

Commentaire

La co-construction des changements dans l'offre de santé communautaire au Sénégal

Abdou S. Fall¹ et Rokhaya Cissé¹

Résumé : L'expérience de collaboration entre chercheurs et le ministère de la santé favorise les usages sociaux des résultats de la recherche sur la santé des communautés. Cette contribution expose l'apport de la recherche partenariale dans la lutte contre les inégalités de santé. À la suite d'un diagnostic partagé avec l'ensemble des acteurs (praticiens et usagers) permettant d'identifier les raisons de la sous fréquentation des structures de santé équipées et rénovées, trois innovations ont été introduites : (a) chirurgie de district, (b) mutuelles de santé et (c) tarification forfaitaire. Dans les quatre régions du centre du Sénégal où cette expérience a été initiée, la recherche effectuée a permis de comprendre les processus et les épreuves permettant une « co-construction » de savoirs entre praticiens et chercheurs, dans un contexte d'accès aux soins relativement faible. Cet article met en relief l'importance de cette co-construction favorisant les engagements concertés pour des changements pertinents en faveur d'une meilleure offre de proximité, plus équitable et davantage accessible aux communautés. (*Global Health Promotion*, 2014; 21 Supp. 1: 23–30).

Mots clés : inégalités de santé, co-construction des savoirs, innovations, programmes locaux et régionaux de santé

Introduction

À l'origine, le ministère de la santé et la coopération technique belge intervenaient dans différentes villes des régions au centre du Sénégal en deux phases, ((a) Gossas, Kaffrine, Kougheul, Sokone ; puis (b) Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack), pour y permettre une meilleure accessibilité aux soins de santé. Le premier programme initié à cet effet, le Projet d'Appui aux Systèmes de Santé des Régions Médicales de Kaolack et Fatick (ASSRMKF) collabore avec les régions médicales. Au bout de deux ans, des centres de santé et des postes de santé ont été réhabilités. Néanmoins, le programme a observé une faible fréquentation des structures sanitaires dans toutes ces régions. En effet, les difficultés en matière d'accessibilité géographique s'ajoutent aux moyens limités des populations dans ces régions. Elles cumulent plusieurs désavantages,

telles que l'enclavement et le dénuement matériel qui ne facilitent pas l'accès aux structures de santé (1).

Aussi, les responsables se tournent vers l'université, en particulier le Laboratoire de Recherche sur les Transformat Economiques et Sociales de l'Institut Fondamental d'Afrique Noire (LARTES-IFAN), qui propose une offre de service d'étude de type universitaire, en direction des acteurs de développement.

Les responsables du programme et ceux du Ministère de la Santé considèrent que les travaux antérieurs du LARTES-IFAN ainsi que l'expertise de son équipe de chercheurs aideront à analyser les raisons de la sous fréquentation des structures de santé et proposeront des solutions. Une étude des perceptions des populations sur l'offre de soins est engagée en 2007, pendant six mois, impliquant une dizaine de sociologues et économistes. L'enquête

1. Laboratoire de Recherche sur les Transformations Economiques et Sociales (LARTES), Institution Fondamental d'Afrique Noire (IFAN), l'Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.

Correspondance à : Abdou S Fall, Laboratoire de Recherche sur les Transformations Economiques et Sociales de l'Institut Fondamental d'Afrique Noire (LARTES-IFAN), Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal. Email : fallabdousalam@gmail.com

situationnelle sur la perception de l'offre de soins a fait ressortir les spécificités d'une zone fortement caractérisée par une série de manquements au niveau de l'offre de soins (plateau technique, implication des personnels communautaires dans les soins, etc.), de l'accessibilité géographique (impraticabilité des routes, indisponibilité de moyens de transport, d'ambulances en cas d'urgence, etc.), financière (imprévisibilité des coûts des soins et des médicaments) et socioculturelle (accueil peu satisfaisant et faiblesse des habiletés socioculturelles chez nombre de prestataires). Cette situation se posait comme une entrave importante à la qualité de l'offre de soins (2). La démarche est fondée sur l'approche participative et les données sont exploitées selon des outils simples, qui rendent les résultats accessibles aux communautés et aux praticiens.

Le diagnostic rendu par la recherche est largement partagé dans l'ensemble des structures de santé et communautés enquêtées qui se l'approprient activement.

Cette adhésion se traduit par l'introduction de trois innovations ((a) chirurgie de district, (b) mutuelles de santé et (c) tarification forfaitaire) qui ont contribué fortement à lever les contraintes liées à la sous fréquentation. Ces contraintes sont relatives au faible accès aux soins spécialisés, au paiement des médicaments et à l'absence de prévisibilité des coûts des soins.

Depuis 2007, des changements ont été apportés au niveau des zones pilotes du projet. À Sokone et Kaffrine, ces structures de santé ont reçu des équipements pour la chirurgie et des ambulances, afin de faciliter l'accès aux soins et le transport des populations riveraines.

La recherche action est au cœur des initiatives. Certaines interventions telles que la chirurgie essentielle, l'assurance maladie des élèves et la tarification forfaitaire ont fait l'objet d'une réflexion systématique. Des thèmes de recherche ont été identifiés par des équipes cadre de district, et avec l'encadrement et l'appui du projet, des avancées significatives ont été enregistrées (3).

Si l'on prend exemple sur le service d'ophtalmologie à Koungheul, une affluence est notable avec 70 voire 80 patients par jour. L'explication est que la population se rendait à Kaolack ou Tamba pour se faire soigner, mais depuis que le service est disponible, les malades font leurs consultations et interventions au niveau de la structure.

Pour le service dentaire à Koungheul, la population se déplaçait vers les zones déjà citées pour se faire consulter. Au début, il n'y avait pas une véritable affluence, mais de bouche à oreille les populations ont été au courant de ce nouveau service et viennent maintenant en masse. La consultation journalière tourne autour de 15 à 20 personnes/patients par jour.

En effet, l'étude sur la perception communautaire de la qualité des prestations offertes dans les structures sanitaires (2) réalisée au début du projet par un groupe de chercheurs composés d'anthropologues et de sociologues, mettait en exergue des facteurs défavorables à l'utilisation des postes et centres de santé : la vétusté des infrastructures (jugées inadéquates) pour pouvoir assurer des conditions optimum de dispensation des soins (particulièrement les accouchements), l'absence de commodités pour les accompagnants, les contraintes matérielles et l'instabilité du personnel qualifié (entre autre à cause du manque de logement).

Trois ans plus tard, les chercheurs du LARTES-IFAN sont à nouveau conviés à mesurer l'impact du programme, qui a révélé des effets très positifs de l'intervention, notamment des innovations introduites avec efficacité et durabilité. Plusieurs effets ont été observés :

1. La qualité des soins : Elle s'est améliorée avec la disponibilité de compétences jadis inexistantes (chirurgiens et sages-femmes). Les supervisions sont plus régulières et le monitoring est continu.
2. La disponibilité d'un plateau technique plus relevé et la formation dispensée aux acteurs devant assurer leur fonctionnalité.
3. La réhabilitation et/ou la réfection des postes de santé : Au niveau des centres de santé, de nouveaux services ont été créés, et des bâtiments ont été également construits, dans le but de faciliter l'accès à des soins de qualité. Ces nouvelles interventions du projet constituent des facteurs déterminants à l'augmentation du taux de fréquentation des certaines structures de santé comme le notent les prestataires interrogés. Par exemple, la maternité est bien fréquentée également au centre de santé de Koungheul, où les consultations prénatales (CPN) se font tous les jours même le dimanche. Les femmes viennent même de Koumpentoum et des villages environnants. Elles évaluent positivement les prestations et le traitement qu'elles reçoivent

dans ces structures. La consultation journalière tourne autour de 50 patientes.

4. La continuité des services : Avec l'ouverture de ces nouveaux services, le projet ASSRMKF s'est donné les moyens de rendre disponible du personnel (chirurgiens). Il a appuyé pour l'affectation de personnel (sage-femme).
5. L'équipement : Le projet a également doté des structures de santé, d'équipements (à savoir, des motos pour les Infirmiers Chef de Poste), afin de faciliter la mobilité des zones enclavées, surtout en période hivernale et la vaccination en stratégies avancées. Des ambulances sont également mises à la disposition des centres et postes de santé, facilitant la référence rapide des urgences.
6. La formation des comités de santé et des dépositaires : Certains membres du comité de santé et les dépositaires ont été formés à la gestion administrative et financière des centres et postes de santé.
7. La construction de dépôts pour les médicaments (Sokone), de salles d'hospitalisation (Kaffrine), bureau du comité de santé, service d'accueil d'urgence et cabinet dentaire : La construction des bureaux pour les comités de santé, de salles d'accueil, d'urgence et de cabinet dentaire est également une des forces de ce projet, et apporte une évaluation favorable du travail du projet.

Les recommandations proposées par l'équipe de chercheurs ont permis au projet ASSRMKF d'améliorer entre autres le plateau technique des districts sanitaires de Sokone et Kaffrine, d'introduire la chirurgie et la tarification forfaitaire et la mise en place des mutuelles de santé et l'assurance élève.

Cette collaboration entre chercheurs et intervenants se prolonge par une seconde évaluation-accompagnement des praticiens. L'évaluation finale en 2012 du second Programme d'Appui au Développement de la Micro-assurance Santé au Sénégal (PAMAS) positionne la mise en place des mutuelles au niveau de toutes les régions comme une anticipation de la politique de couverture universelle des maladies engagée en 2013 par le Gouvernement du Sénégal. Cet article relate cette expérience innovante de recherche partenariale réalisée par le LARTES-IFAN et le ministère de la santé/Coopération Technique Belge. Deux études de cas dans les régions du centre du Sénégal servent de point d'appui et

mettent en relief l'importance de la recherche partenariale en faveur d'engagements concertés pour des changements pertinents des réformes du système de santé dans les régions du centre du pays.

Des exemples d'opérationnalisation de la recherche partenariale dans la région du centre du Sénégal

Au Sénégal, la pauvreté des individus et les prix élevés des services de santé sont cependant une des principales causes de non-recours aux services de santé (4).

En effet, les individus et les groupes qui se trouvent plus ou moins démunis en matière de santé se caractérisent par diverses vulnérabilités, qui agissent le plus souvent sur leur état de santé en limitant les capacités d'accès au système de santé. Ces vulnérabilités multiples concernent des groupes de populations de par les caractères propres de leur environnement.

De manière générale, les individus vulnérables peuvent être caractérisés par une insuffisance de moyens pour répondre à des situations déstabilisantes et à des événements perturbateurs ou se prémunir contre eux (5). Dans le cas de la vulnérabilité sanitaire, il s'agit des individus qui ne peuvent accéder, de façon appropriée, aux moyens de prévention et aux soins de santé.

Lorsque les ménages ont un faible accès aux soins de santé, ils ont recours à des méthodes thérapeutiques non modernes, et cela accroît leur risque de vulnérabilité. Cissé *et al.* (6) montrent qu'au Sénégal, l'auto-traitement, c'est-à-dire les soins effectués à domicile, est une démarche thérapeutique fréquente.

De plus, l'enquête Vulnérabilités et Pauvreté Chronique 2008/2009, réalisée par le LARTES montre que 52 % des individus ont recours à un traitement moderne lors de la survenue de la maladie. Cette majorité d'individus ayant recours au traitement moderne peut s'expliquer par une flexibilité dans l'accès aux soins de santé et par le degré de la maladie. En effet, la survenue de certaines maladies amène les ménages même pauvres à avoir recours très tôt aux soins de santé compte tenu des types de rapports qu'entretient la personne malade avec les membres au sein de la cellule familiale ou amicale. Il s'agit ici de formes de solidarité encore vivaces face à un choc comme la

maladie. La proportion de ceux qui ont recours à un traitement traditionnel est de 16 %, pendant que ceux qui ont recours à un traitement hybride représentent 28 %.

Les régions de Kaolack, Kaffrine, et Fatick n'échappent pas à cette tendance de sous-utilisation des structures de santé due au recours tardif de la population aux services sanitaires. Cette situation s'explique surtout par la concentration des moyens dans les structures de santé urbaines qui prennent le dessus sur les centres de santé ruraux où les populations trouvent des difficultés pour se déplacer, payer leurs soins et avoir une relation privilégiée avec le personnel soignant. Le ratio de la population pauvre en fonction du seuil national de pauvreté était estimé en 2005 à 50,8 % par la Banque Mondiale (7).

Les régions de Kaolack, Kaffrine et Diourbel sont parmi les régions de très forte pauvreté et celle de Fatick parmi celles de forte pauvreté. La couverture en poste de santé est en moyenne de 1 pour 11.000 habitants et d'un centre de santé pour 200.000 habitants. 58 % de la population rurale vit à moins de 30 minutes d'un centre de santé. Sur les 920 postes de santé, plus de 200 ne disposent pas de capacité pour accueillir les accouchements dans des conditions minimales de sécurité. La mortalité maternelle est de 434 pour 100.000 naissances vivantes en 2005. Selon les estimations, on compte un médecin pour 22.460 habitants, un infirmier pour 10.381 et une sage-femme pour 17.219 habitants. Mais sur les 413 médecins recensés dans la fonction publique, 309 soit près des trois-quarts exercent à Dakar, qui ne compte que 2,4 millions d'habitants, soit moins de 22 % de la population totale (8).

Un premier terrain d'application pour la recherche partenariale : le projet d'ASSRMKF

Une première étude, intitulée « Evaluation de la perception communautaire sur les prestations offertes dans les formations sanitaires des districts de Sokone, Gossas, Kaffrine et Koungeul » (2), après quatre ans d'interventions du projet ASSRMKF, démontrait de quelles façons l'introduction de la petite chirurgie de district articulée à d'autres innovations techniques et managériales, notamment la tarification forfaitaire et la réhabilitation des

postes de santé et maternités de proximité, permettent de réaliser à la fois l'accessibilité géographique, financière et la qualité de l'offre de santé. L'accessibilité géographique et financière s'est trouvée renforcée, évitant ainsi aux populations d'avoir à se déplacer, avec les coûts supplémentaires et des délais d'attente suffisant pour décourager nombre de malades ou à réduire leur moral. Le succès se matérialise également par un accroissement des recettes des centres de santé. Les structures de santé qui étaient déficitaires dans la zone d'intervention du projet en 2007, dégagent maintenant des bénéfices qui peuvent être substantiels de l'ordre de 5.291.260 Francs Cfa à Fatick et 620.847 Cfa pour Kaffrine.

Depuis 2006, le programme a réalisé un certain nombre d'interventions au niveau des structures de santé relevant de sa zone de responsabilité. Elles vont de la tarification forfaitaire à la mise en place d'une offre chirurgicale au niveau des districts sanitaires de Sokone et Kaffrine, en passant par la réhabilitation de postes de santé, la construction de maternités, l'équipement des services de santé, la création de mutuelles individuelles pour les élèves et familiales, etc.

Ces réalisations ayant couvert une large échelle sont globalement bien appréciées par les populations, du fait qu'elles permettent des avancées importantes en termes d'accessibilité géographique et financière aux services de santé. Ces nouvelles interventions du projet constituent des facteurs déterminants à l'augmentation du taux de fréquentation de certaines structures de santé, comme le notent les prestataires interrogés.

L'accessibilité géographique est devenue plus facile (réduction des coûts de référence et du transport). Les populations n'ont plus besoin de rallier Kaolack ou Tambacounda pour se soigner. Aussi la création de services de proximité (maternité, etc.) limite les distances parcourues et les risques liés à la vétusté des routes. Par exemple, en 2009, 100 % des cas référés des postes de santé sont effectivement reçus au centre de santé de Sokone (9).

Certaines affections sont rapidement prises en charge, grâce à l'ouverture de services tels que la chirurgie, la radiologie, l'ophtalmologie, la maternité, etc. Des avancées similaires ont été notées dans les postes de santé avec la construction de maternités, permettant aux femmes d'accoucher dans les structures de santé. En d'autres termes, la

prise en charge des femmes est devenue plus aisée avec les CPN pratiquées quotidiennement.

Le succès de la tarification forfaitaire repose sur l'introduction d'une approche basée sur un paquet de services qui favorise la complétude des soins, une meilleure prévisibilité des coûts, une simplification du paiement des prestations et une meilleure transparence dans la gestion financière. Elle a également comme conséquence une meilleure accessibilité financière, une augmentation du taux de fréquentation, comme le disent les prestataires.

Les innovations apportées, en termes de tarification forfaitaire pour des actes onéreux (chirurgie), d'assurances maladie à des catégories vulnérables comme les élèves, facilitent la fréquentation et la prévisibilité des coûts liés aux soins de santé. De même, pour les mutuelles qui ont été renforcées par la tarification forfaitaire. Une mutuelle familiale et une mutuelle des élèves ont été créées. Les succès des mutuelles reposent sur une adhésion massive aux mutuelles et les avantages dont bénéficient les adhérents aux mutuelles (réduction de 50 % sur la tarification forfaitaire) ont dopé cette stratégie.

Un deuxième terrain d'application pour la recherche partenariale : PAMAS

Une seconde étude portant sur l'évaluation finale du PAMAS au Sénégal (8) dans les mêmes régions a porté sur la perception des prestataires de services de santé sur les mutuelles de santé émergentes. Il s'agissait de la mission d'évaluation finale qui devait interroger la stratégie du projet, un bilan des activités axé sur la pertinence des objectifs, la qualité du partenariat, ainsi que le cadre institutionnel et fonctionnel. Les groupes d'intérêt concernés par l'évaluation ont été les bénéficiaires directs et indirects : les mouvements associatifs et communautaires, les structures sanitaires et le personnel de santé appuyés par le projet, et enfin les autres acteurs intervenant dans le cadre du développement de la Micro-assurance Santé au Sénégal.

L'élan des mutuelles dépend des facilités consenties par les institutions locales de proximité. Les évidences sur le succès des mutuelles sont liées à une meilleure exigence des soignés sur la qualité des services, une amélioration de l'accès à l'information sur l'offre de soins, une fréquentation

précoce des structures de santé, une meilleure prévisibilité des coûts des soins et une réduction de la suspicion relative au manque de transparence des prestataires.

Selon la perception des populations, les mutuelles ont également contribué à la réduction des traitements incomplets. L'introduction de la mutuelle des élèves et les mutuelles familiales répond à un besoin fortement exprimé. Au démarrage en 2007, la zone de projet couvrait quatre mutuelles or à la rentrée 2009/2010, la couverture se situait à 17 % et 36 %, respectivement à Fatick ; et de Foundiougne, avec une adhésion de 14 % et 47 % des élèves.

Dans la région de Kaffrine, les mutuelles de santé ont contribué à rendre plus large le paquet de prestations offert (appui au diagnostic, chirurgie, analyse, etc.). L'accès facile aux médicaments et le recours précoce aux structures sanitaires permettent aux prestataires de soins de hausser le niveau des indicateurs de santé, avec la réduction des maladies graves comme le neuropaludisme, du fait de la diminution des délais de recours.

À Sokone, on enregistre un taux de pénétration de 10 %, qui peut s'expliquer par la qualité de l'offre de soins avec le relèvement du plateau technique (chirurgie, imagerie médicale et banque de sang) dans ces districts, mais par l'établissement de la tarification forfaitaire, qui rapproche les populations des mutuelles de santé.

Comment les innovations sont introduites

Le programme ASSRMKF a mis en place trois principales interventions, qui visaient à introduire des innovations intéressantes dans le fonctionnement des districts et dans l'offre de santé des structures de santé.

Ces innovations ne sont pas passées inaperçues auprès des populations des prestataires de soins, des écoles accueillant les élèves bénéficiaires de l'assurance maladie. Elles ont enregistré un certain nombre de succès, mais comportent par endroit des attentes insatisfaites, qui ont été résumés à travers des outils participatifs : le succès, échec, potentiels et obstacles (SEPO) et le Cadre H (points forts et points faibles, autour de la question de la sous-utilisation des structures de santé et les solutions majeures envisagées). Ils offrent des résultats intéressants sur la perception du projet par les bénéficiaires qui sont présentés ci-après.

La chirurgie de district

La chirurgie est considérée par les populations comme une innovation majeure qui a été rendue possible, grâce à l'effort du projet d'ASSRMKF, qui s'est mis à l'écoute des populations pour adapter l'offre de soins en introduisant la chirurgie de district. Il s'agit d'une des interventions phares du projet ASSRMKF. Elle est très appréciée par les prestataires, les bénéficiaires, leurs familles et les membres du comité de santé. Le succès repose sur trois facteurs : attrait, accessibilité et qualité.

À Kaffrine, la chirurgie générale a été initiée en 2008 avec l'appui du projet ASSRMKF, qui a équipé le bloc opératoire. L'ouverture de la chirurgie générale est d'une grande importance pour les populations de Kaffrine et environs, car elles vont être prises en charge sur place pour leurs besoins d'interventions chirurgicales. Ce service reçoit en même temps les patients venant d'autres districts, comme Koungheul. Au courant de l'année 2010 (de janvier au mois de mai) le service a eu à faire 84 interventions chirurgicales et 128 césariennes (9).

La chirurgie de district a donc contribué à relever le plateau technique et à exercer une meilleure attractivité des centres de santé. L'accessibilité géographique et financière s'est trouvée renforcée, évitant ainsi aux populations d'avoir à se déplacer à Kaolack ou à Dakar, avec les coûts supplémentaires et des délais d'attente suffisants pour décourager une bonne partie des malades ou à réduire leur moral.

Le succès se matérialise également par un accroissement des recettes des centres de santé. Les populations n'hésitent pas à assimiler la chirurgie de district à une médecine « *bu xeewële* » (accessible au grand nombre) ou « *bu xarañ* » (de qualité), ou encore « *bu mucçayib* » (hors de critique). Cependant, les coûts restent élevés relativement au niveau de revenus des ruraux qui pour une opération, doivent encore faire face à des stratégies de solidarité au sein de leur famille.

Un tel succès suscite de nouveaux besoins qu'expriment les populations : relever continuellement le plateau technique. C'est ainsi que des demandes en orthopédie et en ophtalmologie émergent dans un environnement où les risques d'accident sont fréquents, avec l'usage fréquent des mototaxis (7). Les accidents avec les chevaux et les ânes (utilisés

comme animaux de traite) sont également fréquents. Le fonctionnement des structures de santé abritant la chirurgie de district crée d'autres besoins, en termes de réactifs de laboratoire et une banque de sang, pas encore couverts. Ces nouveaux besoins appellent un intérêt plus marqué pour les mutuelles, qui dans certains districts prennent en charge 65% des coûts de la chirurgie, 100% pour les élèves disposant de l'Assurance Maladie Elèves (AMEL).

Les mutuelles de santé

La mutuelle de santé de Sokone est née à partir d'une initiative locale partie du centre de santé. Elle a commencé ses activités en 2009 avec l'appui de l'ASSRMKF et poursuivi avec le PAMAS. La mutuelle de santé a été créée pour faciliter l'accès financier aux soins pour les populations de la zone, qui sont pour la plupart pauvres.

La mutuelle comprend deux volets : (a) l'AMEL et (b) la mutuelle familiale.

Les mutuelles de santé offrent à leurs adhérents une couverture appréciable et des garanties plus conséquentes pour la prise en charge des besoins de soins de santé. Elles recherchent à réduire les barrières financières et géographiques d'accès aux soins de qualité. Elles représentent un moyen pour les patients bénéficiaires de recourir précocement aux structures de santé dès les premiers signes de maladie. Globalement, les prestataires comme les bénéficiaires sont convaincus que la mutualité peut améliorer l'accessibilité aux soins.

Par exemple, à Kaffrine, la mutuelle de santé de Nguerane Fass « *Yombal Faju* » a le plus fort taux de pénétration, 45%; vient ensuite celle de « *Yombal paj mi* » de Ndiognik, avec 19%. La mutuelle de santé de Nguerane Fass développe des stratégies (champ collectif) pour augmenter le nombre d'adhésions.

De plus, les avantages dont bénéficient les adhérents par rapport aux mutuelles (par exemple, réduction de 50% sur la tarification forfaitaire) ont dopé cette stratégie à travers la hausse du recours aux soins de santé, pensent les prestataires. Les mutuelles sont perçues comme un creuset de soutien aux familles d'où le terme local « *ndimbal jaboot* » que les populations emploient régulièrement pour les nommer. Elles facilitent l'accès financier aux soins, en particulier pour les traitements lourds (comme la chirurgie...). Selon la perception des

populations, les mutuelles ont également contribué à la réduction des traitements incomplets. L'introduction de l'AMEL et les mutuelles familiales répondent à un besoin fortement exprimé.

Les potentialités de développement de la mutualité restent fortes si on considère le nombre d'acteurs et les possibilités d'affinement ou d'amélioration de l'approche préconisée. En effet, l'élargissement du paquet de services (non limitation aux médicaments génériques) pourrait permettre de mieux créer l'adhésion autour de l'intervention. L'association des officines privées pharmaceutiques contribuerait à une meilleure efficacité de la mutualité, mais pour cela les cadres de concertation doivent être rendus plus fonctionnels. Pareillement, la pérennisation de fonds de garantie s'impose.

La tarification forfaitaire

Le succès de la tarification forfaitaire peut se mesurer par l'introduction d'un paquet de services qui favorise la complétude des soins, une meilleure prévisibilité des coûts, une simplification du paiement des prestations et une meilleure transparence dans la gestion financière. Néanmoins, la tarification forfaitaire est confrontée à des ruptures de médicaments, au manque de variété des médicaments : Ce sont principalement les génériques qui sont proposés. On note la plainte de certains patients qui ne veulent pas se contenter de paracétamol et de fer habituellement prescrits. Ils estiment ne pas en avoir pour leur argent et de devoir se contenter de médicaments « au rabais ».

Le prix consenti pour la tarification forfaitaire jugé élevé pour les consultations primaires curatives (CPC) induit une volonté de choisir la catégorie de personnel de santé devant consulter ceux qui payent ces tarifs. Les médecins sont fortement demandés dans un tel contexte. Tout compte fait, la tarification forfaitaire est perçue par les populations comme facilitant l'accès aux soins d'où le synonyme qui lui est attribué « *yombal paj* », des recours facilités.

Conclusion : la co-construction des innovations entre chercheurs et praticiens

Les innovations mises en œuvre dans les structures sanitaires (chirurgie de district, mutualisation et

tarification forfaitaire) ont été les ressorts de la fidélisation de la clientèle, de l'adaptation de l'offre de soins à l'environnement. La qualité des soins s'est également améliorée du moment où les perceptions déformantes ont cédé la place à une communication active, et un dialogue entre soignants et soignés. Par ailleurs, la proximité a annihilé toutes les pratiques corruptives avec une interconnaissance forte, l'estime de soi prime sur la déviance rétribuée. Le contrôle citoyen sur les services de santé est devenu plus performant et les professionnels de santé sont plus interactifs et communicatifs.

Cette proximité entre les chercheurs et les praticiens a permis d'améliorer l'impact de ces connaissances sur le développement de la société. La participation des praticiens dans le processus même de recherche a permis de produire des connaissances qui ont une valeur ajoutée, une validité accrue, qui cernent mieux la réalité sociale et qui font progresser vers une plus grande vérité scientifique.

Tel est le défi de la recherche partenariale, pister les lieux sociaux et acteurs de changement dans la planification locale de la politique sanitaire. Ainsi, la recherche partenariale montre comment l'identification des facteurs d'attrait des communautés reste décisive dans la santé de proximité. Aussi, les liens entre les acteurs sont déterminants dans la co-construction du changement visant la qualité des services.

La recherche partenariale se caractérise ainsi par une co-construction entre scientifiques et acteurs de la société civile avec comme objectif de développer une nouvelle régulation de la recherche. Dès lors, la société valorise directement ses intérêts grâce à sa participation au processus de recherche. Ce type de recherche s'accompagne d'interconnaissance et de compétences détenues par chaque partenaire et s'effectue à travers des logiques partagées de production de connaissances.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

Financement

Cette recherche n'a reçu aucun financement particulier des secteurs public, privé, ou non-lucratif.

Références

1. Fall AS, Ndoye T. La demande de soins et l'accès aux services de santé dans les régions centrales du Sénégal.

- In: Le Sénégal Face aux Défis de la Pauvreté. Paris : Consortium pour la Recherche économique et sociale, Karthala, Centre de Recherches sur les Politiques sociales; 2008, pp. 109–127.
2. Projet d'Appui aux Systèmes de Santé des Régions Médicales de Kaolack et Fatick (ASSRMKF). Perceptions communautaires sur les prestations offertes dans les formations sanitaires des districts de Sokone, Gossas, Kaffrine et Kounghoul. Rapport de Consultance. Dakar, Sénégal, Octobre 2007 (rapports d'étude).
 3. Fall AS, Ndoye T. Evaluation de la perception communautaire sur les prestations offertes dans les formations sanitaires des districts de Sokone, Gossas, Kaffrine et Kounghoul, après 4 ans d'interventions du projet d'appui aux systèmes de santé des régions médicales de Kaolack et Fatick (ASSRMK). Rapport d'étude N° 23. Dakar, Sénégal : Les Etudes Nationales du Laboratoire de recherche sur les transformations économiques et sociales de l'Institut Fondamental d'Afrique Noire (LARTES-IFAN) ; Mai 2010. ISSN 2230-0678.
 4. Ndoye T. La société sénégalaise face au paludisme : Politiques, savoirs et acteurs. Dakar, Paris : Karthala, Centre de Recherches sur les Politiques sociales ; 2009.
 5. Lachaud J-P. La dynamique de pauvreté au Burkina Faso revisitée : pauvreté durable et transitoire, et vulnérabilité. Document de Travail No. 77. Bordeaux, France : Centre d'Economie du Développement de l'Université Montesquieu Bordeaux IV ; 2002.
 6. Cissé R, Dramani L, Fall AS. Vulnérabilités et santé sur quatre générations au Sénégal. Rapport N°28. Dakar, Sénégal: Les études nationales du Laboratoire de Recherche sur les Transformations Economiques et Sociales de l'Institut Fondamentale d'Afrique Noire; 2010. ISSN: 2230-0678.
 7. Banque Mondiale. Accessible à : <http://donnees.banquemondiale.org/pays/senegal> (consulté le 30 octobre 2012).
 8. Programme d'Appui au Développement de la Micro-assurance Santé au Sénégal (PAMAS) Document Technique et Financier (2008–2011). Dakar, Sénégal; 2008.
 9. Ndiaye S, Fall S, Bicaba A. Projet d'Appui aux systèmes de santé des régions médicales de Kaolack et Fatick (ASSRMKF). Document de travail. Dakar, Sénégal: Coopération Technique Belge; 2010.