culturel et politique). Rifkin souligne également l'importance de la responsabilisation et de l'engagement des communautés dans l'émergence d'approches innovatrices de santé (119). En Afrique subsaharienne, celles-ci voient le jour avec l'implication croissante des agents communautaires de santé (Sénégal, Éthiopie, etc.) ou encore des patients et familles dans la gestion de leurs conditions sanitaires (Malawi, République démocratique du Congo). Or, il est certain que, dans bien des cas, les exemples d'initiatives réussies se déroulent pour le moment à très petite échelle. Le danger avec les agents communautaires de santé, ou les Relais communautaires (RC) est qu'on perde la notion de bénévolat. On les charge de tellement de responsabilités qu'il deviendrait indécent de ne pas les rémunérer en contrepartie. Et la boucle est bouclée : le RC ou l'ASC devient la nouvelle catégorie de professionnels de santé dont la formation n'est bien souvent que leur bonne volonté, qui risque de tirer vers le bas la qualité des soins. Le défi actuel

consisterait alors à intégrer pleinement ces RC ou ASC comme volontaires dans les systèmes de santé et les programmes nationaux où ils seront soutenus par les gouvernements en place. Ceux-ci s'assureraient par la même occasion de faire preuve de « bonne gouvernance » en y allouant des ressources financières et humaines pertinentes et suffisantes qui permettraient la pérennisation de ces activités (120).

7.2 Le modèle de la PC dans le système de santé local au Sénégal

À l'image de la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest, le Sénégal a lui aussi organisé la participation communautaire (PC), le contrôle du citoyen sur la performance du système public, autour des comités de santé et comités de gestion.

Cette approche est née suite à l'Initiative de Bamako introduite dans beaucoup de pays de l'Afrique de l'Ouest dans les années 1980 et au début de 1990. L'initiative prévoyait qu'en échange d'une participation financière (partielle) de la part de la population aux services de santé, la population se payait un droit de regard dans l'organisation des services offerts et le contrôle de la qualité.

Le résultat a été la création de comités de santé et de gestion autour des formations sanitaires, notamment dans les districts sanitaires. Le comité de santé était un comité représentant la population locale qui devrait se pencher sur la question de la qualité des soins et les paquets de soins offerts. Au travers de réunions régulières entre le personnel professionnel de santé et ce comité, les échanges devaient motiver le personnel à ajuster continuellement leur service et surtout la qualité de l'offre. Au Sénégal comme dans plusieurs autres pays de l'Afrique de l'Ouest d'ailleurs, le comité de santé a été doté également d'un pouvoir décisionnel sur les dépenses locales à partir du budget généré par le recouvrement des coûts.

Mais ce modèle, basé sur de bonnes intentions, celles de rendre une voix à la population par rapport au développement de la santé, manquait probablement de réalisme. Après autant d'années d'expérience dans une multitude de pays en Afrique, ce modèle semble aujourd'hui naïf de ne pas tenir compte de certaines réalités :

- Ce modèle voudrait que les représentants de la population soient psychologiquement, culturellement et techniquement capables de devenir un véritable contre-pouvoir des prestataires de soins et

d'analyser correctement les priorités d'investissement. Mais par quelle magie ces compétences vont-elles émaner spontanément dans la communauté ?

- L'Initiative de Bamako a été l'occasion pour beaucoup d'autorités nationales en santé de se retirer graduellement de leur obligation de promouvoir une offre de soins publique pour la majorité de la population, y compris la population pauvre. Leur raisonnement était que la population pouvait contribuer (essentiellement financièrement) et prendre sa propre santé en main. La population et les formations sanitaires se voyaient de plus en plus devant une tâche impossible, le financement public diminuant continuellement.
- Le comité de santé est censé devenir un contrepouvoir à l'offre de soins, mais étant basé sur le volontariat et vu la capacité technique très limitée de la population (souvent rurale, souvent non organisée autrement qu'autour des problèmes locaux des villages), il y a une réelle asymétrie d'information et de pouvoir entre le personnel de santé et le comité de santé. Au lieu de devenir un réel contrepouvoir, les comités de santé deviennent des instruments de légitimité des services de santé, y compris de leurs défaillances.
- Les comités de santé doivent prendre des décisions qui dépassaient largement leur capacité technique, même avec l'appui par exemple de l'infirmier local. Ainsi, les comités au Sénégal doivent prendre la décision de recruter du personnel, d'organiser des services d'évacuation, de se pencher sur la disponibilité des médicaments et des primes sur salaires sans aucune connaissance comptable et même en l'absence d'une comptabilité qui pourrait les aider dans leur prise de décision.
- Vu les maigres recettes des formations sanitaires, le personnel recruté par les comités de santé est du personnel d'appoint non qualifié, tirant la qualité des soins vers le bas. Par exemple, pour le cas du DS de Koungheul, 82 % du personnel de santé est du personnel non qualifié (89 % dans les PdS et 70 % dans le CdS). Quand du personnel qualifié peut être recruté malgré tout, il l'est dans un cadre très précaire : pas de contrat, pas d'inscription à la sécurité sociale, pas d'assurance santé...
- Par rapport au personnel du service public, fonctionnaire ou contractuel de l'État, relevant de l'administration centrale des États,

les comités n'ont que très peu de pouvoirs et de moyens pour exercer des sanctions à son égard.

Dans une telle situation, les comités de santé ont rarement pu remplir leur mandat initial et n'ont peu ou pas fonctionné comme contre-pouvoir face aux prestataires des soins. Ils sont finalement restés des « bons à tout faire », chargés par le chef de la formation sanitaire, qui se déresponsabilisait vis-à-vis de cette tâche, de préparer la comptabilité financière et d'assurer la gestion des biens (surtout les médicaments) à la fin de chaque mois et pour le rapport annuel. Les exceptions qui ont été observées sont dues à certains personnels de santé qui ont eu la volonté de collaborer en toute transparence avec la population en l'amenant même à apprendre à gérer une structure de santé et à chercher ensemble des solutions pour améliorer la qualité des services de santé et l'accessibilité des plus démunis.

L'histoire des comités de gestion est finalement la même. À la différence des comités de santé, au Sénégal, le président du comité de gestion est d'office l'élu de la collectivité locale d'appartenance de la structure, soit le maire ou le président du conseil départemental. Mais les suppositions à la base de la création des comités de gestion reposaient sur le même manque de réalisme.

L'engagement des élus locaux ou des maires dans le processus était en général minimal, tandis que les prestataires de soins avaient un appareil d'État qui les défendait. Cette absence d'engagement des politiciens locaux peut être interprétée comme un signe important de la faible crédibilité et du faible poids politique que ces comités avaient en réalité.

Les comités de gestion, eux non plus, n'ont jamais constitué un véritable contre-pouvoir à l'encontre des prestataires de soins.

Cette situation a mené à un certain niveau d'impunité de fait des formations sanitaires, qui, combiné à un apport cruciallement insuffisant de moyens financiers de la part des autorités nationales, devenait le cocktail idéal, mais dramatique pour assurer le naufrage.

Une étude sur les données financières réalisées au centre de santé et dans cinq postes de santé du DS de Koungheul pour les années 2013 à 2016 a permis de dresser un certain nombre de constats. Ils sont décrits en détail dans la rubrique 8.3. Il suffit d'évoquer ici que cette étude a confirmé les lacunes dans la gestion financière des postes de santé. Dans un tel environnement de non-transparence par rapport à la gestion financière, la participation communautaire et le principe de donner un certain pouvoir de décision à la population (ou leurs représentants) sont des leurre. Une

population techniquement incompétente en la matière et bénévole ne peut pas redresser une telle situation, qui demande en premier lieu une démarche technique (introduire une comptabilité appropriée avec des règles claires), puis une démarche de contrôle effectif.

7.3 *Modèle de la PC dans le cadre des mutuelles à base communautaire (modèle UEMOA)*

Le modèle des mutuelles à base communautaire, tel que décrit par le BIT et repris par l'UEMOA est basé sur certaines valeurs, mais aussi des démarches très explicites (voir aussi chapitre 2) :

- La solidarité communautaire, l'autonomie financière des mutuelles
- Un mouvement et une organisation basés sur le volontariat
- Un mouvement privé
- Une adhésion volontaire

Le modèle se distancie explicitement du privé à but lucratif, mais aussi de l'État. Bien qu'on puisse comprendre la peur des mutuelles à base communautaire de devenir un simple instrument de l'État, comme d'ailleurs les comités de santé et de gestion le sont devenus, le danger qu'elles deviennent victimes de la même naïveté que la PC au travers de comités de santé est réel.

Les expériences de ces dernières décennies ont démontré que chacun de ces principes pose un problème opérationnel. C'est la raison pour laquelle l'intervention ici étudiée a voulu changer relativement radicalement les principes évoqués dans le modèle de participation communautaire des mutuelles communautaires.

La solidarité communautaire ne s'exerce spontanément qu'ex post, après la survenue d'un incident ou d'une catastrophe, lorsque la compassion individuelle a été touchée. En revanche, les principes d'une assurance maladie veulent que la solidarité se manifeste de manière prévoyante. Mobiliser cette solidarité communautaire nécessite beaucoup d'efforts professionnels de communication, d'information et de sensibilisation de la communauté.

L'autonomie financière ne peut être un principe de démarrage d'une mutuelle de santé ou d'une assurance. Elle ne peut être atteinte qu'après un certain temps, qui dépend du coût des gros risques dont on souhaite la

couverture et du niveau de la cotisation. Le principe de la subvention de démarrage doit donc être accepté et considéré comme un élément indispensable de réussite.

Un système d'assurance santé privé n'est viable qu'avec des gens riches. Si l'on veut une assurance maladie universelle, donc à la fois pour les riches et les pauvres, il faut accepter, voire exiger, que les États s'impliquent. C'est de leur responsabilité d'organiser la redistribution des ressources et d'assurer l'accessibilité des soins à tous, y compris les indigents. Par conséquent, en matière de CUS, il ne sera pas possible de rester purement privé.

L'adhésion volontaire est reconnue depuis longtemps comme une limite majeure, mais en l'absence d'alternative pour le secteur informel, la communauté internationale et les gouvernements l'ont acceptée comme la meilleure « solution » réaliste. L'adhésion volontaire s'impose aussi d'elle-même tant qu'un pays n'est pas couvert à 100 % par des structures capables de prendre en charge l'assurance des citoyens. Un État ne peut imposer un système assurantiel s'il ne garantit pas en même temps que tous ses citoyens pourront accéder aux services de l'assurance et à des services de bonne qualité. Il demeure pourtant important de prendre conscience qu'une adhésion (quasi ?) obligatoire est la seule vraie alternative pour une pérennisation d'un système assurantiel.

Le volontariat pour la gestion des mutuelles est un principe qui est de plus en plus remis en cause par la littérature internationale (51). Une étude au Sénégal semble confirmer que la population donne plus de crédibilité à une mutuelle professionnelle qu'à une mutuelle basée sur le volontariat (42) et à base communautaire dans les zones pilotes de l'intervention. Cette population évoquait plutôt un soulagement de ne plus être responsable de la gestion financière des mutuelles et des négociations avec les formations sanitaires²². Le volontariat n'est pas synonyme de professionnalisme et est souvent prétexte à se déresponsabiliser et à agir en toute impunité. Dans un contexte d'emplois rares, devenir responsable volontaire d'une mutuelle peut vite pousser la personne à en faire son métier et à décider seule des indemnités à s'octroyer par rapport au travail accompli. C'est ce qu'on appelle la marchandisation de la protection sociale en santé.

²² Observations durant des réunions communautaires.

7.4 *L'importance de la participation communautaire dans le cadre de l'AMU*

Une assurance maladie universelle (AMU) défend les mêmes valeurs de solidarité et d'équité que les mutuelles à base communautaire, mais s'en différencie sur le principe absolu d'être un organisme privé et indépendant se basant sur le volontariat pour sa gestion quotidienne²³. La mise en œuvre avec respect de ces valeurs est différente des AMU qui prennent avantage d'un personnel professionnel et qui implique l'État. Dans le modèle initial, il est même prévu que le système évolue vers une entité publique. En conséquence, la PC dans le cadre de l'AMU avec les UDAM suit, au moins en partie, une autre logique et est organisée autrement.

L'UDAM se présente alors comme une organisation à grande échelle et professionnalisée qui pourrait agir comme réel contrepouvoir à l'offre de soins. L'hypothèse est donc que, dans un contexte de portabilité large, d'un contrôle de qualité efficace avec des pénalités financières si indiquées, et d'une contractualisation professionnellement négociée avec les formations sanitaires, l'AMU peut exercer un réel contrepouvoir à celui des professionnels de santé et leurs structures, bien plus consistant que celui exercé par les comités de gestion et de santé traditionnels et les mutuelles de santé à base communautaire.

La condition principale pour y arriver, prévue dans le modèle, était la professionnalisation de la direction technique de l'UDAM. Les directions des UDAM, composées d'un personnel recruté sur la base de compétences et salarié à temps plein, sont techniquement équipées pour faire face à des questions d'analyses financières, pour mener un dialogue professionnel avec la population comme avec les prestataires de soins et les autorités sanitaires et, très important, elles savent impliquer réellement les autorités et élus locaux. De par leur professionnalisme et la taille de la population qu'il sert, le personnel de l'UDAM arrive à se construire une crédibilité et un gage de sérieux auprès de ces politiciens.

L'institutionnalisation du métier de « médecin-conseil » est un élément important dans l'hypothèse présentée plus haut. Ces médecins sont en principe censés avoir à la fois la capacité et la crédibilité d'utiliser leur position dans l'AMU pour négocier et vérifier les contrats avec les FS et de

²³ Les auteurs évoquent ici la prescription de l'UEMOA.

traiter les plaintes des utilisateurs à des niveaux élevés (DRS, MSAS, juridiquement) si besoin en est. C'est en principe le médecin-conseil qui a la prérogative d'imposer des pénalités financières aux hôpitaux si des anomalies qualitatives ou quantitatives étaient constatées.

La fonction était cependant encore trop récente dans le cadre du pilotage des UDAM et n'a pas encore atteint le niveau et la durée de fonctionnement nécessaires pour une évaluation, et donc pour confirmer ou pas l'hypothèse en dessous.

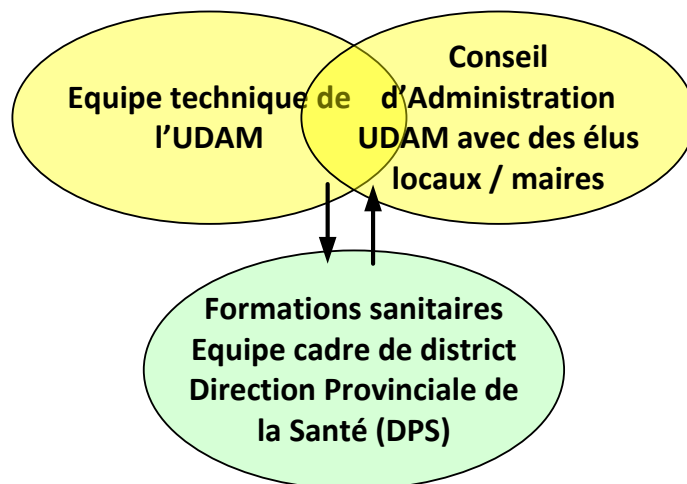
7.5 Organisation de la participation communautaire proposée par le modèle UDAM

Au niveau des villages, le collecteur mène un dialogue autour de la finalité de l'AMU, il enregistre les nouveaux membres et il collecte les adhésions et les cotisations. Il cherche à organiser ce dialogue à l'aide des chefs coutumiers et religieux et d'autres notables du village.

Au niveau des départements, chaque UDAM est gérée par un conseil d'administration (CA). Cet ancrage départemental et le professionnalisme des UDAM leur donnent le potentiel d'organiser la PC au niveau des autorités politiques décentralisées. Les maires sont d'office membres des antennes de collectivité locale et du CA de l'UDAM sans pouvoir en être des présidents. Le président du conseil départemental fait également partie d'office du CA de l'UDAM. Leur implication dans les organes décisionnels permet aux UDAM d'être considérées par eux comme leur structure de mise en œuvre de deux de leurs compétences transférées dans le cadre de la décentralisation, l'organisation de la santé et de la protection sociale pour leurs administrés.

Ces élus locaux sont par définition impliqués dans le dialogue villageois, mais aussi à d'autres niveaux comme les communes et départements. Spécifiquement, concernant la mobilisation sociale pour l'adhésion villageoise (voir plus loin), les maires sont acteurs principaux et apprécient l'approche. En termes d'économie politique, l'agenda technique des UDAM et l'agenda politique des maires semblent se rencontrer positivement. Les UDAM génèrent de l'information technique concernant le fonctionnement des formations sanitaires qui nourrit en quelque sorte les politiciens locaux, qui peuvent ainsi mieux exercer leur rôle de contrôle démocratique sur les services publics (Figure 24).

Figure 24 : La combinaison équipe technique de l'UDAM/CA comme contrepuissance réel aux prestataires des soins



La collaboration entre l'équipe technique de l'UDAM et le CA, où siègent des représentants de la population et des élus locaux, indépendants des autorités sanitaires, leur permet d'exercer un certain contrepuissance réel au système de santé.

Grâce à une telle organisation de la PC autour des UDAM, la démocratie locale peut se renforcer et les politiciens ont une réelle opportunité de remplir concrètement leur rôle de défenseur des droits de la population.

7.6 Évolutions et observations opérationnelles

L'introduction des UDAM et de la tarification forfaitaire dans les districts sanitaires pilotes a implicitement remis en cause la PC telle que conçue par le Sénégal jusqu'ici. Le mouvement de la décentralisation politique dans le pays a créé des circonstances spécifiques et d'ailleurs favorables pour revoir la participation communautaire. Les représentants de la population comprennent également des personnes éduquées et politiquement actives qui ont la capacité d'analyser les problèmes évoqués par leur population et de trouver un chemin pour une prise de décision réelle et effective. Ces personnes sont des élus locaux, soumis au contrôle démocratique par leur population à travers les élections, mais aussi appuyés par du personnel au niveau des mairies et des départements.

7.6.1 L'IMPLICATION ET LE ROLE DES MAIRES, DES PRESIDENTS DES CONSEILS DEPARTEMENTAUX ET DES CHEFS COUTUMIERS

Le PAODES avait démarré comme une intervention qui voulait offrir en premier lieu une réponse technocratique à la création d'une AM à grande échelle, professionnalisée et publique dès que les conditions seraient réunies. Le modèle d'AM proposé initialement par le PAODES sous-entendait déjà que la participation communautaire classique ne jouait pas son rôle et qu'il fallait revoir son organisation avec la création des UDAM. Il n'en demeure pas moins que le modèle restait assez vague quant à la réforme précise de la participation communautaire. L'UDAM était reconnue comme un contre-pouvoir, mais la population n'y était pas ou très peu impliquée. Le Conseil d'administration (CA) que chaque UDAM devait avoir selon ses statuts d'ASBL avec des représentants de la population (et selon l'approche nationale des unions des mutuelles, des représentants des mutuelles à base communautaire) risquait de tomber dans le même piège que les comités de santé.

Encadré 4 : Extraits d'une lettre du directeur de l'UDAM envers un Médecin-chef de district voulant changer unilatéralement le régime de tarification (mots en gras originalement dans la lettre)

..... «Après avoir exploité votre proposition, **nous vous recommandons fortement de ne pas appliquer une nouvelle grille tarifaire** pour des raisons liées à des facteurs relatifs au contenu des forfaits d'une part, et d'autre part, aux liens intrinsèques qui lient l'offre et la demande de soins (UDAM).

Précision : Sachez Docteur que si l'UDAM n'avait pas tenu compte de l'intérêt des populations, **cette proposition arrange plus l'UDAM, car elle paiera moins de subsides au Centre de santé**, mais celle-ci ne promeut pas l'adhésion massive des populations à la mutuelle de santé (UDAM). Nous avons l'impression que nous sommes en train de revenir à la case de départ (tarification éclatée) et nous avons tous la responsabilité de rappeler aux Comités de santé des Postes de santé les impacts immédiats du retour à cette forme de tarification (Faible mobilisation des ressources pour payer le personnel communautaire (risque de démotivation) et difficulté de renouvellement des stocks de médicaments en ce sens que la TFS les avait habitués à collecter des tickets et 2 000 FCFA et de 5 000 FCFA au lieu de 300 FCFA). Or, la seule constante serait que même si le mode de tarification change, les ruptures des médicaments et produits essentiels seront toujours

présentes si des mesures adaptées ne sont pas prises. »

... « Lors de l'inauguration du centre de santé de Sokone et UDAM Foundiougne, **le Ministre de la Santé avait demandé de ne pas toucher au système jusqu'à** ce qu'un Forum sur la CMU soit organisé à Foundiougne au mois de mars ou avril 2018. Ce Forum sera l'occasion de réfléchir sur le problème des ruptures de médicaments au niveau national entre autres.

En réalité, rabaisser le montant du ticket Médecin pour, semblerait-il, des raisons liées aux ruptures des médicaments et produits essentiels reviendrait à **laisser les populations à la merci des officines de pharmacies privées** ».....

..... « En définitive, Docteur, avant de mettre en œuvre une telle initiative qui concerne les populations, nous vous invitons à organiser une rencontre avec les Autorités administratives, les Maires, les Présidents des comités de santé et des comités de gestion fonctionnels, l'UDAM et les personnes ressources locales pour partager et faire valider cette nouvelle proposition. ».....

L'Encadré 4 démontre le pouvoir social que les UDAM pourraient avoir et comment son directeur exerce son droit de contre-pouvoir envers l'offre de soins. En plus, il défend réellement les intérêts des patients puisqu'il va même à l'encontre de l'intérêt financier de sa propre organisation, au moins à court terme.

Ce n'est qu'au moment où les maires et les élus locaux ont semblé s'engager « spontanément » et réellement, et que les chefs de village se sont montrés de plus en plus enthousiastes à payer l'adhésion pour les plus démunis dans leur village, que les idées autour d'une nouvelle participation communautaire ont commencé à prendre forme. Ce n'est qu'à ce moment aussi que le projet a réalisé que l'emplacement des UDAM au niveau des départements plutôt qu'au niveau des districts sanitaires présentait des avantages stratégiques importants.

Effectivement, les UDAM étaient vues par les maires comme des institutions qui tombaient sous leur responsabilité politique et à travers lesquelles ils pouvaient se profiler comme des défenseurs des droits de leur population en matière de santé. Ils avaient compris que leurs subsides allaient pouvoir être canalisés à travers les UDAM plutôt que de les verser directement aux formations sanitaires ou aux ECD, sans aucune garantie de transparence. Payer pour des adhésions était une aide plus directe et visible envers leurs électeurs.

7.6.2 LES REFORMES AU NIVEAU DES DISTRICTS SANITAIRES

Le Ministère de la Santé et des Affaires sociales réfléchit à une réforme profonde des districts sanitaires, notamment dans le cadre d'une politique de décentralisation qui se concentre sur les départements comme unités politiques décentralisées plutôt que sur les districts qui n'ont pas d'identité administrative.

Il s'agit de la création d'un Service départemental de la santé et de l'action sociale (SDSAS) sous la responsabilité du préfet et sous la tutelle technique de la Direction régionale de la santé et de l'action sociale. La notion de « Département sanitaire » serait en cohérence avec la déconcentration de l'administration, mais aucune attache n'est prévue avec le conseil départemental, structure politique décentralisée animée par des élus locaux. Il est juste prévu d'utiliser le Comité départemental de développement pour s'occuper des questions concernant la santé. Il est difficile de se faire une idée claire sur la manière dont la PC comme contrepuissance de l'offre sera influencée ou organisée. Il est trop tôt pour savoir comment exactement le mouvement de décentralisation influencera la PC et comment ou même si la réforme de l'État tiendra compte de l'expérience de l'UDAM. Dans le passé, l'administration publique sanitaire ne s'est jamais trop souciee des patients. Peut-être qu'une PC articulée et en relation avec des entités politiques décentralisées a plus de potentiel pour constituer un véritable contrepuissance aux services de santé, considéré comme indispensable pour défendre les droits des patients.

7.6.3 LE CONTROLE DEMOCRATIQUE SUR LES UDAM

La politique nationale sur l'AMU au Sénégal prévoit des unions départementales des mutuelles à base communautaire au niveau des départements. Ces unions seront appuyées techniquement par deux gestionnaires professionnels financés par l'ACMU. Les mutuelles au niveau des communes, comme leurs unions faitières au niveau départemental, ont des conseils d'administration qui en principe devrait jouer le rôle de contrôle démocratique. Il n'est pas trop clair comment ce processus se déroulera et si ces conseils seront assez forts pour exercer cette fonction.

Un CA existe également pour le contrôle démocratique des UDAM. L'organisation du contrôle hiérarchique n'est de nouveau pas claire non plus. En principe, les UDAM seront chapeautées également par des unités provinciales d'AM (entre autres avec un médecin-conseil). Ces fonctions ne sont jusqu'ici pas institutionnalisées. Dans le modèle initial, les UDAM

devraient devenir des antennes opérationnelles d'un fonds commun national et public. Dans ce cas alors, les règles de gestion publique seront d'application. Mais, dès à présent, les UDAM sont auditées chaque année par un bureau d'audit externe et le CA dispose en son sein d'un bureau d'audit interne.

7.6.4 L'APPRECIATION DE LA TRANSPARENCE ET LA VOLONTE DE PAYER

La tarification forfaitaire, mise en place du côté de l'offre de soins et adoptée par les UDAM comme base de remboursement des prestations de santé, a permis d'expliquer clairement à la population ce qu'elle encourait comme dépenses si elle ne s'assurait pas et, par contre, de voir facilement ses économies s'il ne lui restait plus qu'à payer un ticket modérateur moyennant, bien sûr, le paiement d'une cotisation à l'assurance.

Dans une tarification forfaitaire « tout inclus », il est facile de comprendre qu'une prescription de médicaments à se procurer dans une officine privée sort de ce qui est convenu et qu'il est donc normal d'émettre une plainte ou une critique à l'encontre du prescripteur. Les droits des patients s'exercent donc beaucoup plus facilement, et cela d'autant plus facilement que les UDAM ont mis en place un système de recueil des plaintes.

Le fait de savoir d'avance ce qu'il devra payer s'il va se faire soigner dans un poste ou un centre de santé encourage le patient à se rendre plus rapidement vers le prestataire sans attendre que la situation ne s'aggrave.

Dans un système d'adhésion volontaire, l'élément qui peut convaincre une personne de payer sa cotisation est la peur des conséquences financières d'une maladie observée chez un autre. Une grande part de la sensibilisation des UDAM a donc consisté à faire comprendre à la population que contre le risque de tomber malade, personne n'y peut grand-chose. C'est un risque individuel, une malchance. Par contre, le fait de courir le risque de s'appauvrir, de tomber dans une situation d'endettement par suite de dépenses importantes liées aux soins donnés à cause d'une maladie, cela est un risque social qui doit avoir une réponse sociale et solidaire, la mutualisation de ce risque par l'adhésion à une assurance commune.

C'est ce qui a poussé plus de 80 % des bénéficiaires des UDAM à renouveler leur cotisation entre 2015 et 2016, et entre 2016 et 2017 (voir chapitre 5).

7.7 *La mobilisation sociale*

7.7.1 STRATEGIES DE COMMUNICATION AUTOUR DE L'AMU

La mobilisation de la population pour convaincre les villageois d'adhérer à l'AM a été organisée par les UDAM. Elles ont développé des stratégies de communication diverses, utilisant l'animation villageoise comme les communications de masse et les moyens de communication modernes. Elles ont développé également des plans d'animation pour toucher systématiquement, bien que graduellement, l'ensemble de la population.

Contrairement à la plupart des mutuelles à base communautaire, il s'agissait d'une communication professionnelle, et l'animation englobait l'ensemble des villages du département. Le village entier constituait l'unité d'animation, il ne s'agissait pas de convaincre des individus. Le dialogue était aussi conçu comme une stratégie continue, bien qu'il a été, évidemment, plus intensif au moment du démarrage des UDAM.

7.7.2 MODULATION DE LA COTISATION VOLONTAIRE POUR TENDRE VERS L'AMU A VOCATION OBLIGATOIRE

Les UDAM ont utilisé la modulation de la cotisation pour augmenter l'intéressement des futurs membres à l'assurance maladie. Cet intéressement devenait tellement attractif qu'il devenait pratiquement impossible de nier ses avantages et, pour un chef de ménage, de ne pas assurer toutes les personnes à sa charge simultanément. Ainsi, à travers le jeu de l'intéressement, les cotisations devenaient moralement obligatoires.

L'adhésion familiale

Afin d'atténuer le risque de sélection adverse²⁴, l'AM a introduit la règle d'adhésion familiale. Cela signifiait que les chefs de ménage n'avaient le droit d'inscrire dans l'assurance que des « familles » de cinq personnes au minimum. La plupart des familles au Sénégal comprennent plus de cinq personnes et cette limite n'a posé aucun problème au cours de la mise en œuvre. Une personne « isolée » pouvait toujours s'associer à une autre famille.

²⁴ La sélection adverse est le phénomène bien connu au niveau de toute assurance, notamment que celui qui court le plus grand risque adhère plus facilement que quelqu'un avec un petit risque seulement.

La population n'a jamais indiqué que l'adhésion familiale était un frein à l'adhésion, ce qui n'est pas la preuve absolue qu'une barrière éventuelle n'existe pas. Mais elle indique au moins qu'il ne s'agit pas d'un problème important. Les communicateurs au niveau de l'UDAM étaient bien conscients de ce risque théorique.

Les UDAM ont mis un incitant sur la taille de la famille. La cotisation individuelle était plus intéressante si la famille assurait plus de onze personnes simultanément.

Consciemment, à travers l'adhésion familiale les UDAM ont établi les premiers jalons de l'adhésion obligatoire, condition sine qua non d'une assurance maladie universelle.

La cotisation annuelle

Bien que les UDAM aient laissé la possibilité pour leurs bénéficiaires de payer leurs cotisations trimestriellement ou semestriellement, l'intéressement qui a été donné à ceux qui cotisaient annuellement a été tel qu'en un an à peine, plus de 98 % des bénéficiaires ont opté pour le renouvellement annuel des cotisations.

Outre le fait qu'un renouvellement annuel est beaucoup plus facile à gérer, les UDAM ont ainsi mis en place des mesures contraignantes, mais utiles pour les assurés, et qui les préparent à l'assurance obligatoire.

L'adhésion villageoise

L'intervention a pris une autre initiative qui allait plus loin que l'adhésion familiale. L'adhésion villageoise, qui voulait atténuer plusieurs problèmes d'adhésion à la fois, a été conçue comme un mécanisme mobilisateur et inclusif pour la mise en place d'un système d'assurance maladie à grande échelle dans les villages ruraux. Elle incite tout un village à adhérer en même temps à une mutuelle. L'adhésion villageoise a été conçue comme une approche adaptée à la réalité socioculturelle dans les zones rurales.

Le principe de l'adhésion volontaire à une assurance maladie provoque bien souvent l'affiliation de personnes qui sont plus malades que celles qui n'adhèrent pas (sélection adverse). De plus, pour pouvoir couvrir des gros risques, tels que l'hospitalisation ou la chirurgie de district, il faut que la caisse de l'assurance soit le plus rapidement remplie. Il faut donc une assurance maladie à grande échelle et que l'on puisse atteindre rapidement beaucoup de personnes en même temps.

L'adhésion individuelle à une assurance maladie n'invite pas à la

solidarité avec les plus pauvres de la communauté. Un tel système a besoin d'un mécanisme parallèle pour identifier et financer l'adhésion des pauvres. Il pousse le système de protection sociale en santé à une identification mécaniste et rigide des plus pauvres, tandis que la pauvreté est relative, changeante et souvent multiforme.

En 2016, les UDAM ont lancé l'approche de « l'adhésion villageoise » comme une expérience pilote dans quelques villages des DS de Koungheul (n= 2) et de Foundiougne (n= 10). En 2017, un nombre important de villages (76 pour Koungheul et 198 pour Foundiougne) se sont engagés dans cette démarche.

Description de la démarche « adhésion villageoise »

L'UDAM rencontrait les maires en leur proposant de faire adhérer la population entière de leur village pour un an. Le village pouvait ainsi profiter d'un tarif de cotisation préférentiel de 2 300 CFA par personne par an, quelle que soit la taille de la famille (normalement, cette cotisation est réservée aux familles de plus de 11 personnes).

Sur la base d'un recensement des ménages, l'UDAM faisait le calcul de la cotisation villageoise totale attendue. Ensuite, le point focal du village collectait ce que les adhérents pouvaient cotiser. Le total du montant de la collecte était comparé au montant attendu. Pour combler la différence, le village était invité à trouver d'autres ressources, auprès des « originaires » du village, vivant dans les grandes villes ou à l'étranger, soit auprès de mécènes ou de collectivités locales qui pouvaient ainsi mobiliser leur budget destiné à l'action sociale. Le village pouvait aussi décider de mener une activité villageoise génératrice de revenus comme la culture d'un « champ collectif ». Dans cette dynamique, la population locale décide également quels membres de la communauté peuvent bénéficier d'une exemption ou d'une subvention de cotisation, payée par la collectivité. L'appui financier n'est pas, par définition, une gratuité et n'est pas éternel non plus, mais selon la situation de l'année.

Les maires jouent un rôle modèle important et prennent régulièrement des initiatives personnelles de solidarité, comme la mise à disposition d'une parcelle de terrain pour un champ villageois.

Dans les villages, les maires jouissent d'un respect hiérarchique qui n'est pas remis en question. Ils ont été particulièrement motivés à participer au processus d'adhésion de la population à l'AM. Ils ont compris que, si toute

leur population est couverte, ils ne devaient plus intervenir au cas par cas pour payer des soins à ceux qui ne le peuvent pas. Ils ont apprécié la dynamique et la prise de décision collective.

Par conséquent, ils jouent un rôle clé dans la mise en place d'un système d'assurance maladie, d'autant plus dans les zones rurales pauvres. Gagner la confiance à travers des campagnes de communication et des exemples concrets est un premier pas indispensable.

« Si tu es un maire qui doit influencer ou sensibiliser les populations, alors que toi-même tu n'as pas adhéré, je pense qu'il sera difficile d'être convaincant (...). C'est la même chose pour un président d'antenne de collectivité locale qui n'a pas adhéré ». (Secrétaire municipal)

Les maires se sont montrés extrêmement enthousiastes vis-à-vis de cette initiative. Cette approche donne un contenu concret à leur mission politique et sociale, et contribue à améliorer leur estime d'eux-mêmes. Plusieurs maires se sont prononcés publiquement par rapport à leur engagement ferme pour l'adhésion de tous les ressortissants de leurs villages.

Encadré 5 : Illustration du potentiel de l'adhésion villageoise

Dans un des villages pilotes, l'engagement actif du maire a permis la mise à disposition des villageois d'un terrain pour la production collective. Le taux d'adhésion de ce village a été de 93 %.

Cette approche permet de mobiliser la solidarité du village pour la prise en charge des plus démunis. Ces derniers sont maintenant inscrits à la mutuelle. La situation financière des démunis est gérée au sein du village et n'en sort pas. Des accords peuvent être pris à l'intérieur du village pour trouver des compensations en nature éventuellement qui ne vont pas sortir du périmètre du village.

Encadré 6 : Illustration du potentiel de l'adhésion villageoise (2)

Lors de la cérémonie de lancement de l'UDAM de Foundiougne, plusieurs maires avaient pris l'engagement d'enrôler gratuitement des personnes démunies, à travers leur ligne budgétaire de « secours aux indigents », y compris d'autres groupes vulnérables comme les talibés. Cet engagement explique l'enrôlement de plus de 3 400 (plus de 200 personnes en moyenne par collectivité locale) personnes indigentes dans les zones pilotes.

« Ce mécanisme de prise en charge est mieux structuré et peut être plus efficient que le règlement de factures d'ordonnance à titre individuel. Un maire, qui donne de l'argent à une personne qui demande de l'aide, n'est pas sûr que cette somme soit effectivement utilisée pour régler une ordonnance. »

La disparition de l'étiquette « indigent » permet au village de décider qui doit être aidé cette année. Ainsi, l'aide collective peut tourner. L'adhésion villageoise permet de faire évoluer la perception de la maladie comme un risque individuel pour lequel on n'y peut rien vers la perception du risque financier lié à la prise en charge de la maladie. Le prix à payer pour soigner la maladie est reconnu comme un risque social pour lequel il faut une réponse collective et solidaire. Le partage des risques devient ainsi concret pour la population.

Des réunions entre l'UDAM et les ressortissants de villages habitant à Dakar ont démontré comment une institution professionnalisée et crédible peut générer et canaliser des ressources financières additionnelles pour les villages.

Encadré 7 : Illustration du socle social de solidarité

Tous les répondants individuels (n=35) et ceux de six groupes de discussion (n=72) ont évoqué que le socle social de solidarité préexiste dans les communautés, renforcé par la religion et les coutumes de partage. Cette participation à l'action commune valorise l'individu dans le groupe. Une autorité administrative affirmait que « *Li nga def sa loxo bokul ak li nga xamne deñu ñew défal loko* »²⁵. Cependant, les cercles restreints de solidarité (famille et village) sont plus opérants que les modes de solidarité plus étendus, qui peuvent poser des problèmes de confiance et de crédit.

²⁵ Proverbe Wolof qui signifie : la contribution personnelle est plus valorisante que l'assistance offerte.

L'adhésion villageoise permet des économies d'échelle non négligeables. Une ou deux visites par an suffisent pour distribuer les cartes d'ayant droit, rappeler les échéances, donner les appuis au point focal et collecter en une fois la cotisation d'un grand nombre de personnes. Cela diminue le temps de la mobilisation sociale et de la collecte, le risque de non-recouvrement, le risque de déperdition des assurés.

L'adhésion villageoise permet aux UDAM d'augmenter leurs pertinence et efficacité et leur efficacité (moins d'effort pour plus d'adhérents et diminution de déperdition) dans les zones rurales. Ce ne sont que des entités professionnalisées (comme les UDAM) de l'assurance maladie qui peuvent créer une telle dynamique. La solidarité sociale et le partage des risques deviennent très concrets pour la population. La cohésion villageoise augmente et la décentralisation politique se concrétise. Les maires qui réussissent l'adhésion de leur village jouissent d'une grande visibilité. L'UDAM, avec sa communication professionnelle, aide le maire à médiatiser la réussite. L'approche incite une émulation saine entre les villages qui veulent tous devenir les bons élèves de la couverture maladie universelle.

L'approche d'adhésion villageoise renferme plusieurs avantages potentiels : un avantage d'échelle indéniable, une participation communautaire plus performante avec implication des autorités locales, un pas positif contre la sélection adverse, un autre pas positif vers l'adhésion obligatoire, un potentiel pour une mobilisation de ressources plus importante, une identification et une protection des indigents plus efficaces et plus durables. Pour exploiter ce potentiel au maximum, il faudra probablement :

- institutionnaliser le rôle de la politique locale comme facilitateur-clé dans la dynamique de l'assurance maladie par rapport à la mobilisation sociale et l'adhésion
- institutionnaliser le dialogue entre les UDAM et les autorités locales
- réorienter l'identification et la subvention des indigents pour l'adhésion à l'AMU vers le mécanisme d'adhésion villageoise, plus inclusif et permettant à l'autodétermination villageoise de se manifester
- impliquer les ressortissants - même à l'étranger - afin de générer des ressources financières additionnelles pour l'AMU.

7.7.3 GESTION DE L'INDIGENCE

Avec la politique de gratuité pour certains groupes vulnérables de la population et la subvention de l'assurance maladie, le Sénégal fait un effort important pour protéger les personnes les plus vulnérables dans la société par rapport au risque de maladie. Ces politiques n'ont pas eu toujours le résultat escompté, les personnes vulnérables ne profitant pas toujours des opportunités qui leur sont offertes. Ainsi, le système de gratuité pour les vieux (> 60 ans - le Plan Sésame) a bénéficié beaucoup plus à la couche riche de la société qu'aux personnes véritablement nécessiteuses (32;53).

L'intervention a toujours soutenu que la priorité par rapport à la santé de l'indigent était la prévention à travers une assurance maladie subventionnée. Donner l'accès à l'assurance maladie à un maximum de personnes était considéré comme la stratégie la plus performante à grande échelle, puisqu'elle prévient plutôt que de pallier l'indigence due à la maladie et aux dépenses catastrophiques (22;124;125).

Le projet était toujours conscient que la prévention de l'indigence n'empêche pas l'existence d'une couche de la population, qui se trouve dans une précarité absolue permanente et pour laquelle l'aspect préventif d'une AMU ne fonctionnera pas.

En 2013, le Sénégal a décidé de recourir aux transferts monétaires pour payer une Bourse de sécurité familiale aux chefs de ménages défavorisés et principalement les mères de familles défavorisées. L'octroi de cette bourse est conditionné à des critères de revenus, d'inscription et d'assiduité à l'école des enfants. Le pays a d'abord enrôlé 50 000 familles en 2013 et a étendu ensuite par générations successives jusqu'à atteindre 250 000 familles. L'allocation est de 100 000 FCFA forfaitaire par an par famille répartie en quatre tranches trimestrielles. Fin 2014, l'État a décidé de payer pour ces chefs de ménages et une partie de leur famille nucléaire la cotisation à l'assurance santé de base, soit 7 000 FCFA par personne plus les frais d'inscription et l'équivalent d'un ticket modérateur. Une fois enrôlés dans les mutuelles, ces bénéficiaires des bourses de sécurité familiale ne devaient plus rien payer pour les soins de santé primaires.

Une initiative louable certainement, mais coûteuse parce qu'organisée et gérée de façon centralisée et les fonds ne semblent pas être assurés structurellement (les UDAM n'ont pas reçu les cotisations des deuxième et troisième vagues d'enrôlement des bénéficiaires des bourses familiales dans l'AMU). Les services sociaux des autorités locales ont été impliqués pour la constitution des listes des 250 000 familles « indigentes ». Mais il n'y a pas eu

la mise en place d'un mécanisme de contre-vérification et d'un mécanisme de suivi pour apprécier si la mesure redonne réellement du pouvoir d'achat à ces personnes.

L'approche « adhésion villageoise » est prometteuse par rapport à une gestion de l'indigence (santé) qui est intégrée plus durablement dans la société. Elle devra être poursuivie pour en connaître l'efficacité. La démarche institutionnalisée par les UDAM d'impliquer les autorités locales et de solliciter l'aide financière des ressortissants des villages émigrés vers la capitale ou à l'international semble une piste prometteuse en l'absence évidemment d'un système de taxation progressive plus équitable dans le pays qui permettrait de créer un système de solidarité sociale plus large et plus performant (efficient).

En conclusion, le projet a contribué à la protection sociale des indigents au Sénégal, indirectement, mais aussi directement, et a commencé à intégrer les initiatives de l'État dans les UDAM. Cet effort est loin d'être une réponse adéquate au problème que pose l'indigence dans la société.

Pour que la solidarité sociétale se mette réellement et effectivement en place afin de protéger les plus pauvres dans la communauté, il faudra d'abord que les « autres » se sentent protégés minimalement.

7.8 Les conclusions de cette section

La participation communautaire est une dimension importante pour la création d'un système de santé résilient, c'est-à-dire un système qui sait résister à des fluctuations de la politique nationale ou des crises économiques (13;126;127) qui peuvent perturber assez facilement et profondément une assurance maladie subventionnée.

Le modèle de la PC avec des comités de santé et de gestion autour des formations sanitaires doit être entièrement revu dans le cadre de l'existence d'une AM professionnalisée et du mouvement de décentralisation politique dans presque tous les pays africains en ce moment.

L'hypothèse qu'une AMU professionnalisée était mieux positionnée qu'une mutuelle à base communautaire pour défendre les droits des utilisateurs semble confirmée. Les UDAM défendent les intérêts des patients pour la tarification et les maires s'engagent dans la mobilisation sociale. Le métier de « médecin-conseil » était insuffisamment maîtrisé à la fin du projet pour savoir quelle pourrait être sa contribution réelle dans la défense des droits des patients.

La PC n'est effective que si le fonctionnement de la structure assurantielle

est réellement démocratique. C'est à cela que les UDAM se sont attelées, qu'il s'agisse du mode de recrutement, du mode de prise de décision, du mode de renouvellement des instances ou de la redevabilité de la direction envers la population.

Un équilibre doit être recherché entre la technicité de l'organisation d'un système de santé, que ce soit l'offre (les services de santé) ou la demande (l'AMU), la transparence et la PC comme facteur de contre-pouvoir et ainsi de stabilité du système.

La création des UDAM, et l'AMU plus généralement, au Sénégal offre une nouvelle opportunité de se pencher sur la question de la PC, de l'approfondir et de la professionnaliser. Les fonctions du médecin-conseil, les UDAM et leur CA, et la politique de décentralisation créent des structures plus robustes qui faciliteront une PC plus performante, bien que plus complexe aussi. Ainsi, les acteurs de la PC pourront passer d'assistants de gestion, y compris financière, des structures de soins à contrôleurs communautaires de la gestion de ces structures de soins.

La mobilisation de la population à une échelle villageoise a été vécue par l'UDAM comme une approche adaptée à la réalité socioculturelle dans les zones rurales. Cette expérience mérite également d'être poursuivie à plus long terme pour mieux comprendre encore son potentiel dans le cadre de la gestion de l'adhésion et de plus d'équité dans le système à travers la solidarité villageoise.

8. *Gouvernance : le facteur déterminant ultime*

L'assurance maladie entre demandeur et promoteur de la gouvernance

Bossyns Paul (Coordinateur Santé, Coopération belge, Enabel),
Ladrière Fabienne (Resp. internationale Projet, Coopération belge,
Enabel), Ridde Valéry (Prof. Santé publique, Université de Montréal),
Van Belle Sara (politologue, IMT Anvers)

8.1 *Gouvernance : une brève définition*

Il n'existe pas de définition uniforme et universellement acceptée dans la littérature concernant « la gouvernance » dans un système complexe. Pour cet ouvrage, la gouvernance est définie comme l'ensemble des règles et normes sociales, explicites et formelles, implicites et informelles (culturelles, y compris sur le plan institutionnel et organisationnel) qui déterminent comment les institutions et les parties prenantes dans le système se comportent ou interagissent entre elles. Comme la définition l'indique, il s'agit d'une multitude de règles qui sont parfois émergentes et qui, de plus, peuvent changer au cours du temps. Quelqu'un qui adhère à une politique ou un changement peut devenir un ennemi du nouveau système en peu de temps. Une opinion rationnelle peut être remplacée par un raisonnement de défense de la famille par exemple et différentes opinions contradictoires peuvent même coexister chez un seul individu. Il s'agit donc d'un jeu de relations complexes qui donnent lieu à un ordre social (128-130).

Chaque institution ou regroupement de personnes renferme encore une multitude d'individus qui interviennent éventuellement à titre personnel plutôt que comme représentants de l'opinion institutionnelle. En sciences sociales, on parle d'« agency », des institutions ou individus qui peuvent influencer le système chacun ou chacune avec un agenda et des points d'intérêts donnés, mais surtout changeants (14). Pour l'UE, la gouvernance définit la capacité d'un État à servir ses citoyens (131). Elle se positionne ainsi à un niveau d'analyse macroscopique et évoque le rôle crucial de l'État dans le développement (132).

Les relations entre les parties prenantes d'un système de santé (ou autre

système social) sont en grande partie déterminées par la culture, les normes et règles, le degré de corruption, les financements et la comptabilité, le climat social et politique, les supervisions et relations hiérarchiques, la crédibilité du système aux yeux des utilisateurs (potentiels), la redevabilité du système, etc. (133;134).

La gouvernance est donc une qualité de chaque système humain et social complexe qui détermine en grande partie la performance du système et le succès de toute intervention. La « bonne » gouvernance fait allusion à des pratiques qui soutiennent un système donné pour une bonne performance, pour le bien de tout le monde, à une gouvernance qui crée par exemple la transparence et qui permet aux parties prenantes de faire des choix en faveur d'un système performant. Les exemples sont une comptabilité transparente et bien tenue, des instructions claires et sans ambiguïté qui permettent aux acteurs de s'y conformer sans trop de problèmes, une balance entre pouvoirs et contre-pouvoirs et une réduction maximale de l'impunité pour permettre de corriger les mauvaises pratiques.

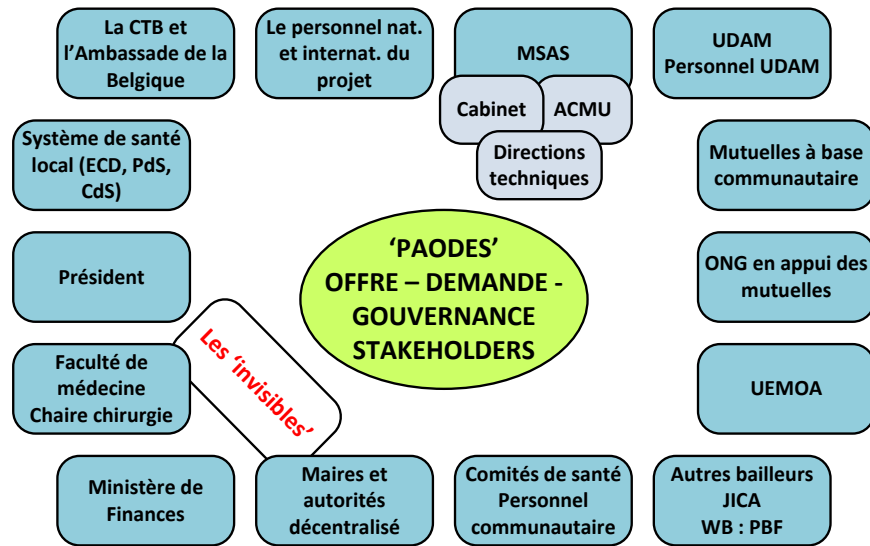
Comme pour toute intervention avec de grandes ambitions, qui rentre dans un processus de réforme profonde d'un système social, le PAODES a dû tenir compte d'une multitude d'acteurs : les Directions de la santé au sein du MSAS, le projet DECAM, les ECD, les prestataires, le personnel et les experts du projet, la Représentation de la CTB, l'Ambassade de Belgique, les autres bailleurs et organismes de développement, la population, les patients, les personnes assurées, non assurées, les autorités des communes, les maires, etc.

Ainsi, l'intervention PAODES a dû s'investir autant dans les aspects de gouvernance du système, le contexte de l'intervention, que dans les résultats concrets qu'elle voulait obtenir. En d'autres mots, l'intervention a dû comprendre et interagir avec une multitude de réactions de la part du système global pour mener le pilotage au mieux. Il s'agit, en résumé, d'une approche systémique.

8.2 Une analyse des parties prenantes ou d'économie politique

Toute intervention dans un système humain complexe touche à plusieurs parties prenantes, qui, comme discuté plus haut, ont des agendas souvent différents, conflictuels (ou synergétiques) et évolutifs, changeants.

Figure 25 : Les différentes parties prenantes concernant l'intervention PAODES



La Figure 25 évoque les différentes parties prenantes (PP) qui ont joué un rôle important pendant le pilotage mené par l'intervention. Cette liste montre immédiatement le grand nombre de PP, et elle n'est pas exhaustive. Avoir une liste des PP est insuffisant pour parler d'une analyse. Les principales PP (institutions impliquées) et leurs rôles dans le processus de pilotage sont décrits dans les paragraphes suivants.

8.2.1 LE MINISTERE DE LA SANTE (MSAS)

Le Ministère de la Santé et des Affaires sociales a de toute évidence joué un rôle crucial dans la mise en œuvre de ce projet de pilotage. Le mot « MSAS » couvre beaucoup d'individus et une décision ministérielle n'est pas forcément une décision à laquelle tous les membres de l'institution adhèrent. Une décision institutionnelle peut effectivement cacher une grande diversité d'agendas opposés. À l'intérieur du MSAS, on peut déjà faire la distinction entre les directions classiques techniques, le cabinet et l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (l'ACMU) qui, au moment de la conception de l'intervention, n'existait pas sous la forme qu'a connue le projet pendant son exécution.

Le MSAS, qui était responsable de l'intervention, a pleinement participé

à la conception du projet et a signé une convention avec la Belgique. Le dossier initial prévoyait le pilotage d'une expérience de mise en œuvre d'une assurance maladie universelle à grande échelle (voir aussi chapitres 2 et 5). Les directions techniques du MSAS ont été perçues par l'intervention essentiellement comme des partenaires positifs vis-à-vis de la vision et du fait de piloter une expérience, mais aussi comme peu compétentes dans la matière pour participer activement et de façon critique dans les débats nationaux. La Ministre en personne a clairement défendu le principe de pilotage d'une expérience, au moment même où elle était déjà perçue comme en opposition (partielle) à la vision nationale officielle. Elle avait bien compris que le pilotage d'une vision argumentée ne pouvait qu'enrichir le débat et la vision imparfaite ou incomplète nationale par rapport à une assurance maladie universelle (AMU).

Le cabinet du MSAS s'est montré, pendant toute la période des cinq ans du projet, constructif dans les débats et était à plusieurs occasions prêt à remettre en cause certains principes dans la politique nationale concernant l'approche AMU. Plusieurs chefs de cabinet, en poste durant la période du projet, avaient des compétences techniques spécifiques sur l'AMU. Une certaine ambiguïté s'installait évidemment quand les aspects technico-scientifiques interféraient avec la politique officielle défendue par l'ACMU, constamment sous pression politique importante.

Au démarrage du projet, le point d'ancrage de son volet « demande » était la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) rattachée au cabinet du MSAS. Fin 2012, ses attributions ont été réparties entre quatre structures : (i) la Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle (CACMU), toujours rattachée au cabinet du MSAS, qui récupérait la mission de la gestion de la micro-assurance de la CAFSP maintenant dessoudée, (ii) la Division du Système d'Information Sanitaire et sociale (DSISS) de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) qui récupérait les Comptes Nationaux de la Santé (CNS), (iii) la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) qui récupérait la décentralisation et la contractualisation, et enfin (iv) la Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSN) qui ne coordonnait plus la CMU, mais seulement l'identification des bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale devant être inscrits dans les mutuelles. Dès lors, le volet « demande » du PAODES était ancré à la CACMU. En janvier 2015, le Président de la République signe un décret créant l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (sigle officiel :

«la CMU», mais abrégée dans ce document par ACMU). Cette agence est une personne morale de droit public dotée d'une autonomie financière, sous la tutelle technique du Ministre en charge de la santé et la tutelle financière du Ministre en charge des finances.

Les structures successives (CAFSP, CACMU, ACMU) en charge de la CMU étaient le partenaire principal du projet tout au long de son exécution en ce qui concerne le volet de la demande. Elles avaient comme mandat d'appliquer une politique d'AMU officielle et vivaient une grande pression de la part du Président d'atteindre, fin 2017, 75 % de couverture de la population par un mécanisme de protection sociale en santé (quel qu'il soit), objectif que le Président avait préconisé lors de sa campagne électorale. L'impossibilité technique d'atteindre cet objectif en si peu de temps, et la quasi-obsession de vouloir exécuter une politique nationale au plus vite, a fait que ces structures étaient très réticentes à piloter des approches alternatives et à apprendre des expériences, qui à leurs yeux prenaient trop de temps. Une institution apprenante a besoin de temps et le temps ne leur était pas donné en raison de l'agenda politique du Président et de l'extrême redevabilité des fonctionnaires de ces structures au Président.

En se succédant, les structures en charge de la CMU ont repris le personnel de départ dont beaucoup de personnes avec une expérience précédente importante en mutuelles à base communautaire.

Les cadres de l'ACMU ont, dès sa création, considéré le projet et les UDAM comme non conformes pour eux. Ils ne maîtrisaient pas les concepts et un pilotage leur semblait une perte de temps et, en plus, un signe de non-confiance, voire à la limite, d'insurrection vis-à-vis de leur politique nationale. Le fait que le projet était principalement ancré au niveau du MSAS et que le projet avait été approuvé par le MSAS, et non pas par l'ACMU, était un autre aspect vécu plutôt négativement par cette dernière. Malgré le fait que certains individus, plus vers la fin qu'au début, aient été favorables quand même à la vision du projet et qu'ils aient reconnu les faiblesses de la politique nationale, le dialogue avec l'ACMU est resté problématique durant toute la durée du projet.

Les conséquences pour l'apprentissage ont été importantes. En même temps, il ne s'agit pas d'une situation exceptionnelle. L'apprentissage politique est difficile dans toute société. Une certaine tension entre le monde politique, qui vise la simplicité et le court-terme, et le monde scientifique qui prétend un certain degré d'objectivité et donc de neutralité (135) est probablement inévitable et la recherche de l'évidence par la politique,

assurément à travers une expérience de coopération au développement, n'est pas évidente non plus (136).

8.2.2 LE PRESIDENT DE LA NATION

Le rôle du Président de la République sénégalaise a été crucial pour le projet. D'abord, il y avait un appui fort du gouvernement pour l'AMU, qui se traduisait effectivement par des budgets d'appui significatifs. Les subsides promis par l'État étaient honorés, malgré des problèmes opérationnels qui se traduisaient en paiements tardifs. L'engagement politique a été crucial dans d'autres contextes pour la réussite d'une assurance maladie universelle (44).

En même temps, le Président a joué un rôle plus problématique pour le projet vu son agenda politique à court terme qui créait un stress important dans le Ministère et particulièrement dans l'ACMU. Traduire des slogans ambitieux à court terme en résultats positifs n'est pas évident dans une matière aussi complexe que l'AMU.

La réaction de l'ACMU, confrontée à cette situation, était défensive. Sachant qu'avec les mutuelles à base communautaire, on ne peut pas atteindre 75 % de protection pour la population et certainement pas à court terme, l'ACMU se concentrait sur l'indicateur « nombre de mutuelles ». La politique voulait une mutuelle par commune et l'ACMU a ainsi créé partout des mutuelles, relativement virtuelles. Une deuxième manière d'avancer vite pour couvrir 75 % de la population était les politiques de gratuité et les « bourses familiales ». L'ACMU promouvait la gratuité pour les personnes âgées, pour les femmes enceintes et pour les enfants de moins cinq ans, et considérait que rien que par l'existence de cette politique, cette population ciblée était effectivement couverte. Il n'y avait pas de préoccupation par rapport à l'offre effective, par rapport à l'utilisation réelle et par rapport à la qualité des soins, voire la disponibilité des médicaments, par exemple. Puisque les ruptures de stock de médicaments étaient importantes partout dans le pays, la gratuité ne considérait pas le remboursement des médicaments en dehors des structures étatiques. En plus, les factures dans le cadre des gratuités n'étaient pas honorées à temps et les formations sanitaires avaient des problèmes de liquidité, ce qui aggravait la disponibilité des médicaments et la motivation des formations sanitaires d'appliquer la politique correctement.

8.2.3 LE MINISTÈRE DES FINANCES

Le Ministère des Finances n'intervenait qu'indirectement dans la situation. Son rôle était néanmoins tout sauf marginal. Les politiques de gratuité sans mesures claires et les subsides publics à des mutuelles de santé, avec un statut privé et sans redevabilité bien structurée par rapport à la gestion financière, ont fait du Ministère des Finances un partenaire plutôt réticent. Ce phénomène semble être confirmé internationalement (137;138). Du point de vue de la gestion financière publique, ces initiatives des Ministères de la Santé ne sont pas trop appréciées par les Ministères des Finances. Sans implication étroite et une forte coordination avec le Ministère des Finances, augmenter des fonds nationaux supplémentaires n'aboutira pas (137).

Ce problème fondamental était un des arguments dans la proposition initiale du projet pour piloter une AMU publique plutôt qu'avec un statut privé. Les risques, perçus par l'ACMU et le Ministère des Finances, liés à la gestion de fonds publics importants aux mutuelles à BC a même poussé l'ACMU à considérer que les cotisations de la population devaient suffire pour financer les soins au niveau des postes et centres de santé, et que les subventions de l'État (> 50 % de l'AM) devaient servir pour subventionner (plutôt directement) le niveau hôpital régional et au-delà.

Personne ne sait actuellement comment le Ministère des Finances acceptera dans le futur de subventionner encore des structures privées (MBC) qui ont à peine une comptabilité et qui ne répondent pas forcément aux critères de bonne gestion de fonds publics.

8.2.4 LES UDAM ET LEUR PERSONNEL

Le personnel des UDAM était, de toute évidence, en faveur du pilotage par le projet. Leur raison d'être et leur salaire dépendaient du succès du pilotage. Mais, de par leur professionnalisme, ce personnel national était rapidement devenu un moteur et un témoin important du potentiel des UDAM et donc du concept innovateur qui se cachait derrière celles-ci. Il a joué un rôle important par rapport à la motivation des leaders d'opinion, les maires, et il a résisté aux réflexes plutôt négatifs de l'ACMU. Sa motivation et ses compétences dans la matière ont progressé remarquablement durant la période du projet, grâce à l'encadrement et la formation continue, mais aussi grâce aux résultats prometteurs et aux indicateurs qui progressaient favorablement.

Le potentiel de contrepouvoir aux services de santé a été abordé dans le chapitre 8. Ce contrepouvoir, renforcé par les leaders communaux et les

maires, est un facteur crucial qui influencera de plus en plus les relations entre les utilisateurs et les prestataires. Au-delà de l'accessibilité financière, une assurance maladie s'adresse aussi à la toute-puissance de l'offre de soins qui existe dans beaucoup de pays. Un système de tiers payant qui contrôle la qualité des prestations est un facteur important dans la régulation du secteur.

La combinaison UDAM et leaders locaux a été cruciale dans le débat sur le potentiel de pérennisation de l'initiative. Il semblait y avoir une alliance forte autour de valeurs et démarches partagées, même si le rationnel sous-jacent était d'origine différente. Jusqu'à l'atelier de capitalisation, deux mois avant la fin du projet, les multiples contradictions au niveau central entre l'ACMU et le reste du Ministère donnaient peu d'espoir par rapport à une simple pérennisation des acquis. Mais le partage des résultats des UDAM obtenus en moins de deux ans a finalement fait renaître l'intérêt pour certains principes du modèle qui ont été reconnus et adoptés par le système national.

8.2.5 L'ASSISTANCE TECHNIQUE NATIONALE ET INTERNATIONALE DE L'INTERVENTION

La position du personnel national et international engagé par le projet était semblable à celle du personnel des UDAM. Ils ont été moins moteur du changement direct que le personnel de l'UDAM, puisque définis par les acteurs nationaux comme externes au processus (personnel projet, par définition temporaire et défendant la vision de l'intervention). De par leur appui aux UDAM avec un encadrement continu de ce personnel, ils ont joué un rôle crucial pour la crédibilité de ces derniers. L'assistance technique a, plus que le personnel des UDAM, appuyé le MSAS et l'ACMU à travers un débat critique et le développement d'une vision.

8.2.6 LE SYSTEME LOCAL DE SANTE

Le système local de santé n'était pas du tout préparé pour absorber une nouvelle approche de financement des soins, qu'il s'agisse du système assurantiel sénégalais officiel ou de l'AM telle que pilotée par l'intervention. Dans les deux cas, cela posait un problème opérationnel puisque les districts sanitaires n'avaient pas de système comptable digne de ce nom et géraient les fonds disponibles de façon « ad hoc » et non transparente. C'est surtout quand de grosses sommes entrent dans le système que le besoin d'une gestion efficace et transparente s'impose, mais se heurte aux habitudes et aux intérêts de ceux qui ont géré le système durant des décennies.

Le projet a investi significativement dans la qualité de l'offre (voir chapitre 6), y compris l'élargissement de la gamme de soins offerte au niveau des centres de santé, mais aussi dans la gestion financière. Le financement supplémentaire qui entrait dans les districts sanitaires représentait entre 500 et 600 millions de FCFA par an durant cinq ans, principalement sous forme d'investissements en équipement médical et de formation du personnel. De plus, avec un taux de pénétration de personnes assurées en augmentation, les moyens financiers ne peuvent que progresser.

Le gouvernement sénégalais a peu investi pour rendre les services et le système de santé en général plus performants pour la gestion et la transparence. Il a ainsi ignoré que le système ne peut devenir plus performant en le coiffant avec un nouveau chapeau, mais sans s'attaquer aux problèmes structurels à l'intérieur du système. Le projet, par contre, a essayé de s'attaquer au système dans sa globalité, en témoignent les chapitres 4 sur la tarification, 6 sur l'offre de soins et 7 sur la participation communautaire. Sans soutien fort de la part des autorités nationales, il sera difficile pour ces mesures et innovations d'être pérennes, bien qu'il faille noter que les acteurs locaux étaient souvent favorables à plus de transparence et à un système de gestion plus rationnel, tant que leurs acquis (profits financiers antérieurs remplacés par de nouvelles sources de financement) n'étaient pas remis en cause.

8.2.7 LES AUTORITES LOCALES

Les autorités locales, les maires, les chefs de village et les leaders d'opinion (imams) sont devenus assez tôt des alliés dans le processus. Pour les UDAM, leur engagement a été spontané et même proactif. Ils avaient bien compris l'intérêt collectif des UDAM et donc leur potentiel technique, mais probablement aussi la visibilité politique que les UDAM offraient à un niveau plus macro que les mutuelles à base communautaire. La pérennisation des expériences dépendra largement de leur engagement continu.

8.2.8 LES AUTRES BAILLEURS ET LEURS ORGANES D'EXECUTION

Il n'est pas toujours facile de distinguer la position du bailleur de celle de son agence d'exécution. Dans les paragraphes suivants, le mot « bailleur » couvre le bailleur et son (ses) agence(s) d'exécution.

Le bailleur principal au Sénégal par rapport à l'AM était USAID. Des cadres importants de l'ACMU avaient travaillé pour USAID et étaient portés

à transférer au Ministère les approches développées par le bailleur. C'est ainsi que le projet de 200 millions \$ financé par USAID a été repris comme la politique nationale de l'ACMU. Ce projet était mis en œuvre à travers des organes d'exécution nationaux et ne s'investissait pas dans une approche systémique pour pallier simultanément les contraintes structurelles du système existant. Ainsi, toute responsabilité de tirer des enseignements à partir des expériences était laissée aux cadres nationaux.

Le PAODES n'est jamais réellement parvenu à un dialogue en profondeur sur les options et valeurs sous-jacentes avec USAID (comme bailleur), ce qui a causé des problèmes de compréhension et donc des retards dans l'exécution et la qualité de l'apprentissage. Les cadres d'exécution nationaux se positionnaient derrière une politique dite nationale dont ils comprenaient sûrement les limites, mais à laquelle ils n'osaient pas s'opposer ouvertement. Combiné avec la familiarité de beaucoup de ces cadres avec les mutuelles à base communautaire uniquement et un agenda personnel, ce phénomène a paralysé un dialogue politique constructif et n'a donc pas permis de faire beaucoup de progrès à ce niveau. Ceci constitue probablement la contrainte la plus importante du PAODES.

Néanmoins, bien que parfois tendu, ce dialogue est toujours resté constructif.

La Banque Mondiale, parallèlement au système d'AM dans le pays, a introduit un système de « Financement basé sur les résultats/performances – FBR/P » dans les districts déjà appuyés par l'intervention PAODES. L'effet pervers immédiat a été le double monitoring de la performance (par le système RBF et par l'UDAM/l'intervention). Ceci a causé un certain degré de confusion, de détournement d'attention des ECD vers d'autres sources financières et le risque de double financement. Vu les budgets restreints du projet PBF, l'influence n'a été finalement que marginale, mais la pensée isolée des bailleurs et la vision peu systémique sont malheureusement de nouveau illustrées.

JICA avec son intervention sur les « 5S » a, par contre, été congruent. Son action par rapport à une meilleure gestion et hygiène locale a été adaptée au renforcement de l'offre et à la transparence du système.

8.2.9 LA FACULTE DE MEDECINE

La faculté de médecine a joué un rôle plutôt néfaste pour l'avancement du projet.

La faculté de médecine, et surtout la chaire de chirurgie, s'est longtemps

opposée à la dévolution de certains actes médicaux spécialisés vers les médecins généralistes opérant dans les districts. La discussion était occultée par le refus absolu d'expérimenter cette option, alors que l'alternative de mettre des médecins spécialistes (chirurgiens) dans les districts de santé au plus près de la population rurale n'a jamais été une option réaliste dans le pays.

La faculté a divisé l'opinion au niveau du MSAS, qui en partie suivait cette logique, mais qui paralysait aussi un Ministère qui voulait bien mener l'expérience.

8.2.10 LES MUTUELLES A BASE COMMUNAUTAIRE (MBC) EXISTANTES

Il existait quelques MBC dans les districts pilotes de l'intervention. L'hypothèse initiale prévoyait une résistance importante de ces mutuelles contre la création des UDAM, qui rendraient leur existence, au moins en partie, obsolète.

Contrairement à cette attente, les MBC existantes ont semblé plutôt soulagées par la nouvelle situation où elles pouvaient se décharger de la gestion des remboursements et des cotisations pour se concentrer plutôt sur la mobilisation sociale dans leur communauté. Le fait d'appartenir à une structure plus robuste, professionnelle et en relation avec les décideurs locaux a semblé être un facteur rassurant pour elles.

« Transvie » est une mutuelle sociale de santé pour les transporteurs, dont la création a été appuyée par le BIT. Elle couvre plus de 50 000 assurés. Elle a eu une influence positive sur les UDAM qui y ont observé la gestion professionnalisée avec des outils de gestion informatisés et une politique de communication professionnelle. Malgré les bonnes relations entre « Transvie » et les UDAM, ces dernières n'ont pas trouvé auprès de « Transvie » l'allié pour envisager la création d'une seule AMU, pour discuter de la TF et du paquet de base à assurer pour tous les Sénégalais. Pourtant, « Transvie » était une mutuelle qui avait le potentiel d'être un allié important par rapport à cette problématique : elle travaillait à grande échelle et était professionnalisée, et la contractualisation lui posait les mêmes problèmes de faible gestion et d'une diversité de tarification, comme pour les UDAM.

8.2.11 LES ONG D'APPUI AUX MBC

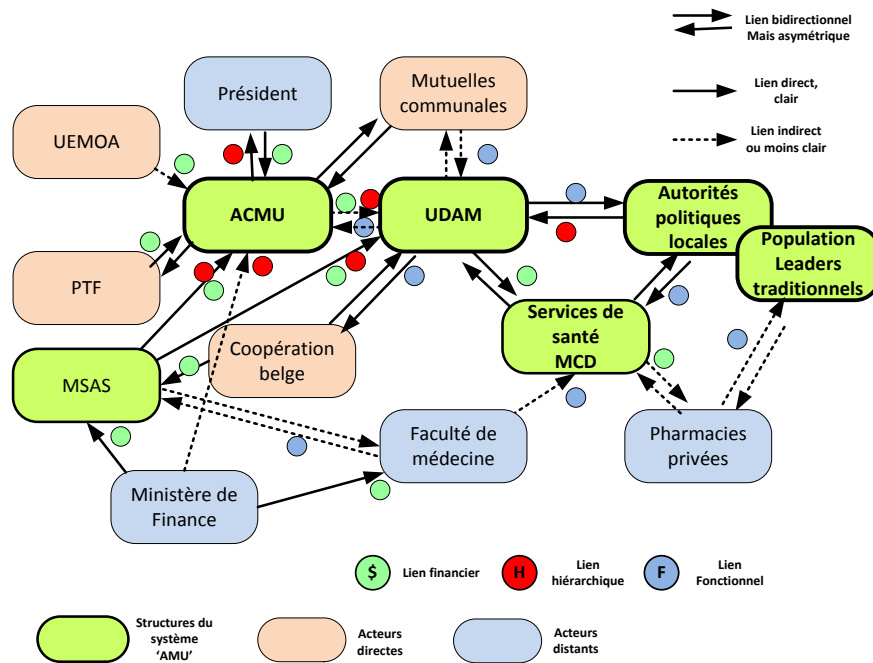
Certaines ONG se sont opposées au modèle proposé par le PAODES. Elles y voyaient probablement une menace par rapport à leur expertise spécifique. Elles n'ont finalement pas influencé le processus.

8.2.12 L'UEMOA

L'UEMOA est une partie prenante souvent invisible et indirecte, mais avec une influence extrêmement importante sur le processus de mise en pratique d'une assurance. Son influence sur la politique, mais aussi sur l'opérationnalisation de l'AM, a déjà été évoquée aux points 2.4 et 3.3.

8.2.13 RESUME DE L'ANALYSE « ECONOMIE POLITIQUE »

Figure 26 : Schéma des relations entre les différentes parties prenantes du système



La Figure 26 schématise les principales parties prenantes du système de santé au Sénégal dans cette étude. Le schéma évoque la notion de « lien » qui est une relation institutionnelle ou organisationnelle entre structures, parfois des personnes, mais faisant abstraction de la relation humaine. Les relations ont été subdivisées en trois types : le lien financier, le lien fonctionnel et le lien hiérarchique. Bien que la différence ne soit pas toujours claire, il est important de comprendre qu'une relation peut être d'ordre financier, par exemple, et que ce lien est très déterminant, plus probablement qu'un lien purement fonctionnel (humain). Une relation hiérarchique signifie une autre

qualité qu'une relation purement fonctionnelle, voire collégiale ou encore familiale.

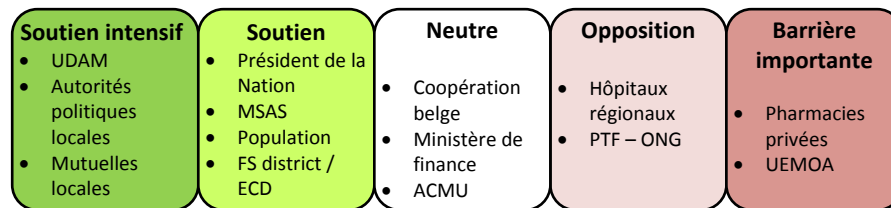
En outre, les relations peuvent être bidirectionnelles, directes ou indirectes. Il est important de saisir que les relations, qui vont dans les deux directions, ne sont pas symétriques comme les flèches pourraient le suggérer. Les relations ont le plus souvent des intensités et qualités différentes. Souvent, le lien est direct et clair pour les parties prenantes (lignes noires), mais de temps en temps, il est plutôt flou, indirect ou mitigé à tel point que le sens de la relation n'est plus clair. Évidemment, la réalité est encore plus complexe que ce que le schéma peut évoquer.

Le schéma n'évoque inévitablement pas les relations culturelles, familiales, politiques ou religieuses qui pourraient très bien exister entre différents individus. Il ne peut donc pas servir pour comprendre la dynamique humaine dans le projet. Par contre, pour bien gérer une intervention telle que le PAODES, il est important de considérer les différentes parties prenantes et de comprendre que ces liens ne sont pas toujours simplement des relations humaines amicales ou collégiales. Beaucoup plus importants sont les liens de pouvoir et financiers, parce qu'ils provoquent des redevabilités qui peuvent conduire à des décisions apparemment inconsistantes, en apparence illogiques ou surprenantes.

Une autre manière d'analyser les acteurs est de les classer selon le soutien que le pilotage a reçu²⁶. La Figure 27 positionne les différents acteurs selon leur degré de soutien durant la vie du projet. Mais ici aussi, le danger est de généraliser, d'avoir une vision englobante et non nuancée des acteurs individuels au sein de ces groupes ou de sous-estimer la complexité des relations. L'ACMU par exemple a été tantôt un allié, tantôt un opposant dans le processus. Certains membres de l'ACMU étaient contre le pilotage en soi, parce qu'ils étaient plutôt convaincus qu'il s'agissait d'une opposition à une politique nationale à laquelle il ne fallait pas toucher. D'autres étaient en opposition, parce que cela leur semblait un chemin trop long pour atteindre les objectifs du Président de la Nation. Il serait donc utile de proposer la Figure 27 à différentes étapes du projet pour comprendre l'évolution des positions des acteurs.

²⁶ <http://www.polimap.com/tour3positions.html>

Figure 27 : Classification de différents acteurs selon le degré de soutien au processus



Certains acteurs, par exemple l’UEMOA, n’étaient, de toute évidence, même pas conscients qu’ils étaient en opposition de l’intervention. Néanmoins, sa position prescriptive et plutôt dogmatique rendait une approche innovante problématique.

8.3 État des lieux par rapport à la gouvernance du secteur de la santé au Sénégal

Le système de santé local au Sénégal est caractérisé par une grande latitude et liberté d’interprétation des règles et normes. Les centres et postes de santé semblent relativement sous-financés et la gestion du système se fait comme chaque responsable de structure pense que cela doit être fait, basé sur le bon sens et la bonne volonté de chacun. « Semblent », parce que les données sur leur viabilité ont été difficiles à retracer dans le cadre de cet ouvrage (voir plus loin).

La « bonne gouvernance » est cruciale pour toute organisation qui se veut efficace et efficiente. Le système de santé au Sénégal, au niveau des districts sanitaires (l’équipe-cadre de district, les centres et les postes de santé), était et, en grande partie, est toujours caractérisé par une faible gouvernance. Concernant la gestion financière en particulier, il lui manque à la fois la vision (p. ex., les districts sanitaires mériteraient de devenir une entité juridique, ce qui faciliterait la mobilisation des budgets et les décisions locales), la division des responsabilités financières, combinée avec un véritable système de comptabilité, et finalement les outils et les procédures de contrôle qui permettent à une organisation de développer un système de gestion efficient, efficace et transparent.

Une étude a été menée au niveau de cinq postes de santé et du centre de santé de Kounghoul, pour établir un bilan de la qualité de la gestion

financière. Bien que sélectionnés par convenance, il n'y a pas de raison que ces formations sanitaires soient significativement différentes des autres FS dans le pays, par rapport aux procédures de gestion. La présence du projet aurait plutôt une influence positive par rapport à la gestion, parce qu'il a formulé des recommandations pour renforcer la comptabilité et la gestion des médicaments, deux aspects sensibles de la gestion financière. Les observations empiriques dans ces formations sanitaires peuvent être résumées comme suit :

- La gestion financière au niveau des PS se résume à un journal « bilan mensuel des recettes et dépenses ». Ce sont les journaux de chaque poste de santé qui ont servi pour l'analyse.
- Les documents sont des registres à feuilles « autocarbonées ». L'original est envoyé à l'ECD. La partie qui reste au poste de santé, celle qui a été consultée, est parfois peu lisible.
- Des documents mal archivés n'ont pu être retrouvés et des données ont dû être reconstituées par des moyennes sur les périodes encadrant les périodes sans données. À la passation de services entre responsable du poste ou entre deux mandats de CoSa, des documents disparaissent ; des données qui concernent la structure peuvent être gardées au domicile de membres du CoSa. Certains ont quitté le comité en emportant avec eux les archives du poste. L'ensemble des originaux n'a pu être retrouvé au niveau des archives du district.
- Les supervisions des postes de santé par le district ne concernent généralement pas les données financières, car, en quatre ans, peu d'initiatives d'amélioration ont été notées dans la complétude des données.
- Les responsables des postes de santé comptabilisent les mouvements qui sont passés par eux, mais les dépenses qui sont connues du trésorier du CoSa ne sont pas intégralement reprises dans les rapports financiers du PS. L'étude a pu reconstituer certaines dépenses à partir d'informations détenues par des membres des CoSa, mais non dans le document de rapport financier ad hoc.
- La meilleure situation de caisse a été trouvée dans un PS dont le secrétaire du comité de santé tenait un cahier d'écolier où presque toutes les recettes et dépenses avec leur libellé étaient inscrites.

- Des documents cruciaux manquent dans la plupart des postes. Les journaux (carnets) de caisse n'existent pas, les pièces justificatives pour quasi toutes les dépenses manquent ; des supports non officiels sont utilisés pour enregistrer les données à la place de ceux qui sont recommandés ; certains documents comptables contiennent des ratures, ce qui est tout à fait contraire aux principes de transparence édictés par la comptabilité ; certains PS rapportent la donnée « solde antérieur », mais, après encodage des données en Excel, des erreurs de calcul sont apparues. Souvent, il est pratiquement impossible de comprendre où se trouvent physiquement ces soldes : chez le trésorier, dans la caisse du vendeur de tickets, auprès de l'ICP, à la banque ?
- Le canevas de rapport financier est loin de permettre une comptabilité analytique. Les rubriques « dépenses exceptionnelles » et « autres dépenses » sont utilisées pour y placer indifféremment des dépenses liées à des campagnes de masse sans préciser la nature des dépenses, des installations d'autorités locales, des dépenses pour des fêtes religieuses, des dépenses pour le programme élargi de vaccination, le travail du personnel d'appoint, des soutiens sociaux, parfois les primes du personnel étatique ou autres.
- Les donations, y compris des dons de médicaments, ne sont pas inscrites dans les recettes. Les donations des PTF sont faites contre un bordereau de réception, mais la valeur des investissements n'est pas enregistrée dans la comptabilité.
- Même après des propositions de changement par l'intervention, les ressources provenant du remboursement du programme de gratuité pour les enfants de 0 à 5 ans et de l'UDAM ne sont pas systématiquement reprises dans les rapports mensuels par tous les PS à l'étude.

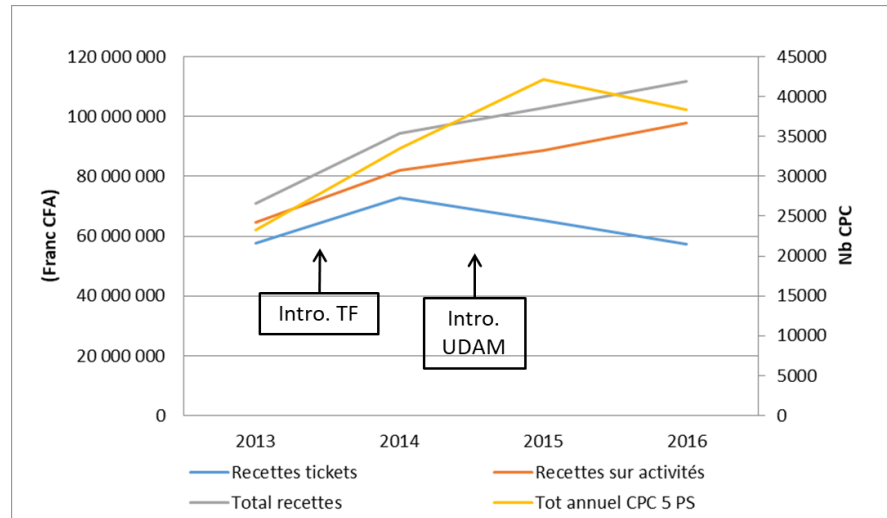
Il était ainsi très difficile d'estimer l'évolution des recettes et la viabilité financière des formations sanitaires à l'étude.

Pour l'analyse des données financières, les recettes tickets, les recettes liées aux remboursements des mutuelles de santé et de la gratuité des enfants de moins de cinq ans, les fonds de dotation (FDD) provenant des collectivités locales et le Financement basé sur les résultats (FBR) ont été agrégés pas à pas (voir Graphique 17) et mis en balance par rapport au nombre de consultations primaires curatives (CPC), axe droit dans le Graphique 17.

Les « recettes tickets » représentent les recettes réalisées sur la vente des

tickets, payés par les utilisateurs. Elles constituent bien souvent le seul argent dont peut disposer le PS pour faire ses dépenses. Ce sont pratiquement les seules recettes qui sont reprises dans les rapports financiers mensuels des PS. Ces recettes baissent parce que les patients assurés paient moins de leur poche.

Graphique 17 : Évolution des recettes et du nombre de CPC dans les PS à l'étude



Les «recettes sur activités» représentent les recettes tickets additionnées aux recettes liées aux remboursements des mutuelles et de la gratuité des enfants de moins de 5 ans (tiers payant). Les financements provenant du remboursement des consultations d'enfants de moins de 5 ans ont eu un impact sur les dépenses, car certains montants dus ont été remboursés en nature sous forme de médicaments.

Enfin, les «recettes totales», au niveau des PS, représentent les deux rubriques sources citées ci-dessus auxquelles s'ajoutent les FDD et le FBR. Si l'on tient compte de tous les financements dont bénéficient les PS, la situation des recettes s'améliore, et ce malgré une légère baisse du nombre de CPC en 2016 (Tot. annuel CPC 5 PS - Graphique 17).

De ce graphique, on peut déduire que la viabilité des postes de santé augmente, tandis que les paiements directs par les utilisateurs diminuent significativement. La différence grandissante entre les « recettes tickets » et les

« recettes sur activités » reflète une amélioration de la protection sociale grâce à l'AM et les régimes de gratuité.

Le solde annuel estimé en ne travaillant que sur les recettes inscrites dans les rapports financiers mensuels des PS (Tableau 14) est négatif en 2015 et 2016, ce qui est théoriquement impossible, car on ne peut dépenser que ce que l'on a. Ces soldes négatifs s'expliquent par des dépenses qui sont réalisées à partir de recettes qui n'ont pas été comptabilisées formellement. Cette faiblesse plaide en faveur d'une défragmentation des financements et d'un enregistrement exhaustif des données comptables et financières des PS. Une bonne tenue des journaux de banque et de caisse permettrait une plus grande traçabilité des flux financiers.

Tableau 14 : Soldes calculés sur la base des recettes tickets

TOTAL 5 Postes de santé	2013	2014	2015	2016
Recettes tickets (FCFA)	57.642.557	77.756.963	65.289.969	57.224.113
Total dépenses (FCFA)	46.715.270	69.186.184	75.123.460	61.391.755
Soldes sur recettes tickets (FCFA)	10.927.287	8.570.780	-9 833 491	-4 167 642

En tenant compte de toutes les recettes, les soldes deviennent nettement positifs (Tableau 15). C'est ce qui explique que certains PS ont pu faire des investissements (construction) dont les dépenses ne sont malheureusement pas reprises dans les rapports financiers. Il faut noter ici que ces recettes sont gérées en liquide. Elles ne sont presque jamais versées dans un compte en banque, qui sert plutôt pour des financements versés par des programmes ou des bailleurs externes. L'argent sur les comptes bancaires sert plutôt à financer les salaires, les primes et une partie du fonctionnement.

Tableau 15 : Soldes calculés sur la base de toutes les recettes

TOTAL 5 Postes de santé	2013	2014	2015	2016
Recettes totales (FCFA)	70.988.557	94.266.238	102.955.232	111.911.556
Total dépenses (FCFA)	53.150.270	81.406.397	91.256.026	95.132.257
Soldes sur recettes totales (FCFA)	17.838.287	12.859.841	11.699.206	16.779.299

En tenant compte de la créance de 13 985 600 FCFA auprès du programme de gratuité pour les enfants de 0 à 5 ans et d'un solde en banque cumulé de 19 224 976 FCFA, ce solde fin 2016 est porté à presque 50 millions de FCFA pour les 5 PS étudiés, soit presque 10 millions par poste. Ceci démontre comment les postes de santé sont incapables de gérer les recettes et dépenses, avec comme conséquence, une inefficience importante pour le système de

santé. Dans ces conditions, il est impossible pour une AM de conduire des analyses actuarielles précises, puisqu'il existe trop de facteurs inconnus au niveau des dépenses comme au niveau des recettes des FS.

En conclusion, le système de gestion financière, et donc une partie de la gouvernance du secteur santé au Sénégal, est faible :

- Absence de toute comptabilité professionnelle. Comptabilité en Excel ou dans un cahier simple, uniquement sur les recettes des prestations. Les autres sources de financement ne sont pas comptabilisées ;
- Pas de prévisions budgétaires, donc pas de planification des investissements ou une planification budgétisée des activités basée sur une analyse des fonds disponibles ;
- Absence de gestionnaires ou comptables professionnels dans les formations sanitaires ou au niveau du district ;
- Les audits sont virtuellement absents dans le système ;
- Après l'achat de médicaments, les recettes sont utilisées pour payer des primes ou des salaires de personnel contractualisé, dans la plupart des cas du personnel « auxiliaire », sans qualification ;
- Pas de vision (possible) sur le développement du district ou d'une formation sanitaire particulière par manque de comptabilité et de prévision budgétaire.

8.4 Domaines d'influence sur la gouvernance par le programme

8.4.1 RESPONSABILISATION DES DISTRICTS SANITAIRES ET DES PRESTATAIRES DE SOINS

Avec l'introduction de la TFS et l'assurance maladie, les formations sanitaires et les districts de santé voient leur budget direct augmenter significativement. En effet, jusqu'en 2013, les districts sanitaires recevaient toutes les allocations budgétaires et les appuis de l'État, que ce soit du niveau central ou des collectivités locales (Fonds de dotation), « en nature ». Les allocations budgétaires étaient difficiles à mobiliser. En dehors de ces allocations budgétaires, les formations sanitaires disposaient, de leur côté, des recettes relevées des utilisateurs.

8.4.2 COMPTABILITE ANALYTIQUE ET INTEGREE

La TFS a rendu les intrants financiers prévisibles et a encouragé les prestataires de soins à mieux organiser leur pharmacie afin de rendre disponibles les médicaments.

8.4.3 PLANS DE DEVELOPPEMENT ET INVESTISSEMENTS LOCAUX

L'intervention est parvenue à faire accepter l'idée qu'il fallait un gestionnaire-comptable professionnel au niveau du centre de santé parce qu'il fallait justifier mensuellement les subsides versés par le PAODES. Il aurait sans doute été plus utile que cette personne soit basée au niveau de l'ECD pour renforcer également la gestion financière au niveau des postes de santé. Mais malheureusement, ces comptables n'avaient pas encore les compétences suffisantes pour travailler de manière autonome, proactive en toute indépendance du MCD. Plutôt que de moderniser la gestion financière et comptable des DS, ils ont perpétué les anciennes manières de faire des MCD. Donc, les DS ne sont pas encore parvenus à envisager quelles actions de développement ils pourraient développer avec les bénéfices attendus.

8.4.4 SYSTEME DE TARIFICATION RATIONALISEE ET TRANSPARENTE

L'intervention a abordé pour la première fois depuis des années, la problématique de la tarification dans le pays. Dès le début, le projet défendait une tarification transparente, uniforme et forfaitaire pour les niveaux poste et centre de santé au moins, afin de rendre le système plus prévisible et d'enrayer la tendance de marchandisation des soins dans le système (voir chapitre 4).

En mettant en cause les tarifs et, au début seulement indirectement, la gestion des médicaments essentiels dans le pays, le projet a vraiment ouvert un débat beaucoup plus large et complexe que prévu initialement.

Les tarifs, dans un environnement non régulé, avaient évolué de façon plutôt anarchique, avec comme résultat une grande diversité de tarifs pour les mêmes actes médicaux, même parmi des formations sanitaires du même échelon de soins. La gestion des médicaments était inspirée par le gain personnel que les agents obtenaient en référant les patients vers les pharmacies privées. L'encadré 8 illustre comment une « bonne gouvernance » peut protéger les réformes dans un système complexe.

Encadré 8 : Exemple de l'importance d'une « bonne gouvernance »

Le projet avait introduit la tarification forfaitaire dans le district de Kounghoul, ce qui impliquait que les médicaments étaient inclus dans le forfait et, en d'autres termes, devaient être disponibles au niveau des formations sanitaires.

Ceci avait comme conséquence une perte nette pour les pharmacies privées et, dans certains cas aussi, pour les prestataires de soins. Ce changement de régime a suscité une opposition forte parmi plusieurs des parties prenantes. Heureusement, le MSAS a adopté, de manière responsable, une position fortement positive en faveur des propositions formulées par le projet pour débloquer la situation.

8.4.5 GESTION DES MEDICAMENTS

Avant la TFS et l'AM, les prestataires de soins étaient souvent plus motivés par l'absence de médicaments au niveau des formations sanitaires que par leur disponibilité. Ceci s'expliquait parfois par le fait, soit qu'ils étaient (co)propriétaires des pharmacies privées se situant juste à côté de la structure, soit qu'ils avaient un accord avec ces pharmacies. Il s'agissait donc d'un conflit d'intérêts contre lequel le Ministère n'a jamais réagi rigoureusement. Non seulement cette pratique augmentait sans raison les dépenses pour les patients (médicaments chers, médicaments non nécessaires), mais en plus, elle faisait perdre du temps et de l'énergie au patient. Elle contribuait inévitablement au non-respect de la prise du traitement. L'absence de toute régulation imposée par le MSAS était criante dans ce sens. L'inefficacité de la réponse classique du système à réformer encore et encore les prestataires sur la gestion des médicaments devenait claire. Il ne s'agissait pas d'un manque de compétences, mais d'une incitation perverse soutenue par le système.

Avec l'introduction de la TFS et l'AM, les patients savaient qu'ils avaient déjà payé un forfait « tout compris ». Les prestataires de soins se rendaient compte que la subvention du tarif ou le remboursement par l'AM compensaient largement la perte en revenus à travers la vente « illicite » de médicaments. Le système les incitait ainsi à modifier leur comportement et leur permettait de se concentrer sur la qualité des prestations sans garder en tête un potentiel manque à gagner. Le projet considérait cet aspect stratégique comme un des acquis de changement les plus importants introduits dans le système.

Comme évoqué dans le chapitre sur la qualité des soins, l'introduction d'un nouveau système de financement des soins débouchait sur une

meilleure disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires. Les facteurs insuffisamment gérés pour davantage renforcer ce sous-système étaient l'impunité, les pénalités non systématiquement appliquées en cas de manque de médicaments, et le système d'approvisionnement qui, malgré des mesures positives très importantes par le MSAS, ne fonctionnait pas encore de façon optimale.

8.5 *Les conclusions de cette section*

La gouvernance est très vaste et constitue un important chantier pour le système de santé au Sénégal. Le pays ne fait pas exception par rapport à beaucoup d'autres d'Afrique subsaharienne. Bien que les dirigeants aient conscience du problème, il ne semble pas y avoir d'initiatives correctrices importantes dans le pays.

Pourtant, sans amélioration de la situation, toute innovation telle que l'AMU est condamnée à échouer. Les efforts de l'État pour appuyer l'AMU doivent donc obligatoirement s'accompagner d'efforts de ce même État en vue de se battre pour une meilleure gouvernance du secteur.

Des réponses techniques existent néanmoins. Ainsi, l'introduction d'une vraie comptabilité à chaque échelon de soins, au moins au niveau du district et probablement aussi au niveau du centre de santé, semble primordiale pour la bonne gouvernance du système. Un projet isolé n'est pas en mesure d'imposer un tel système, mais, grâce à l'exercice de pilotage d'une expérience, il peut jouer un rôle de dénonciateur important.

Un système comptable devrait toujours s'« accompagner » d'un système d'audit. La défragmentation du système de financement est un autre chantier très important, qui non seulement augmenterait l'efficacité et l'efficacé du système, mais qui contribuerait également à la transparence.

Le problème de la gouvernance est moins un problème d'ordre technique que d'ordre politique, institutionnel et culturel. La volonté et la conviction des dirigeants à prendre des mesures correctrices sont primordiales. Ils doivent ainsi s'opposer au courant culturel et institutionnel de la société entière qui, de par sa léthargie, accepte en fait la situation d'une telle gouvernance.

Le problème de gouvernance illustre l'importance de la participation communautaire et de la création de contre-pouvoirs dans une société. C'est peut-être même un argument pour les pays africains d'adopter l'option de l'assurance maladie (le modèle « Bismarck ») pour tendre vers la couverture universelle, plutôt que le modèle « Beveridge », basé sur le paiement des

impôts, mais qui dépend entièrement de la bonne volonté de l'État. En l'absence d'une culture de gouvernance forte, un système basé unilatéralement sur la volonté étatique court de grands risques.

9. *Conclusions : un débat sur différents modèles au service du développement de la CUS*

Les conditions et les modalités principales sont connues, mais rien n'est évident

Bossyns Paul (Coordinateur Santé, Coopération belge, Enabel),
Ladrière Fabienne (Resp. internationale Projet, Coopération belge, Enabel),
Ridde Valéry (Prof. Santé publique, Université de Montréal),
Van Belle Sara (politologue, IMT Anvers)

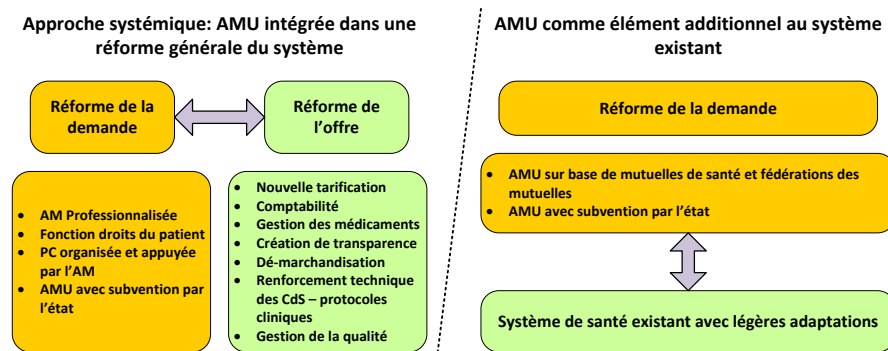
9.1 *Introduction*

L'expérience menée sur une assurance maladie universelle, intégrée dans un système de santé solide au Sénégal, a été finalement une discussion, de temps en temps une confrontation, entre plusieurs modèles, hypothèses d'intervention ou théories de changement dans un système complexe. Elle illustre comment un modèle ou une chaîne de « suppositions normatives » indiquant comment le changement devait se produire, qu'elles soient explicites ou implicites dans l'esprit des gens, influence chaque décision logique à l'intérieur du modèle. Le modèle en quelque sorte prescrit la décision, qui peut malheureusement devenir illogique quand un autre modèle est pris en considération.

9.2 *L'approche systémique inévitable*

En raison de la complexité du système, le PAODES a dû prendre l'option d'utiliser plusieurs portes d'entrée dans le système afin de se positionner stratégiquement en faveur d'un changement durable. Il est parti de l'hypothèse que l'offre des soins et la demande (l'organisation sociale autour de l'offre) sont complémentaires et doivent être traitées ainsi ensemble. L'offre devient obsolète si la demande n'existe pas, mais la demande ne peut pas se développer si l'offre n'est pas crédible aux yeux des utilisateurs. Cette crédibilité dépend du plateau technique offert, proche de la population, du paquet de soins couvert par l'assurance et de la qualité perçue par la population. Une des originalités de ce projet était sa tentative de s'attaquer aux deux faces de la même médaille à la fois.

Figure 28 : La différence entre l'approche systémique ou la simple introduction d'un système assurantiel chapeautant l'offre de soins.



La Figure 28 illustre la différence fondamentale entre cette approche systémique et une approche d'intervention linéaire, dite simple.

La théorie et l'expérience du terrain montrent clairement l'importance d'approcher simultanément l'offre et la demande dans le système de santé. Les influences sont mutuelles et le changement ne peut être imposé unilatéralement. Le système de la tarification en complément d'une assurance maladie est probablement le plus bel exemple concret. Sans une politique claire et transparente des tarifs, l'AMU n'a aucune chance de survivre à la tendance « naturelle » de la surfacturation par les formations sanitaires. Cependant, la gestion financière, les autres aspects de gouvernance au niveau des formations sanitaires, la gestion des médicaments et le renforcement du plateau technique des centres de santé sont autant d'autres exemples de mesures complémentaires qui donnent un sens plus fort au système assurantiel, tout en lui garantissant une pérennité plus certaine.

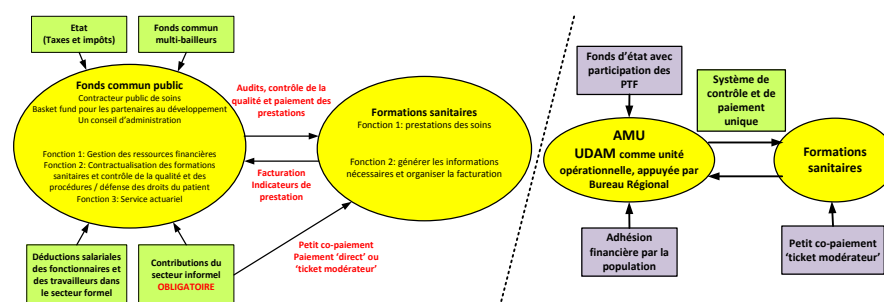
9.3 Discussions sur les modèles

La création d'une AMU, publique à grande échelle, préférablement obligatoire, échelonnée, professionnalisée et subventionnée est envisageable. Elle montre plusieurs avantages par rapport à l'approche classique proposée par l'UEMOA (voir chapitre 3) en Afrique de l'Ouest et qui se base sur des mutuelles volontaires à base communautaire avec une fédération de mutuelles pour les chapeauter. Dans le contexte du Sénégal, l'UDAM peut se

présenter comme une unité opérationnelle du système AMU, reproductible sur le territoire entier, si les conditions de mise en œuvre sont respectées, notamment une rationalisation des soins, une tarification transparente et uniforme, une gestion financière transparente au niveau des formations sanitaires et une AMU dirigée par des professionnels. Les subventions substantielles de l'État sont une condition préalable cruciale si l'AMU veut véritablement protéger la grande majorité de la population.

Le modèle initial repris ici (Figure 29), et qui a servi de base pour cette intervention, semble être confirmé globalement. L'adhésion n'était pas obligatoire et le ticket modérateur a contribué à la viabilité de l'assurance malgré le fait que son utilité n'ait pas été examinée²⁷.

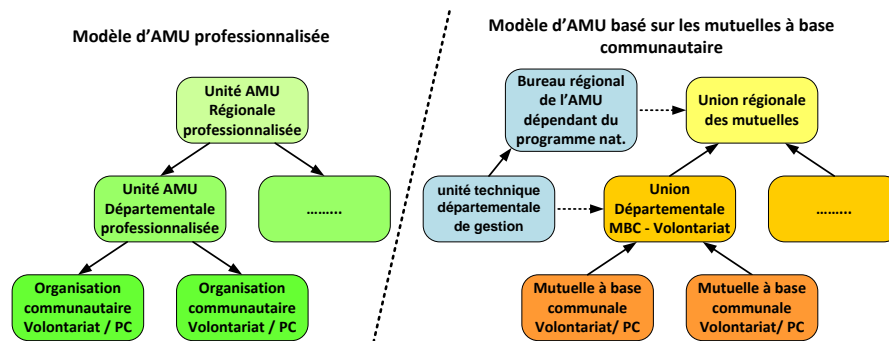
Figure 29 : Modèle d'une AMU simplifiée



Du côté droit de la figure, l'UDAM est présentée comme unité opérationnelle d'une AMU échelonnée. Cette architecture semble être appréciée. Les autorités politiques locales, les prestataires de soins et les autorités sanitaires des districts ont discuté de cette architecture et y sont plus que favorables. La masse salariale du personnel professionnel semble également correspondre à la charge de travail et à l'économie d'échelle nécessaire pour que les salaires puissent être absorbés par l'assurance sans mettre en danger sa viabilité.

²⁷ L'hypothèse étant qu'un ticket modérateur lutte contre la consommation abusive des services de santé par la population. Il existe des observations anecdotiques sur ce point : p. ex., de faux patients qui, dans un environnement de grande précarité, vendent les médicaments obtenus. Mais le projet n'a pas évalué les pertes liées à ces pratiques comparativement aux revenus constitués par la petite barrière financière que représente le ticket modérateur. Ceci démontre que la mise en place de n'importe quel système doit s'accompagner d'un système de contrôle.

Figure 30 : Conséquences d'une AMU professionnalisée : inversion des délégiations



La Figure 30 montre comment une « simple » évolution d'une AM à base communautaire vers une AM professionnalisée peut influencer profondément les relations entre acteurs. Dans une AMU pyramidale, les liens de régulation deviennent (plutôt) « top-down », tandis qu'avec les mutuelles à base communautaire, il s'agit d'une gestion (plutôt) « bottom-up », les professionnels (en bleu dans le schéma à droite) venant en appui des représentants de la population. La réalité est plus complexe et moins dichotomique que suggérée par l'opposition entre « top-down » et « bottom-up ». Néanmoins, la logique inversée a des conséquences sur l'organisation et montre les potentiels du modèle d'AM professionnalisée concernant la clarté dans la répartition des rôles et la rationalisation de l'organisation. Une telle organisation est, à notre avis, inévitablement menée et dirigée professionnellement avec un suivi critique de la part de la communauté. La population a un droit de décision en déléguant des personnes dans les instances de décision de l'AMU.

En résumé, les aspects du modèle testé qui semblent se confirmer sont présentés ici et déclinés entre un niveau opérationnel et un niveau stratégique-politique :

Au niveau opérationnel :

- Nécessité d'une professionnalisation qui conduit à plus d'efficience
- Facilité de la « répliquabilité » liée à l'uniformisation, aux procédures standardisées et à une gestion transparente
- Portabilité en principe sur l'entièreté du territoire

- Automatisation relativement facile
- TF(S) appréciée pour sa prédictibilité par la population, mais aussi parce qu'acceptable comme montant à payer au niveau des postes et centres de santé, souvent même en l'absence de subventions (les tarifs à l'acte avec passage obligatoire dans les pharmacies privées restent plus chers)
- Implication et engagement réel des représentants de la population dans la gestion et le plaidoyer. Les UDAM représentent une opportunité pour donner un contenu réel aux responsabilités des autorités politiques décentralisées dans un pays.
- Économiquement viable si l'État respecte ses engagements : subventions, régulation (des tarifs), audits

Au niveau stratégique-politique :

- Une multitude d'approches par l'État afin de garantir une CSU au plus vite et plusieurs initiatives de PTF, qui sont en contradiction avec la politique nationale (un système FBR introduit parallèlement à l'AMU, par exemple), mène à une fragmentation non nécessaire du financement du système de santé. Cette fragmentation non seulement rend le système moins efficient, mais elle rend aussi difficile toute approche systémique et scientifique pour appliquer une politique d'AMU. Elle conduit également à un dialogue difficile parce que les différentes initiatives tendent avant tout à se maintenir (voire à se profiler). La coordination de la réflexion, sans vision forte d'un État fédérateur des différents points de vue, est difficilement envisageable.
- Une approche qui accepte explicitement que la population ne peut pas payer l'entièreté de la facture et qu'il faut la protéger contre les dépenses catastrophiques à travers une subvention publique.

9.4 *Les effets des choix politiques antérieurs*

Plusieurs choix politiques antérieurs interfèrent inévitablement avec la politique d'assurance maladie du pays.

Les initiatives de gratuité ont probablement introduit des contre-incitants pour une adhésion massive et facile de la part de la population à l'AMU. Les familles avec des petits enfants sont, par exemple, peu enclines à adhérer si les membres les plus vulnérables sont pris en charge par un autre régime.

Elles ont introduit au Sénégal des inefficacités et inefficiences dans le système à cause des retards insupportables des remboursements aux FS par l'État, liés à une gestion très centralisée.

La gratuité des soins pour les personnes âgées au Sénégal n'a pas bénéficié aux plus pauvres, mais plutôt à la couche la plus riche (29). Bien qu'il existe des indications que la gratuité en faveur de certaines populations cibles, ni les assurances maladie d'ailleurs, n'augmente pas, par définition, l'iniquité entre riches et pauvres (139;140), elle tend à exclure ou à éviter des efforts pour protéger le reste de la population. Un système de santé qui vise à protéger l'ensemble de sa population doit se poser la question suivante : pourquoi un enfant de six ans avec une appendicite paie-t-il une facture insupportable ou meurt-il, tandis que son frère de moins cinq ans a droit à la gratuité des soins ? Pourquoi une mère de trois enfants ayant un accident de voiture n'a-t-elle pas droit à l'accès aux soins, tandis que sa sœur enceinte, riche ou pauvre, bénéficie de la gratuité ? Devant ces questions morales, sachant que dans plusieurs pays, la gratuité a réduit la qualité des soins (30), et en observant que l'État ne fait pas d'autres efforts pour augmenter l'accès financier du reste de la population ou que la gratuité démotive les familles à adhérer à l'AMU, on doit oser poser la question différemment. Est-ce que la gratuité sélective n'est pas un prétexte politique pour ne pas fournir d'autres efforts pour rendre les services de qualité accessibles ? Est-ce qu'il ne faut pas viser plutôt une obligation d'adhésion à une AMU pour tout le monde, quitte à faire bénéficier certains groupes cibles (ou tout le monde) d'une gratuité après adhésion (annulation du ticket modérateur) ? Ces questions n'excluent pas forcément la solution ultime de la gratuité pour tout le monde, bien que cette dernière approche semble moins évidente à mettre en place dans les conditions actuelles de beaucoup de pays subsahariens.

L'approche « communautaire et volontaire » de l'AMU pour le secteur informel a empêché la mise en commun des régimes d'assurances obligatoires, dont principalement les Institutions de Prévoyance Maladie (IP) pour les travailleurs du secteur formel et l'imputation budgétaire pour les fonctionnaires et agents non-fonctionnaires de l'État, avec le système d'assurance maladie volontaire développé par le Sénégal pour le secteur informel et rural. Le projet n'est pas parvenu à convaincre qu'il fallait changer la vision fragmentée de la protection sociale en santé du Sénégal qui traitait, dans des régimes bien séparés, l'assurance obligatoire, le régime d'assistance médicale pour les mécanismes d'exemption et le régime mutualiste, alors que l'équité aurait justement voulu que l'on développe un

seul système d'assurance maladie qui aurait offert les mêmes services à tous les Sénégalais, avec des modalités de cotisation qui auraient tenu compte des statuts professionnels et économiques des assurés. Pourtant, il est possible de fusionner tous les régimes ; pour preuve, l'expérience menée par le Sénégal en intégrant dans l'AM les bénéficiaires des bourses de sécurité familiales.

La fragmentation du système de financement des soins n'était pas suffisamment reconnue comme un problème majeur par le Ministère de la Santé (MSAS) ou l'ACMU. La politique de la gratuité était interprétée comme un raccourci pour atteindre la couverture universelle et non pas comme un facteur de fragmentation supplémentaire pour le système. La priorité politique du Président, qui exigeait qu'avant fin 2017, 75 % de la population soient couverts par un mécanisme ou l'autre de protection sociale en santé, orientait la pensée des décideurs. L'ACMU a copié cette ambition politique telle quelle dans ses objectifs. La mise en place d'une assurance maladie ne pouvait s'achever dans les délais imposés par le Président de la République, d'autant plus si elle se basait sur le modèle des mutuelles à base communautaire. La « commande politique » du Président était vécue par beaucoup d'acteurs comme une menace qui empêchait une approche plus systémique et équilibrée, voire réaliste.

Tester un modèle complexe comme celui à l'étude prend du temps. L'expérience a été menée durant six ans à peine, y compris les années de « préparation du terrain ». Avec les difficultés opérationnelles inévitables et la lenteur des processus et réformes systémiques profondes et durables, il n'était pas réaliste de mener l'expérience jusqu'au bout dans le temps donné. Il est plus que dommage que l'État belge se soit retiré unilatéralement de cet appui à la fin seulement de la première phase du PAODES. Il est difficile de prévoir comment l'expérience sera finalement intégrée par la politique nationale sénégalaise.

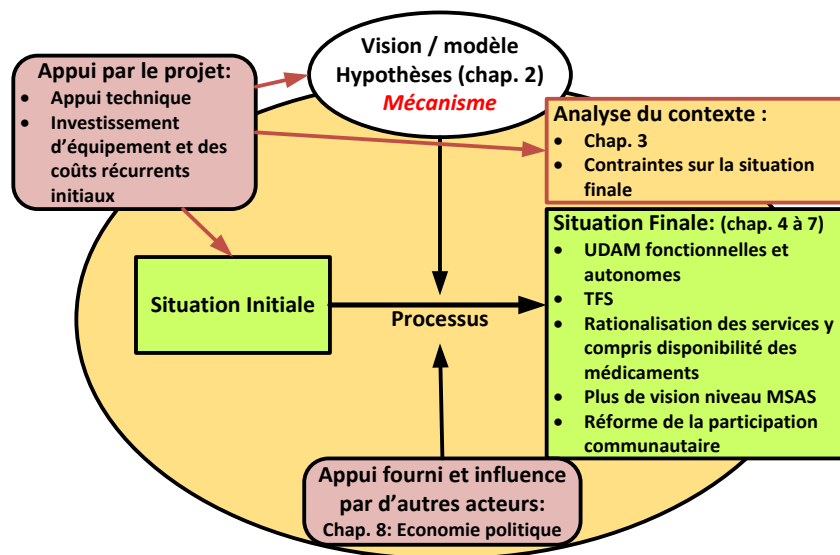
Cependant, il est important de réaliser que la conception du projet se basait sur plusieurs expériences et interventions pendant au moins une décennie de coopération dans le secteur de la santé au Sénégal avant le PAODES. Avant le PAODES, différentes initiatives étaient déjà menées à des échelles plus réduites et sans qu'elles soient intégrées dans une stratégie globale unique. Ainsi, une expérience sur l'introduction d'une tarification forfaitaire a déjà été menée durant 2 ans, un appui pour rehausser le plateau technique des districts sanitaires a été conduit pendant plus que 10 ans avant le PAODES (la décentralisation de la chirurgie de district était déjà un vif sujet de débat entre la Coopération belge, la chaire de chirurgie sénégalaise

et le Ministère de la Santé en 2009) et un projet d'appui aux mutuelles à base communautaire au Sénégal avait déjà montré les limites de ce modèle durant trois à quatre ans, avant la conception du PAODES. Ceci explique partiellement pourquoi une telle approche ambitieuse et intégrante était possible pour la Coopération belge avec une modélisation assez poussée grâce à cet ensemble d'expériences au Sénégal et à l'échelon international.

9.5 Les éléments d'une évaluation réaliste

Le projet a globalement suivi une logique systémique selon une forme de recherche-action. Le chapitre 2 argumente que le projet a été inspiré par la logique d'une évaluation réaliste (ER) qui entend répondre à la question : qu'est-ce qui fonctionne, dans quelle situation, à quelles conditions et pourquoi ?

Figure 31 : Les éléments concrets sous un format d'évaluation réaliste



Se référant à la Figure 2 du chapitre 1^{er}, la Figure 31 résume comment les différents éléments constituent un ensemble dans le cadre de cette évaluation. La vision, les hypothèses et les modèles préconisés ont été décrits au chapitre 2. Dans le chapitre 3, quelques initiatives qui ont influencé le contexte ont été décrites, mais sans qu'elles soient pour autant des facteurs

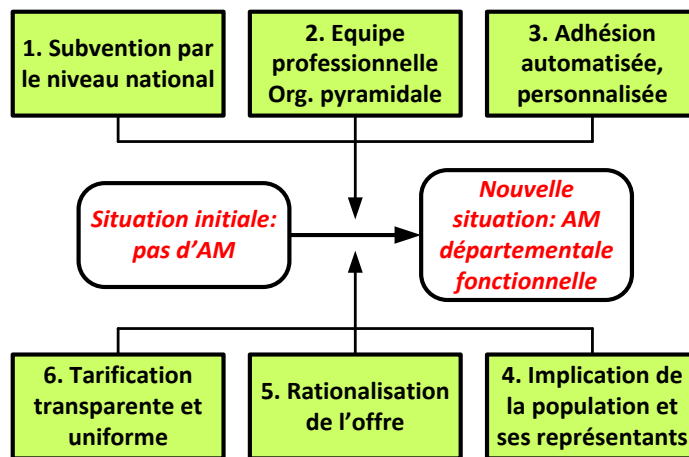
de changement majeurs. Un système social ne se laisse pas facilement influencer de façon durable et a tendance à revenir vers le statu quo si les boucles de rétroaction négative annulent les influences enclenchées par des efforts de changement.

La situation finale a été décrite au fur et à mesure que le projet introduisait des processus de changement, menant à des changements structurels systémiques. Ces changements sont décrits aux chapitres 4 à 8 et couvrent le champ d'intervention complet.

9.6 Les « déterminants stratégiques » de changement

La Figure 32 résume les facteurs qui, à la suite de cette étude, peuvent être considérés comme des déterminants du « succès » relatif du pilotage d'une AMU au Sénégal. Par contre, certains facteurs ne sont pas mentionnés dans le schéma, non pas parce qu'ils ne sont pas considérés comme importants, mais parce que l'expérience n'a pas permis de les confirmer comme facteurs clés présentant un caractère obligatoire pour garantir le succès. Ces derniers sont des facteurs d'un grand intérêt scientifique pour poursuivre les expériences concrètes menées au Sénégal ou ailleurs. Il s'agit de l'engagement de l'État envers la bonne gouvernance, la chaîne d'approvisionnement des médicaments essentiels et génériques, et l'aspect d'adhésion obligatoire.

Figure 32 : Les facteurs déterminants pour la mise en place d'une AMU pour le secteur informel dans les pays à faible revenu.



L'aspect «obligatoire» d'une AM n'est pas mentionné comme stratégie de changement importante, puisque l'expérience s'est déroulée en dehors de toute «obligation» (44). Une adhésion plus importante que les 29 % aurait été possible si certaines contraintes, et notamment la disponibilité de médicaments et une meilleure régulation des tarifs et des effectifs en personnel, avaient été réglées. Mais atteindre une couverture avoisinant les 100 % n'est possible que si le pays rend l'adhésion effectivement obligatoire. Le fait que le Sénégal pense à changer la loi dans ce sens est un signe fort dans cette direction.

Ceci ne signifie nullement que l'adhésion obligatoire est un passe-partout qui garantit le succès d'une AMU. L'expérience démontre que passer par une phase d'adhésion non obligatoire peut améliorer une situation plus que significativement. La phase « non obligatoire » au Sénégal a permis d'ailleurs de préparer le terrain en mettant en place les procédures et outils d'une AMU et de créer la crédibilité auprès de la population pour passer vers une adhésion obligatoire. Les autres facteurs sont autant essentiels pour garantir le succès d'une AMU que l'aspect obligatoire.

En bref, les « déterminants » de changement retenus par l'étude sont les suivants :

1. La subvention par l'État rend l'adhésion financièrement plus accessible pour une population rurale. L'initiative de subvention a renversé les relations entre l'État, les autorités déconcentrées et décentralisées, la population, les mutuelles, les UDAM et les professionnels de la santé. Pour chacune de ces relations, des changements spécifiques sont intervenus. Pour les autorités locales, l'État leur donne une nouvelle opportunité de se profiler vis-à-vis de leur population et des marges de manœuvre pour réorienter aussi leur budget. La population ressent sûrement le sérieux de l'État par rapport à l'assurance maladie et est ainsi mobilisée. Les mutuelles se sentent soutenues, tout en ressentant l'obligation de se professionnaliser parce qu'elles doivent gérer des fonds publics. Elles ont indiqué dans les zones d'intervention un certain soulagement si les UDAM prenaient la gestion financière en main. Les UDAM se sentent évidemment soutenues par l'État et plus rassurées quant à leur viabilité. Finalement, les professionnels de la santé ont ressenti le sérieux de l'État pour les réformes et se sont mobilisés favorablement.

2. La professionnalisation des équipes d'AM a permis clairement une adhésion plus importante à l'AM comparée au MSBC en raison d'une mobilisation et d'une communication plus professionnelles, et de la possibilité d'absorber une gestion plus complexe, que ce soit au niveau de l'adhésion et des cotisations ou au niveau de la vérification des factures et de l'organisation des remboursements. Le volontariat ne peut pas répondre aux besoins d'une grande organisation, unique et coordonnée, inévitablement échelonnée pour répondre à la fois aux besoins de proximité et d'économie d'échelle. La portabilité, très appréciée par la population, n'était réalisable qu'avec une AM professionnalisée. Le Sénégal a, en partie déjà, reconnu le besoin de professionnaliser le système national d'assurance en rattachant deux cadres financés par l'État au niveau de chaque union départementale de mutuelles de santé.
3. La gestion de l'adhésion à une AM à grande échelle doit obligatoirement être automatisée et personnalisée. Les cartes d'identité électroniques aideraient beaucoup.²⁸ Une AMU doit disposer d'un logiciel uniforme pour le pays, qui fonctionne à chaque échelon de la pyramide organisationnelle de l'AMU et qui se met en lien avec un logiciel au niveau des formations sanitaires pour vérifier l'identité des utilisateurs. Sans un tel logiciel, la gestion de l'adhésion à une telle échelle est impossible. Les pays, qui veulent introduire une AM à grande échelle, devraient se préparer à automatiser l'ensemble de l'organisation de l'assurance.
4. La proposition d'intervention initiale ne prêtait que marginalement attention à une révision de la participation communautaire. En marge des autres initiatives, l'implication de la population et de ses représentants élus locaux devenait de plus en plus évidente. L'importance, mais aussi l'intérêt, des politiciens locaux dans la mobilisation sociale et la promotion de l'AM étaient plus forts que prévus. La participation communautaire s'est vu adjoindre un nouvel adjectif, démocratique. La communauté est passée d'un état d'instrumentalisation à un statut d'acteur de changement. Elle participe à la prise de conscience du problème, à son analyse, à la prise de décisions ; elle mandate ensuite les professionnels qu'elle a

²⁸ Au moment de l'expérience PAODES, les cartes d'identité électroniques n'existaient pas encore au Sénégal.

recrutés pour la mise en œuvre et finalement se fait rendre des comptes. L'opportunité d'œuvrer aux droits des patients avec les médecins-conseils, mais finalement à travers l'ensemble de l'équipe AM, n'a par ailleurs été que graduellement réalisée. L'expérience décrite dans ce document démontre que la participation communautaire « classique » doit être revue entièrement, qu'une approche basée sur les droits humains et du patient en particulier gagne en potentiel en présence d'une AM professionnalisée. La durée de l'intervention n'a pas permis de mener l'expérience du métier de médecin-conseil par rapport à la défense des droits des utilisateurs jusqu'au bout. Ceci constitue un défi pour de futures expériences au Sénégal ou ailleurs.

5. Une réforme de la gestion des services et de l'offre de soins était vécue comme inévitable pour la réussite de l'AM. La politique de tarification est tellement importante qu'elle est discutée à part. Les centres de santé au Sénégal fonctionnaient plutôt comme des postes de santé médicalisés avec peu de crédibilité, avec une faible disponibilité de médicaments et un plateau technique relativement faible comparé à beaucoup d'autres pays dans la sous-région. Le principe que l'offre doit être améliorée simultanément avec la création de l'AM (la demande) semble prouvé. Les facteurs d'inefficience et de manque de transparence sont tellement fréquents et importants qu'une AM deviendrait une occasion de pérenniser ces inefficiences plutôt que de les régler, s'ils n'étaient pas préalablement corrigés. En présence de ces inefficiences, les remboursements deviennent aussi inutilement plus coûteux. La démarche nationale au Sénégal n'a pas renforcé l'offre et plusieurs bailleurs intervenant dans le domaine de l'AMU ne l'ont pas exigé non plus.
6. Une tarification uniforme et transparente, plus ou moins forfaitaire, contribue directement au succès d'une AM en brisant la tendance des prestataires d'augmenter les recettes sur le dos d'une assurance. Les autorités sanitaires en sont responsables. Les pays, qui veulent introduire une AM et qui veulent protéger l'AM contre les dérives qu'en feront les formations sanitaires si les règles ne sont pas contraignantes, doivent revoir leur politique de tarification avec une gestion proactive et continue, et probablement revoir le statut légal « d'autonomie de gestion », dont bénéficient beaucoup d'hôpitaux

en Afrique. Bien qu'il ne s'agisse que d'une autonomie relative et que la redevabilité au Ministère reste intacte, ce statut, combiné à une gestion financière peu transparente et insuffisamment audité, a freiné les UDAM à contracter les hôpitaux régionaux au Sénégal en dehors de quelques initiatives ponctuelles. Évidemment, nul système n'est infaillible. Un système de tarification, forfaitaire ou pas, exige une gestion proactive et un contrôle contraignant obligatoires en toutes circonstances ainsi que pour la gestion financière des FS et des structures assurantielles.

Les aspects abordés ici correspondent bien aux leçons apprises dans un rapport de la GIZ en collaboration avec P4H, qui statue que la couverture universelle de la santé passe nécessairement par six domaines d'attention, notamment le renforcement du système global, les mécanismes de financement, la défragmentation, l'engagement politique, le monitoring et, finalement, une augmentation de l'espace fiscal (141).

9.7 Les « mécanismes sociaux » de changement

Comme discuté au niveau des chapitres 1^{er} et 2, il est toujours difficile, sinon impossible, dans un environnement complexe d'identifier de simples relations de cause à effet. Il s'agit plutôt d'identifier des tendances au cœur d'une intervention qui semblent avoir des liens assez proches de liens causaux pour en déduire des leçons qui dépassent le système et son environnement local. Ces facteurs d'influence, qui constitueraient le noyau fort pour établir des systèmes semblables dans d'autres contextes, ne prennent jamais une forme absolue. En d'autres mots, il est toujours possible que ces éléments « causaux » de changement ne soient néanmoins pas d'application dans d'autres contextes puisqu'ils sont précisément générés dans un contexte donné. Ils ne garantissent donc pas le succès dans un autre contexte, mais devraient être inclus dans les démarches de départ pour voir si les conditions de contexte sont présentes et éventuellement les créer pour garantir le succès d'un programme de changement.

Dans le cadre de l'évaluation réaliste, les mécanismes sociaux de changement sont les pouvoirs inhérents à un système, des agents individuels comme des structures qui font des choix de comportement vis-à-vis de l'introduction d'une innovation. Ces réactions causent une chaîne d'adaptations de comportements de plusieurs autres acteurs, directement ou indirectement impliqués dans le processus, qui amène finalement le système

à un nouvel équilibre.

En septembre 2017, une évaluation réaliste a été conduite pour le projet avec, pour un de ces objectifs, de déterminer les mécanismes sociaux qui ont porté le changement.

Cette étude s'est posé trois questions stratégiques pour en déduire les mécanismes :

- Le programme a-t-il été mis en œuvre comme planifié et, si oui (non), pourquoi (pas) ?
- Qu'est-ce qui conduit les décideurs politiques et les responsables au niveau central à vouloir adopter et diffuser ou à refuser une innovation (dans le secteur de la santé) introduite par une agence de développement bilatérale ?
- Comment l'innovation de l'UDAM contribue-t-elle à une meilleure redevabilité publique au niveau du système de santé local ?

Pour chacune de ces questions, les mécanismes suivants ont été déterminés :

Par rapport à la mise en œuvre du projet :

- Faible climat de confiance et faible alignement entre les stratégies des partenaires techniques et financiers, au moins initialement.
- Différents niveaux de compréhension (et même de malentendus) de la conceptualisation du programme et insuffisance de la communication et de la recherche d'un consensus au sein de l'équipe du programme, partiellement résolus après une réorientation stratégique à mi-parcours, et avec le MSAS.
- Un degré élevé d'incertitude et un faible niveau d'accord sur la CUS et les séquences du processus politique.
- Concurrence entre deux stratégies différentes, dans un environnement de confiance faible, entre deux visions et stratégies différentes, une stratégie de mise en œuvre progressive de l'innovation et une autre, mise à l'échelle « big bang » d'une stratégie politique éprouvée de mutuelles sociales.
- Moment opportun : blocage politique avec peu d'espace (policy space) pour l'expérimentation et l'apprentissage, suivi d'une fenêtre d'opportunité avec la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Financement de Santé (juin 2017).

- Les réseaux sociaux informels jouent un rôle, à côté des arènes formelles, pour influencer la prise de décisions, ce qui exige que les entrepreneurs politiques servent de catalyseurs pour la traduction des politiques.
- Influence des politiques de santé mondiales sur l'innovation nationale : la vision à long terme de la CUS et les politiques d'exemption des frais sont toutes deux influencées par le contexte politique mondial, mais peuvent sembler contradictoires. Le Sénégal cherchait des gains rapides (exemption de frais, couverture de 75 %) plutôt que d'investir dans une vision à long terme de la réalisation de la CUS. Pourtant, les deux approches sont nécessaires : mobiliser politiquement la population pour préparer, de manière progressive et plus lente, une réforme majeure des politiques.

Par rapport à l'absorption par le système de l'innovation apportée par le PAODES :

- Une stratégie de communication et de sensibilisation, correctement mise en œuvre au niveau opérationnel, a conduit à l'adoption de l'innovation par la population, les mutuelles communautaires, les comités de gestion au niveau des CS et PS, et les ECD.
- La prise de conscience par la population de l'innovation et de ses avantages est un premier pas nécessaire vers l'acceptation de l'innovation. La population est consciente des avantages potentiels d'une professionnalisation des mutuelles.
- Le positionnement de l'UDAM au niveau départemental, impliquant les autorités locales, s'est avéré être un puissant levier pour mobiliser les appuis à l'adhésion. Les maires, les membres des Conseils Départementaux sont des champions de l'effort, qui font des dons de champs collectifs ou qui inscrivent les villages (« adhésion villageoise »). Grâce à la participation des autorités locales, les liens de redevabilité entre l'État et les autorités locales, d'une part, et la population, d'autre part, ont été renforcés.
- La grande portabilité, le paquet de soins couverts et le taux de remboursement ont également aidé à convaincre la population de l'utilité de l'innovation. L'approche UDAM a donc été un facteur mobilisateur concret qui a stimulé l'enthousiasme de la population

vis-à-vis de l'initiative de son Président et a ainsi contribué à la qualité des relations entre l'État et la population.

- Concevoir des solutions novatrices pour stimuler l'adhésion (adhésion villageoise, implication des maires, réduction pour l'adhésion des groupes, etc.)
- À l'avenir, la préfecture pourrait assumer le rôle de champion et de « passeur de frontières », et considérer l'UDAM comme une innovation dans la recherche à une meilleure qualité de soins.
- Le mécanisme du double ancrage de l'intervention, qui veut que l'expérience opérationnelle alimente la réflexion politique et améliore la pratique de l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes, en d'autres termes, un échange d'informations de haut en bas et de bas en haut dans un processus d'apprentissage. Les conditions contextuelles n'étaient initialement pas très favorables, mais semblaient toutefois s'améliorer à la fin du programme (Stratégie Nationale de Financement de Santé, séminaire national sur la capitalisation des expériences du PAODES).

Par rapport à la redevabilité publique et à une meilleure gouvernance du système :

- Les arrangements institutionnels autour de l'UDAM, en tant que système d'équilibre de pouvoirs, se traduisent par une meilleure répartition de ceux-ci dans le système local. Les relations entre UDAM, politiciens locaux et population changent profondément, comparé avec l'approche préconisée initialement des mutuelles communales et les unions de mutuelles basées sur le volontariat.
- L'évolution des attentes des citoyens et une demande croissante d'une meilleure redevabilité.
- Un changement de la confiance dans les forces communautaires de proximité vers une confiance dans une structure professionnelle à travers des initiatives de défense des droits des utilisateurs par les UDAM. Bien que ces initiatives fussent encore modestes et plutôt anecdotiques, la population a pu apprécier l'UDAM comme un allié professionnel avec autorité.

9.8 Défis pour le futur

Le succès d'une initiative pilote doit être suivi d'une mise à l'échelle. Trop souvent, la mise à l'échelle n'atteint pas le même succès que la phase d'innovation parce que, pour aller vite, des raccourcis sont pris par rapport au processus initial. La stratégie d'une mise à l'échelle aura donc sa propre dynamique et devra veiller à ce que ne soient pas négligés les éléments essentiels du processus et la création des conditions propices. D'un autre côté, l'expérience et la modélisation permettent légitimement d'aller plus vite que la phase pilote.

- L'installation d'une UDAM ailleurs sur le territoire exigerait un suivi relativement intensif durant deux ans environ. Une approche progressive s'impose.
- Le risque de « mécaniser » l'approche avec perte de motivation est réel lorsque les efforts de mise à l'échelle sont produits. Par exemple, il semble dangereux d'épargner sur le temps nécessaire pour une bonne mobilisation communautaire et une conscientisation des autorités locales, au risque, une nouvelle fois, d'instrumentaliser la population.
- Une adhésion volontaire souffre par définition d'un certain degré de sélection adverse et ne peut jamais espérer atteindre une couverture stable de 100 %. L'hypothèse est qu'à long terme, et si l'AMU ambitionne réellement d'atteindre 100 % de la population et surtout les plus vulnérables, elle devra évoluer vers une instance publique et une assurance obligatoire en maintenant évidemment un subventionnement basé sur des fonds publics et avec des contributions progressives pour faire de l'inclusion de tous une perspective réaliste. L'expérience par le PAODES ne peut pas aller plus loin dans ses conclusions. Comme dans d'autres parties du monde, un système mixte d'AMU, basé sur un système contributif assurantiel et un cofinancement par l'État, semble le plus réaliste. Un modèle purement privé, sans implication financière ou régulatrice de l'État, ne semble plus à l'ordre du jour.
- Rationaliser l'offre de soins prend plus de temps que prévu. La rationalisation de l'offre n'était pas ressentie comme prioritaire par les autorités de la santé, surtout pas par rapport aux problèmes systémiques, structurels comme la politique de la tarification, la

transparence, la gestion financière et le besoin de rehausser le plateau technique des centres de santé avec un renforcement du système de référence. Les synergies entre une offre performante, aussi dans le sens de gouvernance (comptabilité et tarification transparentes et uniformes) et de décentralisation des actes médicaux (p. ex., la chirurgie de district), avec une AMU performante et professionnalisée, oblige à accorder une attention simultanée à l'offre et à la demande.

10. Références

- (1) Bossyns P, Verle P. Development cooperation as learning in progress: Dealing with the urge for the fast and easy. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 2016;33:1-265.
- (2) Pérez D, Van der Stuyft P, Zabala MdC, Castro M, Lefèvre P. A modified theoretical framework to assess implementation fidelity of adaptive public health interventions. *Implementation Science* 2016;11(91):1-11.
- (3) Adelman C. Kurt Lewin and the Origins of Action Research. *Educational Action Research* 1993;1(1):7-24.
- (4) Grodos D, Mercenier P. Health systems research: a clearer methodology for more effective action. Wim Van Lerberghe, Guy Kegels, Vincent De Brouwere, editors. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 1-106. 2000. Antwerp, ITGPress.
- (5) Epstein MJ. Why Model? *Journal of Artificial Societies and Social Simulation* 2008 October 31;11(4):1-5.
- (6) Salter LK, Kothari A. Using realist evaluation to open the black box of knowledge translation: a state-of-the-art review. *Implementation Science* 2014;9(115):1-14.
- (7) Lacouture A, Breton E, Guichard A, Ridde V. The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implementation Science* 2015;10(153):1-10.
- (8) Westhorp G. Using complexity-consistent theory for evaluating complex systems. *Evaluation* 2017;18(4):405-20.
- (9) Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation*. 1 ed. London: SAGE Publications Ltd; 1997.

- (10) Pfadenhauer ML, Gerhardus A, Mozygemba K, Lysdahl BK, Booth A, Hofmann B et al. Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science* 2017;12(21):1-17.
- (11) May RC, Johnson M, Finch T. Implementation, context and complexity. *Implementation Science* 2016;11(141):1-12.
- (12) Greenhalgh T, Humphrey C, Hughes J, Macfarlane F, Butler C, Pawson R. How Do You Modernize a Health Service? A Realist Evaluation of Whole-Scale Transformation in London. *The Milbank Quarterly* 2009;87(2):391-416.
- (13) Duit A, Galaz V, Eckerberg K, Ebbesson J. Governance, complexity, and resilience. *Global Environmental Change* 2010 April 20;20:363-8.
- (14) Byrne D, Callaghan G. Complexity Theory and the Social Sciences. The state of the art. first ed. New York: Routledge; 2014.
- (15) Ridde V, Robert E, Guichard A, Blaise P, van Olmen J. L'approche *Realist* à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *The Canadian Journal of Program Evaluation* 2012;26(3):37-59.
- (16) Health System Financing. The Path to Universal Coverage. Geneva: World Health Organisation; 2010.
- (17) Carrin G, James C and Evans B. David. Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System. Geneva: WHO Department of Health Systems Financing; 2005. Report No.: 1.
- (18) Social Mechanisms. An Analytical Approach to Social Theory. Cambridge : Cambridge University Press; 1998.
- (19) Richard V. Le financement de la santé en Afrique sub-Saharienne. *Médecine Tropicale* 2004;64(4):337-40.
- (20) Ridde V, Morestin F. Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique. Montréal, Canada : Teasdale-Corti Research Team website . 2009. Ref Type : Online Source

- (21) de Sardan J-PO, Ridde V. L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. *Afrique contemporaine* 2012;3(243):11-32.
- (22) Sow M, Diop M, Mbengue A, Abou A, Sall FL, Cissé A et al. Rapport d'analyse sur les dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services au Sénégal, 2005 et 2011. *African Health Monitor* 2013 July;46-50.
- (23) Khattry MMO, Ahmed TEOT, Sakho KA. Rapport sur les dépenses catastrophiques et l'impact des paiements directs sur l'appauvrissement des ménages : Cas de la Mauritanie. *African Health Monitor* 2013 July;(17):41-5.
- (24) Agyepong IA, Sewankambo N, Binagwaho A, Coll-Seck A-M, Corrah T, Ezech A et al. The path to longer and healthier lives for all Africans by 2030: the Lancet Commission on the future of health in sub-Saharan Africa. *The Lancet Commissions* 2017 September 13;1-57.
- (25) Ridde V, Girard J-E. Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé publique* 2004;16:37-51.
- (26) *An Unnecessary Evil? User fees for healthcare in low-income countries.* London: The Save the Children Fund; 2005.
- (27) James CD, Hanson K, McPake B, Balabanova D, Gwatkin D, Hopwood I et al. To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Applied Health Economic Health Policy* 2006;5(3):137-53.
- (28) de Sardan J-PO, Ridde V. Une politique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali, et au Niger. 1 ed. Paris : Karthala ; 2014.
- (29) Mbaye EM, Ridde V, Ka O. « Les bonnes intentions ne suffisent pas » : analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal. *Santé publique* 2013 January;25(1):107-12.

- (30) Étude sur la gratuité des soins de santé au Niger. INS Niger et l'Union européenne ; 2015 Juin.
- (31) Meessen B, Hercot D, Noirhomme M, Ridde V, Tibouti A, Tashobya CK et al. Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning* 2011;26:ii16-ii29.
- (32) McKinnon B, Harper S, Kaufman JS. Who benefits from removing user fees for facility-based delivery services? Evidence on socioeconomic differences from Ghana, Senegal and Sierra Leone. *Social Science & Medicine* 2015 May 3;135:117-23.
- (33) Mladovsky P, Ba M. Removing user fees for health services: A multi-epistemological perspective on access inequities in Senegal. *Social Science & Medicine* 2017 September;188:91-9.
- (34) Leye MMM, Diongue M, Faye A, Coumé M, Faye A, Tall AB et al. Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « Plan Sésame » au Sénégal. *Santé publique* 2012 November 11;25(1):101-6.
- (35) Ridde V, Queuille L and Kafando Y. Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest. Ouagadougou : CRCHUM/HELP/ECHO ; 2012.
- (36) Ridde V, Robert E, Meessen B. A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health* 2012;12(289):1-7.
- (37) Letourmy A. Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : l'exemple des pays africains. *Comptes Rendus Biologies* 2008 December;331(12):952-63.
- (38) Defourny J, Failon J. Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques. *Mondes en développement* 2011 January;153:7-26.
- (39) Alenda-Demoutiez J. Les mutuelles de santé dans l'extension de la couverture maladie au Sénégal. Une lecture par les conventions et l'économie sociale et solidaire Université de Lille ; 2016.

- (40) Saksena P, Antunes AF, Xu K, Musango L, Carrin G. Mutual health insurance in Rwanda: Evidence on access to care and financial risk protection. *Health Policy* 2010 September;1-7.
- (41) Boidin B. Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise. *Économie publique* 2012 January;28-29:47-70.
- (42) Sagna O, Seck I, Dia T, Sall FL, Diouf S, Mendy J et al. Étude de la préférence des usagers sur les stratégies de développement de la couverture sanitaire universelle à travers les mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor au sud-ouest du Sénégal. *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 2016 August;109(3):195-206.
- (43) Habib SS, Perveen S, Khuwaja HMA. The role of micro health insurance in providing financial risk protection in developing countries - a systematic review. *BMC Public Health* 2016;16(281):1-24.
- (44) Chemouni B. The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development* 2018;106:87-98.
- (45) Atim C, Diop F and Bennett S. Déterminants de Stabilité Financière des Mutuelles de Santé : Une Étude Menée dans la Région de Thiès du Sénégal. *Partners for Health Reform Plus*; 2005 Sep.
- (46) Criel B. District-based Health Insurance in Sub-Saharan Africa. Part I: From Theory to Practice. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 1998;9:1-153.
- (47) De Allegri M, Sanon M, Sauerborn R. "To enrol or not to enrol?": A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. *Social Science & Medicine* 2006 March;62(6):1520-7.
- (48) Dupré M. Quelles alternatives au financement direct de la santé dans les pays à faible revenu? Le cas des mutuelles de santé au Sénégal. In: Kerouedan D, editor. *Les enjeux de la santé*. Sud Paris : Santé internationale ; 2011. p. 273-88.

- (49) Xu K, Evans BD, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray JLC. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet* 2003 July 12;362:111-7.
- (50) Xu, K, Evans, B. David, Carrin, Guy, and Aguilar-Rivera, M. A. Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure. Geneva: WHO Department of Health Systems Financing; 2005. Report No.: 2.
- (51) Waelkens M-P, Coppieters Y, Laokri S, Criel B. An in-depth investigation of the causes of persistent low membership of community-based health insurance: a case study of the mutual health organisation of Dar Naïm, Mauritania. *BMC Health Services Research* 2017;17(535):1-18.
- (52) Criel B, Waelkens M-P. Declining subscriptions to the Malinado Mutual Health Organisation in Guinea-Conacry (West Africa): what is going wrong? *Social Science & Medicine* 2003;57:1205-19.
- (53) Sow O. Couverture des indigents à travers les mutuelles de santé : Étude de cas sur les expériences du Sénégal. FPS/USAID ; 2017.
- (54) Waelkens M-P and Criel B. Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne. État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche. Washington DC : The World Bank; 2004 Mar.
- (55) Criel B, Barry AN and von Roenne F. Le projet Prima en Guinée Conakry : une expérience d'organisation de mutuelle de santé en Afrique rurale. *Medicus Mundi Belgium* ; 2002. Report No.: 52.
- (56) Basaza R, Criel B, Van der Stuyft P. Community health insurance in Uganda: why does enrolment remain low? A view from beneath. *Health Policy* 2008 August;87(2):172-84.
- (57) Schneider M, Somers M. Organizations as complex adaptive systems: Implications of Complexity Theory for leadership research. *The Leadership Quarterly* 2006;17:351-65.

- (58) Jütting J. Health insurance for the poor? Determinants of participation in community-based health insurance schemes in rural Senegal. Paris: OECD Development Centre; 2003 Jan. Report No. : 204.
- (59) Carrin G and James C. Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : Problématiques conceptuelles-clé durant la période de transition. Geneva: World Health Organization; 2004.
- (60) Ekman B. Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning* 2004;19(5):249-70.
- (61) Jahan S. Human Development Report 2016. Human Development for Everyone. New York: United Nations Development Programme; 2016.
- (62) de Sardan J-PO, Diarra A, Moha M. Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Research Policy and Systems* 2017;15(60):71-87.
- (63) Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, Por I, Kimvan H, Meessen B. Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning* 2004;19(1):22-32.
- (64) de Savigny D and Adam T. Systems Thinking for Health Systems Strengthening. Geneva: World Health Organisation; 2009.
- (65) Lehmann U, Gilson L. Action learning for health system governance: the reward and challenge of co-production. *Health Policy and Planning* 2015;30:957-63.
- (66) Greenhalgh T, Wong G, Jagosh J, Greenhalgh J, Manzano A, Westhorp G et al. The RAMESES II study: developing guidance and reporting standards for realist evaluation. *BMJ Open* 2015;5:1-9.

- (67) Ridde V. From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research* 2015;15(suppl 3)(S6):1-11.
- (68) Meadows HD. *Thinking in Systems*. first ed. London: Earthscan; 2009.
- (69) Laszlo A and Krippner S. *Systems Theories: Their Origins, Foundations, and Development*. Amsterdam: Elsevier Science; 1998.
- (70) Busse R, Geissler A, Quentin W and Wiley M. *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. New York, USA: Open University Press; 2011.
- (71) Rechel B, Maresso A, Sagan A, Hernandez-Quevedo C, Williams G, Richardson E, Jakubowski E and Nolte E. *Organization and financing of public health services in Europe*. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies; 2018. Report No.: 49.
- (72) Stasse S, Campos da Silveira V, Vita D, Kimfuta J, Bossyns P, Criel B. Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity. *Global Health Action* 2015 January;1-36.
- (73) Soors W, Dkhimi F, Criel B. Lack of access to health care for African Indigents: a social exclusion perspective. *International Journal for Equity in Health* 2013;12(91):1-9.
- (74) Paul E, Sieleunou I, Ridde V. Comment utiliser l'expérience de financement basé sur les résultats (FBR) pour rendre l'achat des services de santé plus stratégique au Bénin? *Cahiers Réalisme* 2018 March;15:1-25.
- (75) Atchessi N, Ridde V, Haddad S. Combining user fees exemption with training and supervision helps to maintain the quality of drug prescriptions in Burkina Faso. *Health Policy and Planning* 2013;28:606-15.

- (76) Fisher Walker LC, Rudan I, Liu L, Nair H, Theodoratou E, Bhutta AZ et al. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. *The Lancet* 2013 April 20;381(9875):1405-16.
- (77) Ouedraogo A, Tiono BA, Diarra A, Sanon S, Yaro J-B, Ouedraogo E et al. Malaria Morbidity in High and Seasonal Malaria Transmission Area of Burkina Faso. *PLOS One* 2013 January;8(1):1-9.
- (78) Africa Health Strategy 2016 - 2030. African Union. Department of Social Affairs; 2018.
- (79) Collège Universitaire des Enseignants de Santé Publique (CUESP). Santé publique. 3ième ed. Elsevier/Masson ; 2015.
- (80) Williams RJ, Gavin EL, arter WM, lass E. Client and Provider Perspectives on Quality of Care. A systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine* 2015 August;49(2, Supplement 1):S93-S106.
- (81) Monasta L, Montico M, Ronfani L. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2017 July 15;390(10091):231-66.
- (82) Fenny PA, Asante AF, Eenemark U, Hansen SK. Treatment-Seeking Behaviour and Social Health Insurance in Africa: The Case of Ghana Under the National Health Insurance Scheme. *Global Journal of Health Science* 2014 October 27;7(1):296-314.
- (83) Ogaji SD, Giles S, Daker-White G, Bower P. Systematic review of patients' views on the quality of primary health care in sub-Saharan Africa. *SAGE Open Medicine* 2015 August 31;1-11.
- (84) Vidal L, Brehmer P, Cournac L, Descroix L and Fall AAS. Étude prospective en soutien à la programmation européenne conjointe : rapport final (État des connaissances scientifiques sur les grands enjeux du développement, scénarios d'évolution au Sénégal). Dakar : IRD ; 2016 Jan.

- (85) Mashamba-Thompson PT, Jama AN, Sartorius B, Drain KP, Thompson MR. Implementation of Point-of-Care Diagnostics in Rural Primary Healthcare Clinics in South Africa: Perspectives of Key Stakeholders. *Diagnostics* 2017 January 8;7(3):1-12.
- (86) Ridde V, Yaogo M, Zongo S, Somé P-A, Turcotte-Tremblay A-M. Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso: A qualitative multiple case study. *International Journal Health Planning and Management* 2017 May 25;33:e153-e167.
- (87) De Man J, Mayega RW, Sarkar N, Waweru E, Leys M, van Olmen J et al. Patient-Centered Care and People-Centered Health Systems in Sub-Saharan Africa: Why So Little of Something So Badly Needed? *The International Journal of Person Centered Medicine* 2016;6(3):162-73.
- (88) Baltussen RM, Yé Y, Haddad S, Sauerborn RS. Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. *Health Policy and Planning* 2002 March;17(1):42-8.
- (89) Alhassan RK, Nketiah-Amponsah E, Arhinful DK. Design and implementation of community engagement interventions towards healthcare quality improvement in Ghana: a methodological approach. *Health Economics Review* 2016;6(49):1-13.
- (90) Tiembre I, Bénié Bi Vroh J, Attoh-Touré H, Alla KJ, N'Guessan H, Tagliante-Saracino J. Amélioration de la qualité de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Côte d'Ivoire. *Santé publique* 2013;25(4):499-505.
- (91) Faye A, Fournier P, Diop I, Philibert A, Morestin F, Dumont A. Developing a tool to measure satisfaction among health professionals in sub-Saharan Africa. *Human Resources for Health* 2013;11(30):1-11.
- (92) Alhassan RK, Spieker N, van Ostenberg P, Ogink A, Nketiah-Amponsah E, de Wit TFR. Association between health worker motivation and healthcare quality efforts in Ghana. *Human Resources for Health* 2013;11(37):1-11.

- (93) Agyeman-Duah JNA, Theurer A, Munthali C, Alide N, Neuhann F. Understanding the barriers to setting up a healthcare quality improvement process in resource-limited settings: a situational analysis at the Medical Department of Kamuzu Central Hospital in Lilongwe, Malawi. *BMC Health Services Research* 2014;14(1):1-10.
- (94) Kanamori S, Sow S, Castro CM, Matsuno R, Tsuru A, Jimba M. Implementation of 5S management method for lean healthcare at a health center in Senegal: a qualitative study of staff perception. *Global Health Action* 2015 April 7;8(1):1-9.
- (95) Kanamori S, Castro CM, Sow S, Matsuno R, Cissokho A, Jimba M. Impact of the Japanese 5S management method on patients' and caretakers' satisfaction: a quasi-experimental study in Senegal. *Global Health Action* 2016;1-14.
- (96) Pirkle MC, Dumont A, Zunzunegui M-V. Medical recordkeeping, essential but overlooked aspect of quality of care in resource-limited settings. *International Journal for Quality in Health Care* 2012 July 13;24(6):564-7.
- (97) Zombré D, De Allegri M, Ridde V. Immediate and sustained effects of user fee exemption on healthcare utilization among children under five in Burkina Faso: A controlled interrupted time-series analysis. *Social Science & Medicine* 2017 April;179:27-35.
- (98) Philibert A, Ridde V, Bado A, Fournier P. No effect of user fee exemption on perceived quality of delivery care in Burkina Faso: a case-control study. *BMC Health Services Research* 2014;14(120):1-8.
- (99) Fournier P, Dumont A, Tourigny C, Philibert A, Coulibaly A, Traoré M. The Free Caesareans Policy in Low-Income Settings: An interrupted Time Series Analysis in Mali (2003-2012). *PLOS One* 2014 August;9(8):1-9.
- (100) Kanamori S, Shibanuma A, Jimba M. Applicability of the 5S management method for quality improvement in health-care facilities: a review. *Tropical Medicine and Health* 2016;44(21):1-8.

- (101) Robert E, Samb MO, Marchal B, Ridde V. Building a middle-range theory of free public healthcare seeking in sub-Saharan Africa: a realist review. *Health Policy and Planning* 2017;32:1002-14.
- (102) World Health Organisation. Declaration on strengthening district health systems based on primary health care, Harare, Zimbabwe. Geneva: WHO; 1987 Aug 7. Report No. : WHO/SHS/DHS/87,13.
- (103) Renouveler la stratégie du district sanitaire pour faire avancer la Couverture Sanitaire Universelle en Afrique. Dakar, Sénégal : HHA ; 2013 Oct 23.
- (104) Sani R, Sanoussi S, Didier JL, Salifou GM, Abarchi H. Rural Surgery in Niger: A Multicentric Study in 21 District Hospitals. *Indian Journal of Surgery* 2015 December;77(Suppl 3):S822-S826.
- (105) Sani R, Nameoua B, Yahaya A, Hassane I, Adamoe R, Hsia YR et al. The Impact of Launching Surgery at the District Level in Niger. *World Journal of Surgery* 2009;33:2063-8.
- (106) Luboga S, Macfarlane BS, von Schreeb J, Kruk EM, Cherian NM, Bergström S et al. Increasing Access to Surgical Services in Sub-Saharan Africa: Priorities for National and International Agencies Recommended by the Bellagio Essential Surgery Group. *PLoS Medicine* 2009 December;6(12):1-5.
- (107) Gajewski J, Conry R, Bijlmakers L, Mwapasa G, McCauley T, Borgstein E et al. Quality of Surgery in Malawi: Comparison of Patient-Reported Outcomes After Hernia Surgery Between District and Central Hospitals. *World Journal of Surgery* 2018 June;42(6):1610-6.
- (108) Gajewski J, Dharamshi R, Strader M, Kachimba J, Borgstein E, Mwapasa G et al. Who accesses surgery at district level in sub-Saharan Africa: Evidence from Malawi and Zambia? *Tropical Medicine and International Health* 2017 October;22:1533-41.

- (109) Gajewski J, Mweemba C, Cheelo M, McCauley T, Kachimba J, Borgstein E et al. Non-physician clinicians in rural Africa: lessons from the Medical Licentiate programme in Zambia. *Human Resources for Health* 2017;15(53):1-9.
- (110) Kaboré C, Ridde V, Kouanda S, Agier I, Queuille L, Dumont A. Determinants of non-medically indicated Cesarean deliveries in Burkina Faso. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2016;135:S58-S63.
- (111) Bossyns P. The referral system: a neglected element in the health district concept. Chapter 4: Failing to save lives. About inadequate management of human resources and unmet need for care of pregnant women. Brussels: Free University Brussels; 2006.
- (112) Bossyns P, Abache R, Abdoulaye MS, Van Lerberghe W. Unaffordable or Cost-effective? Introducing an emergency referral system in rural Niger. *Tropical Medicine and International Health* 2005;10(9):879-87.
- (113) Jacobs B, Men C, Sam Sam O, Postma S. Ambulance services as part of the district health system in low-income countries: A feasibility study from Cambodia. *International Journal Health Planning and Management* 2016;31:414-29.
- (114) Bossyns P, Van Lerberghe W. The Weakest Link: Competence and Prestige as Constraints to Referral by Isolated Nurses in Rural Niger. *The Human Factor in the Referral System*. *Human Resources for Health* 2004;(2):1-11.
- (115) Bossyns P, Abache R, Abdoulaye MS, Miyé H, Depoorter A-M, Van Lerberghe W. Monitoring the referral system through benchmarking in rural Niger: an evaluation of the functional relation between health centres and the district hospital. *BMC Health Services Research* 2006;6(51).
- (116) Ridde V. L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé. Washington: The World Bank; 2004 Oct.

- (117) Kironde S, Kahirimbanyi M. Community participation in primary health care (PHC) programmes: Lessons from tuberculosis treatment delivery in South Africa. *African Health Sciences* 2002 April;2(1):16-23.
- (118) Zakus JD, Lysack CL. Revisiting community participation. *Health Policy and Planning* 1998 March;13(1):1-12.
- (119) Rifkin BS. Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health* 2009 February 20;1:31-6.
- (120) McCoy CD, Hall AJ, Ridge M. A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning* 2012;27:449-66.
- (121) Sombié I, Ilboudo OSD, Soubeiga AK, Samuelsen H. Comprendre l'influence des facteurs contextuels sur la participation communautaire à la santé : une étude de cas dans le district sanitaire de Tenkodogo, au Burkina Faso. *Global Health Promotion* 2015 August;24(3).
- (122) Ndiaye P, Tal-Dia A, Sambou R, Wone I, Diallo I. Bilan et perspectives de la participation communautaire au centre hospitalier régional de Ziguinchor, Sénégal). *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé* 2003;12(4):383-7.
- (123) Fassin D, Jeannée E, Salem G, Réveillon M. Les enjeux sociaux de la participation communautaire : les comités de santé à Pikine (Sénégal). *Sciences Sociales et Santé* 1996 November;4(3-4):205-21.
- (124) Xu K, Evans BD, Kadama P, Nabyonga J, Ogwal OP, Nabukhonzo P et al. Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditure in Uganda. *Social Science & Medicine* 2006;62:866-76.
- (125) Michielsen JAJ, Meulemans H, Soors W, Ndiaye P, Devadasan N, De Herdt T et al. Social protection in health: the need for a transformative dimension. *Tropical Medicine and International Health* 2010 June;15(6):654-8.

- (126) Jones L and Bahadur A. Options for including community resilience in the post-2015 development goals. London: Overseas Development Institute Climate and Environment Programme; 2013 Oct.
- (127) Sanders D, Labonte R, Baum F, Chopra M. Making research matter: a civil society perspective on health research. *Bulletin of the World Health Organization* 2004 October;82:757-63.
- (128) Analysing and Addressing Governance in Sector Operations. Belgium: EuropeAid; 2008 Nov. Report No.: 4.
- (129) Brixi HP, Lust EM and Woolcock M. Trust, Voice, and Incentives. Learning from Local Success Stories in Service Delivery in the Middle East and North Africa. Washington, D.C.; 2015 Apr 16. Report No.: 95769.
- (130) Klugman J ed. A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies. Volume 2: Macroeconomic and Sectoral Approaches. Washington, D.C.: Worldbank; 2002. Report No.: 29800 v2.
- (131) Governance and Development. Brussels: Commission of the European Communities; 2003 Oct 20. Report No.: 615.
- (132) Leloup F, Brot J, Gérardin H. L'État, acteur du développement. Paris: Karthala; 2012.
- (133) Hill SP. Understanding global health governance as a complex adaptive system. *Global Public Health* 2011 September 1;6(6):593-605.
- (134) Kaufmann D, Kraay A and Mastruzzi M. Governance Matters VIII. Aggregate and Individual Governance Indicators 1996-2008. Washington: World Bank; 2009 Jun. Report No.: 4978.
- (135) Harari YN. *Sapiens. A Brief History of Humankind*. first ed. London: Penguin Random House; 2011.
- (136) Marschall P. Evidence-oriented approaches in development cooperation: experiences, potential and key issues. Bonn, Germany; 2018 Apr.

- (137) Musango L, Nabyonga Orem J, Elovainio R, Kirigia J. Moving from ideas to action - developing health financing systems towards universal coverage in Africa. *International Health and Human Rights* 2012;12(30):1-11.
- (138) Rottingen J-A, Ottersen T, Ablo A, Arhin-Tenkorang D, Benn C, Elovainio R, Evans BD, Fonseca EL, Frenk J and McCoy D. *Shared Responsibilities for Health. A Coherent Global Framework for Health Financing*. London: Chatham House; 2014.
- (139) Fenny PA, Yates R, Thompson R. Social health insurance schemes in Africa leave out the poor. *International Health* 2017 November 20;1-3.
- (140) Ravit M, Audibert M, Ridde V, De Loenzien M, Schantz C, Dumont A. Do free caesarean section policies increase inequalities in Benin and Mali? *International Journal for Equity in Health* 2018;17(71):1-12.
- (141) *Towards universal coverage in the majority world: the cases of Bangladesh, Cambodia, Kenya and Tanzania*. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH; 2016. Report No.: 1.