



## Accès aux soins, Financement de la santé et Performance

### TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION : Favoriser l'accès aux soins dans les pays à faible revenu : contribution aux débats	4
L'évaluation d'une expérimentation d'exemption du paiement des soins pour les groupes vulnérables au Burkina Faso	8
Soins gratuits avec une ONG ou par l'État au Mali – effets sur la fréquentation des centres de santé par les enfants de 0 à 4 ans	21
Financement solidaire des évacuations sanitaires pour améliorer l'accès aux soins d'urgence, DS Kéita (Niger)	37
Une expérimentation de partenariat public/privé dans le domaine de la protection sociale contre la maladie en Tanzanie	46
Faisabilité de l'installation de médecins privés communautaires en Afrique et à Madagascar	55
L'introduction simultanée de l'approche du système de santé de district et le financement basé sur la performance : expérience du Burundi	65
La santé communautaire et ses défaillances dans la région de Kayes au Mali	76

Numéro spécial 8 | 2012

Coordonné par Martine Audibert



FACTS Reports est publié par l'Institut Veolia Environnement.  
15 rue des Sablons, 75016 Paris – France  
[institut.veolia.org/en/](http://institut.veolia.org/en/)

Pour lutter contre la pauvreté dans le monde, FACTS (Field ACTions Science) développe depuis 2007, un concept pionnier calqué sur la démarche scientifique. Il consiste à publier les résultats des pratiques de terrain pour capitaliser les connaissances et diffuser les savoir-faire innovants acquis de l'expérience.

Ainsi est née la revue *FACTS Reports*, destinée à accueillir les articles des acteurs de terrain. Il s'agit d'un journal international et pluridisciplinaire qui applique la démarche scientifique de la revue par les pairs et de validation. Depuis sa création en 2008, il a publié plus de 200 articles abordant notamment les thèmes de la santé, de l'économie, de l'éducation, de l'agriculture et de l'environnement. Il édite aussi des numéros spéciaux thématiques et géographiques, comme :

- Agriculture Urbaine
- Brésil
- Concilier lutte contre la pauvreté et qualité de l'environnement
- Emigration et Santé
- Livelihoods
- Lutte contre la pauvreté, entre don et marché
- Santé de la Femme et de l'Enfant

FACTS a constitué une plateforme accueillant la première communauté d'acteurs de terrain organisée de façon scientifique.

Visiter le site de la revue : [factsreports.org](http://factsreports.org)

## EQUIPE EDITORIALE

### Philippe KOURILSKY

Rédacteur en chef  
Professeur émérite au Collège de France  
Membre de l'Académie des Sciences

### David OJCIUS

Rédacteur en chef adjoint  
Rédacteur en chef / Santé  
Professeur à l'Université de Californie à Merced

### Jean-Claude BERTHELEMY

Rédacteur en chef / Economie  
Directeur de l'UFR d'Economie de l'Université Paris 1  
Panthéon Sorbonne  
Correspondant de l'Académie des Sciences Morales  
et Politiques

### Michel BRUGIERE

Rédacteur en chef / France  
Ancien Directeur Général de Médecins du Monde

### Henri ROUILLE D'ORFEUIL

Rédacteur en chef / Agriculture et Alimentation  
Ancien Président de Coordination Sud  
Membre de l'Académie d'Agriculture de France

### Agnès CHAMAYOU

Directrice de la plateforme éditoriale

### Martine Audibert

Coordinatrice du numéro spécial 8

## EDITEUR

FACTS Reports est publié par Vertigo pour le compte de l'Institut  
Veolia Environnement.  
eISSN: 1867 – 8521

## CONTACT

[editorial@fact-s.org](mailto:editorial@fact-s.org)

## ©AUTHORS 2012 - 2013

Les textes publiés sont disponibles sous licence Creative Commons.  
Les auteurs conservent leurs droits sur leur article mais autorisent  
la revue à le publier, le copier, le distribuer, le transmettre et  
l'adapter à condition qu'ils soient correctement cités.

[www.creativecommons.org/licenses/](http://www.creativecommons.org/licenses/)

## COMITE D'HONNEUR

### **Hélène AHRWEILER**

Présidente de l'Université d'Europe  
Ancien Recteur de l'Académie de Paris

### **Michèle BARZACH**

Ancienne Ministre de la Santé  
Présidente de l'UNICEF France

### **Jean-Claude BERTHELEMY**

Directeur de l'UFR d'Economie de l'Université  
Paris 1 Panthéon Sorbonne  
Correspondant de l'Académie des Sciences  
Morales et Politiques

### **Philippe DOUSTE-BLAZY**

Ancien Ministre de la santé  
Président d'Unitaid

### **Harvey FINEBERG**

Président de l'Institut américain de Médecine

### **François GROS**

Ancien Secrétaire Perpétuel de l'Académie des  
Sciences

### **Mohamed HASSAN**

Ancien Directeur Exécutif de l'Académie des  
sciences pour le monde en développement

Pierre Marc JOHNSON

Ancien Premier Ministre du Québec

### **Bernard KOUCHNER**

Ancien Ministre  
Fondateur de Médecins Sans Frontières

### **Philippe KOURILSKY**

Professeur émérite au Collège de France  
Membre de l'Académie des Sciences

### **Federico MAYOR**

Ancien Directeur Général de l'UNESCO  
Président de la Fondation Culture de Paix

### **Rajendra PACHAURI**

Président du Groupe d'Experts  
Intergouvernemental sur l'Evolution du Climat  
Directeur Général de l'Institut de l'énergie et des  
ressources indiennes

### **Peter PIOT**

Ancien Directeur Exécutif de l'ONU SIDA  
Ancien Sous-secrétaire général de l'ONU

### **Mamphela RAMPHELE**

Ancienne Directrice exécutive de la Banque  
Mondiale  
Ancienne Vice-Rectrice de l'Université de Cape  
Town

### **Ellis RUBINSTEIN**

Président de l'Académie des Sciences de New  
York  
Président des Scientists without Borders

### **Amartya SEN**

Prix Nobel d'Economie en 1998, «Lamont  
University Professor»  
Professeur d'économie et de philosophie à  
Harvard (USA)

### **Ismail SERAGELDIN**

Directeur de la Bibliothèque d'Alexandrie  
Ancien Vice-président des programmes spéciaux  
de la Banque Mondiale

### **Elie WIESEL**

Prix Nobel de la paix

## INTRODUCTION : Favoriser l'accès aux soins dans les pays à faible revenu : contribution aux débats

### **Martine Audibert**

PhD, Directrice de recherche, CERDI-CNRS Université d'Auvergne

[martine.audibert@udamail.fr](mailto:martine.audibert@udamail.fr)

### **Jacky Mathonnat**

PhD, Professeur, CERDI-CNRS Université d'Auvergne

[jacky.mathonnat@udamail.fr](mailto:jacky.mathonnat@udamail.fr)

---

Malgré des améliorations notables obtenues ces deux dernières décennies, l'état de santé de la population au sud du Sahara reste très en deçà de la moyenne des pays en développement ou encore des pays d'Asie à faible revenu.<sup>1</sup> Outre une insuffisance de financement,<sup>2</sup> une des raisons du retard en matière de santé en Afrique subsaharienne réside dans le dysfonctionnement et la faible performance des systèmes de santé. Une revue de la littérature montre que depuis la fin des années 1980, les ménages n'utilisent guère les services publics de santé (le nombre de consultation par personne par an oscillait jusque vers la fin des années 2000 entre 0,3 et 0,6 selon les régions, Audibert, de Roodenbeke, Pavy-Letourmy, 2005 ; Audibert, Dukhan, Grimaldi, Korachais, Mathonnat 2011). Les causes de cette faible utilisation ont été étudiées (pour une revue de la littérature, Audibert, de Roodenbeke, Pavy-Letourmy, 2005) et si elles sont relatives à la barrière financière (Ridde, Meessen, Kouanda, 2011), elles sont aussi, pour une grande part, relatives à la faible qualité des soins, notamment la qualité perçue par les usagers (Jaffré et de Sardan, 2003), ainsi qu'à la barrière géographique (Audibert, Dukhan, Grimaldi, Korachais, Mathonnat, 2011). Il apparaît par ailleurs clairement qu'en matière de dépenses publiques de santé, les pays africains à faible revenu font des efforts très inégaux et que les patients les plus pauvres en bénéficient comparativement assez peu (Mathonnat, 2010). Plusieurs travaux montrent que de meilleurs résultats de santé seraient possibles en de nombreux pays en exploitant des marges, souvent importantes, qui existent en matière de gains d'efficience (voir notamment Dukhan, 2010 ; OMS, 2010).

La sous-utilisation chronique de nombreux établissements de santé, notamment en zone rurale, et qui peut coexister avec des structures surchargées (Audibert et al. 2011), alors même que l'état de santé est médiocre, interroge les pouvoirs publics. Ainsi, 40% des décès des enfants de moins de cinq ans surviennent avant l'âge de un mois (décès néonataux) alors qu'ils pourraient être évités par un suivi attentif de la mère et de l'enfant (OMS, 2012). Par ailleurs, les principales causes de la mortalité postnatale sont dues aux maladies diarrhéiques, infections respiratoires, paludisme et malnutrition. Les interventions sont connues, efficaces et en théorie simples à mettre en place et pas toujours coûteuses (OMS, 2012). Mais en pratique, malgré des efforts observés depuis une dizaine d'années en termes de couverture de la population cible, les indicateurs de suivi des interventions préconisées montrent que cette couverture est encore très loin d'être universelle. Ainsi en Afrique subsaharienne, la proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous moustiquaires imprégnées est faible (32% des enfants) et moins de 50% des enfants fiévreux n'ont reçu aucun traitement antipaludique (OMS, 2011, 2013). De même, la proportion de femmes accouchant en

---

<sup>1</sup> Tandis que la mortalité des moins de cinq ans passait de 182 pour 1000 naissances vivantes à 142 pour 1000 dans la région Afrique de l'OMS entre 1990 et 2008, elle passait de 113 pour 1000 à 63 pour 1000 sur la même période dans la région d'Asie du Sud-Est (OMS, 2011). La mortalité maternelle était en 2008 de l'ordre de 640 pour 100.000 naissances vivantes en Afrique subsaharienne (ASS) contre 280 pour 100.000 naissances vivantes en Asie du Sud (plus haut niveau dans le monde après la région ASS, OMS, 2008).

<sup>2</sup> Les dépenses totales de santé par habitant en \$PPA intérieurs étaient égales en 2008 à 146 dans la région Afrique contre 262 dans la région Méditerranée orientale, mais seulement 116 dans la région d'Asie du Sud-Est.

milieu assisté et la proportion de femmes ayant suivi au moins quatre visites prénatales restent inférieure à 50% (OMS, 2010).

Les politiques de santé mises en place dans les pays d'Afrique subsaharienne ont obtenu des résultats non négligeables pour nombre d'entre elles, mais très en retrait des Objectifs du Millénaire. Après l'échec de la gratuité totale des soins, mise en place après les indépendances et celui, partiel, de l'Initiative de Bamako, qui n'est pas parvenue, malgré le principe d'exemption de la participation financière pour les indigents, à rendre les soins accessibles aux plus pauvres, la question de la gratuité partielle ou totale revient à l'ordre du jour. Au-delà des politiques de prévention qui font appel pour certaines à des collaborations intersectorielles,<sup>3</sup> l'enjeu crucial des politiques de santé est de permettre à ceux qui en ont besoin d'accéder aux établissements de santé pour obtenir des soins essentiels de qualité.

Les articles qui font l'objet de ce numéro « Accès aux soins, Financement de la santé et Performance » relatent des projets ou expériences qui vont dans ce sens et sont issus d'une sélection de papiers présentés au troisième colloque international « Financement de la santé dans les pays en développement et émergents », organisé au CERDI (Université d'Auvergne) les 12 et 13 mai 2011. Ce colloque, qui a réuni plus de 200 participants de milieux académiques et professionnels (venant des administrations, des institutions d'aide au développement, des établissements de soins et autres prestataires de services d'une trentaine de pays), avait pour objectif de permettre d'échanger autour de travaux théoriques, conceptuels, méthodologiques et appliqués, portant sur les multiples aspects de la problématique actuelle du financement de la santé et de l'accès aux soins dans les pays en développement et émergents.

Restant dans le schéma<sup>4</sup> de la revue *FACTS - Field Actions Science*, les articles sélectionnés relatent des expériences qui ont permis d'améliorer l'accès aux soins en développant une approche originale de financement (comme le centime additionnel) ou en aidant des médecins privés à s'installer en zone rurale pour une médecine de proximité.

Les quatre premiers articles étudient l'effet du mode de financement du système de santé sur la fréquentation des établissements de soins et le système de référence. L'article de Valéry Ridde, Ludovic Queille *et al.*, « L'évaluation d'une expérimentation d'exemption du paiement des soins pour les groupes vulnérables au Burkina Faso » montre, à travers une série d'évaluations des différents effets attendus, que le principe de gratuité au point de service, des soins de santé pour les groupes vulnérables (enfants de moins de cinq ans, les plus pauvres et les femmes enceintes et allaitantes) a permis d'augmenter l'utilisation par ces groupes cibles, des établissements de santé, d'accroître les ressources des établissements de santé et de diminuer les dépenses de santé des ménages. Le second article de Rolf Heinmüller, Youssouf Dembélé *et al.*, « Soins gratuits avec une ONG ou par l'État au Mali : effets sur la fréquentation des centres de santé par les enfants de 0 à 4 ans » s'interroge sur la question de savoir dans quelle mesure les effets positifs de la gratuité seraient dus à l'intervention d'une ONG qui, souvent, accompagne le personnel lors de la mise en place de la gratuité par des supervisions fréquentes et une formation spécifique. Les auteurs montrent que même sans l'intervention d'une ONG, la mise en place de la gratuité des soins (par l'État) a des effets positifs et importants sur la fréquentation du système de santé si, toutefois, le remboursement des frais aux établissements de santé se fait dans des délais raisonnables. Ceci suppose, comme le soulignait aussi l'article précédent, un engagement fort de l'État.

L'article de Mamoudou Barro, Hélène Barroy *et al.*, « Financement solidaire des évacuations sanitaires pour améliorer l'accès aux soins d'urgence, DS Kéita (Niger) » relate une expérience qui, en prélevant à tous les échelons de la pyramide sanitaire du district 100 FCFA additionnels sur chaque

<sup>3</sup> La diminution de la prévalence des maladies diarrhéiques passe par exemple par la couverture universelle de l'accès à une source d'eau de boisson ou d'installations d'assainissement améliorées, qui relève du secteur de l'hydraulique et de l'assainissement.

<sup>4</sup> Recueillir et diffuser, auprès des acteurs de terrain, le contenu d'expériences pertinentes, efficaces et reproductibles.

nouvelle consultation, a permis de constituer un fonds mutualisé pour prendre en charge les évacuations sanitaires depuis le bas de la pyramide jusqu'au niveau de l'hôpital de district. Les résultats positifs de cette expérience -le nombre d'évacuations a augmenté, les usagers et la population sont satisfaits- sont d'autant plus intéressants que cette initiative s'appuie sur le principe de mutualisation de ressources mobilisées par les communautés et qui, ici, fonctionne, et qu'on retrouve sous d'autres aspects dans le secteur de l'assurance. Cet article trouve une forme de prolongement dans celui d'Alain Letourmy, Bruno Galland et Josselin Guillebert « Une expérimentation de partenariat public/privé dans le domaine de la protection sociale contre la maladie en Tanzanie ». Cet article montre, dans le cas des mutuelles de santé en Tanzanie, que le partenariat public-privé, en mettant à plat les succès et les échecs de chaque partenaire et en rassemblant ensuite les forces, améliore l'efficacité et l'efficacités des politiques mises en place. Il révèle comment ces politiques intègrent le privé et s'appuient sur lui au lieu d'être en concurrence ou en simple juxtaposition avec lui.

C'est dans une perspective voisine que se situe l'article de Dominique Desplats : « Faisabilité de l'installation de médecins privés communautaires en Afrique et à Madagascar » qui montre que l'installation de médecins privés en zone rurale n'est pas une utopie. Elle permet d'améliorer la couverture du système de santé en proposant une médecine de proximité et de qualité restant à la portée financière des ménages. Cependant, pour étendre à l'échelle nationale l'expérience prometteuse menée au Mali, à Madagascar et plus récemment au Bénin, l'engagement de l'Etat est nécessaire pour dépasser les quelques collaborations locales positives qui ont été observées, notamment dans un partenariat public-privé, qui permettrait de considérer ces médecins, non comme des concurrents, mais comme des partenaires des prestataires publics.

Parallèlement aux mesures ciblées sur la demande qui visent à alléger le fardeau financier des usagers du système de santé, des politiques ciblées sur l'offre et visant à améliorer la qualité des soins délivrés, qui concourra à terme à accroître l'utilisation des services de santé, ont été développées en de nombreux pays. Le financement basé sur la performance est l'une de ces mesures, objet d'une vaste littérature et d'un débat intense entre les partisans, les sceptiques et les opposés à ce mode de financement. Dans leur article « Le système de santé de district et le financement basé sur la performance : synergies et contradictions possibles », Georges Nsengiyumva et Laurent Musango contribuent à ce débat en montrant les écueils à éviter pour que le financement à la performance ne vienne pas miner le fonctionnement du système de santé au niveau décentralisé lorsque certaines réformes, entreprises en parallèle, ne sont pas entièrement compatibles avec l'incitation à la performance.

Enfin, l'article de Bruno Boidin, Emeline Laidet et Rémy Manier : « La santé communautaire et ses défaillances dans la région de Kayes au Mali », en étudiant le fonctionnement et les défaillances des associations des usagers (ASACO) qui gèrent les centres de santé de premier niveau (CSCOM) au Mali renvoie à l'intérêt et à la nécessité d'un partenariat public-privé (ici communautaire) et confirme, si besoin était, l'importance du rôle de l'Etat en tant que régulateur du système de santé. Il montre que si l'expérience des ASACO, désormais à l'échelle nationale, a permis d'améliorer sensiblement la couverture du système de santé de premier niveau, elle n'a pas encore permis d'en augmenter notablement la qualité, en partie par absence de régulation de la part de l'Etat.

## Références

Audibert M, Dukhan Y, Grimaldi C, Korachais C, Mathonnat J. (2011), Amélioration de l'accessibilité financière aux soins et orientations pour des stratégies de financement de la gratuité, Vol. 1, Burkina Faso ; Vol. 2, Mali, Vol. 3, Niger, CERDI, Institut d'Economie de la Santé et de Santé Publique (IESSP), Clermont-Ferrand.

Audibert M, de Roodenbeke, E. Pavy-Letourmy A, Traore I. (2005), Utilisation des centres de santé de premier niveau au Mali : issues et perspectives, Série Documents de Travail, 87, Banque Mondiale, Région Afrique, Département du Développement Humain, 115p.

Dukhan Y. (2010), Améliorer l'efficacité des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie dans les pays en développement, Thèse de doctorat en Sciences Economiques, CERDI, Université d'Auvergne, 2010, 300p.

Jaffré Y, de Sardan O (sous la direction de), (2003), Une médecine inhospitalière, Paris, APAD, Karthala, 462 p.

Mathonnat J. (2010), Disponibilité des ressources financières pour la santé dans les pays d'Afrique subsaharienne, *Notes et Documents*, vol. 52, Agence Française de Développement, Paris, 284 p.

OMS (2012), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/>

[OMS \(2010\), Rapport sur la santé dans le monde, Genève, 120 p.](#)

OMS (2011), Statistiques sanitaires mondiales.

OMS (2013), Statistiques sanitaires mondiales.

OMS (2008), Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008, OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale.

# L'évaluation d'une expérimentation d'exemption du paiement des soins pour les groupes vulnérables au Burkina Faso

## **Valéry Ridde**

Ph.D., Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM),  
Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Canada  
[valéry.ridde@umontreal.ca](mailto:valéry.ridde@umontreal.ca)

## **Ludovic Queuille**

Dess., Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM)

## **Nicole Atchessi**

MD Msc., Doctorante, Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM),  
Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Canada,

## **Omar Samb**

Msc., Doctorant, Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM),  
Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Canada,

## **Rolf Heinmüller**

MD. MPH., Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM)

## **Slim Haddad**

MD. Ph.D., Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM),  
Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Canada

---

## **Résumé**

**Introduction :** L'Union Africaine et les agences des Nations Unies réclament que les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes soient exemptés du paiement des soins au point de service. En effet, cette modalité de paiement impose une barrière financière à l'accès aux soins que les plus vulnérables ne peuvent surmonter. Puisque le Burkina Faso ne s'est pas encore engagé dans une telle politique, une expérimentation a été mise en œuvre depuis 2008 dans deux districts du Sahel afin de produire des preuves sur cette stratégie.

**Méthodes :** Un programme de recherches a été organisé afin d'évaluer l'efficacité, l'équité, les processus, les coûts et les effets sociaux de cette expérimentation. Douze études ont été entreprises en ayant recours à un devis mixte concomitant usant de données collectées auprès des individus, des ménages, des centres de santé et des villages.

**Résultats :** L'expérimentation s'est intégrée au système de santé et a été bien appréciée par tous. Le système de tiers-payeur a été efficace. Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ont eu recours plus rapidement et de manière plus importante au système de santé. Les plus pauvres d'entre eux ont bénéficié substantiellement de l'intervention. La qualité des soins s'est maintenue et les coûts ont été maîtrisés.

**Conclusion :** Si l'équité est une priorité pour le gouvernement et ses partenaires financiers, les résultats des recherches suggèrent une extension de l'exemption à l'échelle nationale et l'organisation de mesures pour s'attaquer à la barrière géographique.

## **Mots-clés**

## Introduction

Au début des années 1990, le Burkina Faso s'est engagé dans une politique de relance des soins de santé primaires. En effet, le système de santé avait du mal à répondre aux besoins de la population et rares étaient les malades qui se rendaient dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), établissements de première ligne. La recette de cette politique pour améliorer la réactivité du système de santé, largement concoctée dans les cuisines de l'OMS et de l'UNICEF, était composée des ingrédients suivants : le recours à des médicaments essentiels génériques (MEG) à faibles coûts; une décentralisation administrative (districts sanitaires) et une gouvernance communautaire locale (comités de gestion, COGES), le paiement direct des actes et des MEG retenus localement pour générer des fonds supplémentaires afin d'améliorer la qualité et l'équité des soins. Parallèlement à cela, le gouvernement a construit de nombreux CSPS et formé du personnel de santé. En 2008, au moment où l'expérimentation évaluée dans cet article débute, le gouvernement accordait 8,4% de son budget au ministère de la santé ([ministère de la santé, 2010a](#)). Il avait pourtant prévu d'atteindre 13% en 2006 ([ministère de l'Economie et du Développement, 2004](#)).

Cette politique n'a pas véritablement été en mesure de répondre aux besoins des populations. En effet, si le nombre de CSPS est passé de 751 en 1997 à 1352 en 2008 ([ministère de la santé, 2009](#)), ils demeurent très peu fréquentés. En 2008, le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an est de 0,50 (il était de 0,40 en 1982 !) et le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié est de 64% ([ministère de la santé, 2010a](#)). Malgré les efforts accomplis pour améliorer l'accès géographique aux CSPS, la situation des années 1980 perdure à la fin des années 2000. Pour reprendre la métaphore culinaire, la sauce n'a pas pris et les burkinabè jugent leur gouvernement comme étant l'un de ceux en Afrique qui a le moins bien réussi à améliorer les services de santé de base ([Abiola, Gonzales, Blendon, & Benson, 2011](#)). Cette faible utilisation des services explique en grande partie la faible efficacité des CSPS ([Marchall & Flessa, 2011](#)).

L'une des contraintes majeures à l'accès aux soins reste, au Burkina Faso, la capacité contributive des ménages à payer les soins de santé ([De Allegri et al., 2010](#); [Haddad, Nougara, & Fournier, 2006](#)). Voilà pourquoi l'Union Africaine ([African Union, 2010](#)) et de hauts décideurs du continent, suivant la majeure partie des organisations internationales ([The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals, 2009](#)), réclament que les pays rendent les services de santé gratuits pour les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de cinq ans ([Sambo, Kirigia, & Ki-Zerbo, 2011](#)). De nombreux pays africains ont en effet tenté de mettre en place de telles politiques avec des résultats prometteurs ([Ridde & Morestin, 2011](#)). C'est dans ce contexte qu'une expérimentation d'exemption du paiement des soins a été réalisée.

## Intervention

*Contexte* : La région sanitaire du Sahel, située au Nord du pays, est celle qui dispose des indicateurs de santé et d'utilisation des services les moins bons du pays au démarrage de l'expérimentation ([INSD, 2010b](#)). Ainsi, la direction régionale de la santé, en collaboration avec une ONG allemande (HELP), a décidé de mettre en œuvre à partir de septembre 2008 une expérimentation d'exemption du paiement des soins à l'aide d'un financement du bureau d'aide humanitaire de l'Union européenne (ECHO). L'ONG a concentré ses efforts dans deux des quatre districts de la région, soit Dori (290.000 habitants, 18 CSPS en 2009) et Sebba (180.000 hab., 11 CSPS en 2009).

*Principe* : Le principe est de rendre gratuit les soins de santé au point de service pour les groupes vulnérables (exemption du paiement pour les enfants de moins de cinq ans, les indigents et les

femmes enceintes et allaitantes) et, en contrepartie, les COGES sont remboursés des frais engagés pour ces services. L'ONG agit comme un tiers-payeur, tel que le serait l'État ou une assurance nationale de santé.

**Public cible :** Depuis septembre 2008, les groupes vulnérables sont totalement exemptés du paiement de tous les soins/accouchements au CSPS. Pour les femmes, il s'agit d'une exemption complémentaire (20%) apportée par l'expérimentation à une subvention nationale (80%, les femmes ne devant payer que 900 F leur accouchement) organisée depuis 2007 par le gouvernement.

**Processus :** Pour accompagner cette mesure d'exemption, une série d'activités sont mises en œuvre par l'ONG en collaboration avec les équipes de districts et les COGES : campagnes d'informations et de sensibilisation, mobilisation communautaire, formations des membres des COGES (gestion, mobilisation, planification, etc.), formations et supervisions médicales des agents de santé, remboursement des actes et contrôle financier, etc. La reproduction d'une approche participative de sélection des indigents effectuée ailleurs dans le pays ([Ridde et al., 2010](#)) a permis de mettre en place des comités villageois et d'identifier les personnes qualifiées d'indigentes qui ont bénéficié par la suite d'une carte d'indigence leur donnant droit à l'exemption du paiement des soins.

**Effets attendus :** l'expérimentation vise à court terme à améliorer l'accès aux CSPS des trois publics cibles mais aussi à renforcer le pouvoir d'agir des COGES et des publics cibles, à améliorer les capacités financières des COGES et à réduire les dépenses de santé. À plus long terme (impacts), cela devrait permettre aux individus d'être en meilleure santé et aux ménages d'être moins à risque de tomber dans la pauvreté.

La figure 1 présente la logique de cette intervention, notamment ses relations causales dans une perspective d'évaluation.

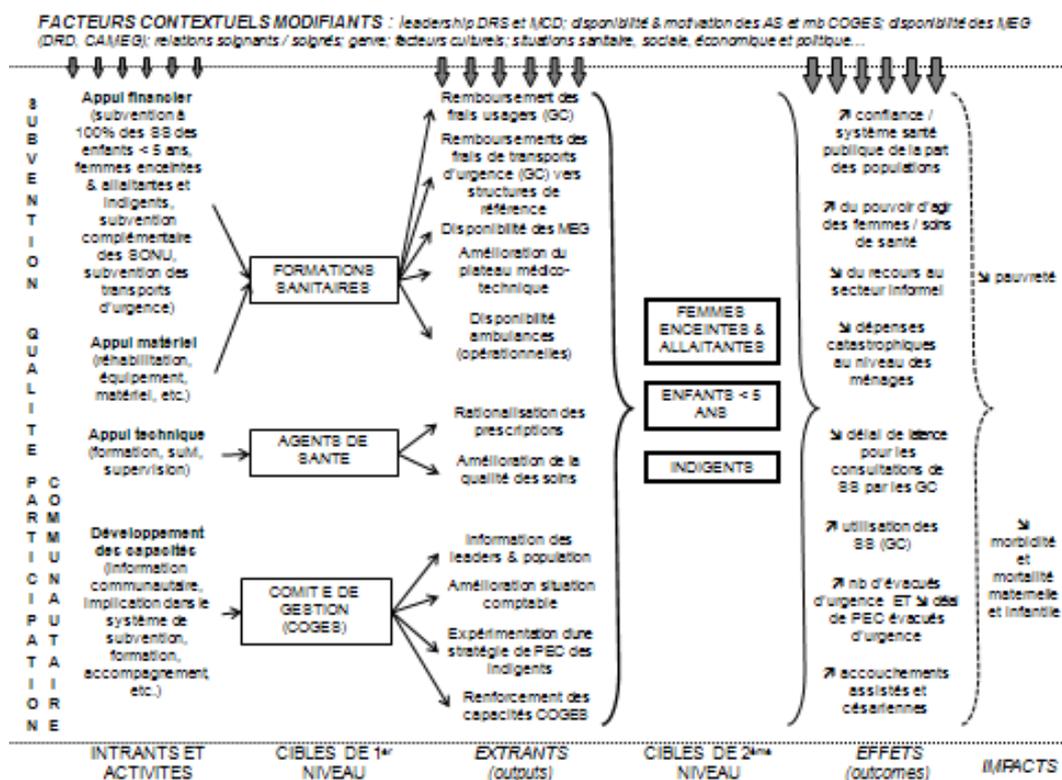


Figure 1 : description de la logique de l'expérimentation

L'objectif de cet article est d'offrir au lecteur, notamment aux décideurs et intervenants, une synthèse de l'ensemble des résultats de cette expérimentation.

## Méthodes

*Approche et devis* : Il faut d'emblée noter que nous sommes face à une expérimentation naturelle pour laquelle les chercheurs ne disposent pas du contrôle de sa mise en œuvre ([Petticrew et al., 2005](#)). L'évaluation a donc été entreprise par des chercheurs indépendants de l'intervention et qui n'ont aucun conflit d'intérêt à produire des résultats favorables ou défavorables. Le devis de recherche évaluative s'est adapté aux contraintes ([Bamberger & Rugh, 2009](#)) et les chercheurs se sont assurés que les résultats soient utiles et utilisables ([Patton & LaBossière, 2009](#)). L'évaluation a eu recours à des méthodes mixtes selon un devis concomitant triangulé.

Compte tenu de la courte fenêtre d'observation disponible et la durée encore limitée de la mise en œuvre de l'expérimentation, il est trop tôt pour évaluer son impact sur les indicateurs de mortalité ou de pauvreté<sup>5</sup>, mais l'évaluation des effets, des processus et de la pertinence a pu être faite.

Nous résumons la méthodologie des études entreprises dans les lignes suivantes.

### Évaluation des effets :

L'évaluation des effets pour la population a été réalisée au moyen d'une enquête auprès d'un panel représentatif de ménages des deux districts d'intervention (n=2 210). La collecte des données s'est déroulée juste avant et un an après le début de l'expérience.

L'évaluation des effets au plan des formations sanitaires a eu recours à une analyse de séries chronologiques interrompues. Les données tirées des registres des CSPS ont permis de comparer l'utilisation des services avant (janv. 2004-août 2008) et une fois l'expérimentation mise en œuvre (sept 08-déc 2010) dans les deux districts concernés pour les groupes cibles et pour des populations de comparaison ainsi qu'un district de comparaison (Djibo, situé dans la même région sanitaire mais où tous les patients doivent encore payer tous les soins).

L'évaluation concernant le contexte communautaire et des CSPS a été effectuée dans tous les CSPS des deux districts à l'aide d'un questionnaire permettant de disposer notamment de variables de contrôle pour les analyses statistiques subséquentes.

Une étude comptable suivant une méthode que nous avons éprouvée ailleurs dans le pays ([Kafando & Ridde, 2010](#)) a mesuré les capacités financières des COGES (n=28) des deux districts en comparant les données 12 mois avant et six mois après l'expérimentation.

L'adéquation des ordonnances prescrites aux enfants de moins de cinq ans (n =9.710) a été comparée à celles des enfants de cinq à 10 ans (n = 3.349), qui doivent payer les soins en référence aux normes de l'OMS et aux standards du pays. L'étude a été effectuée dans un échantillon de neuf CSPS de Dori par séries chronologiques interrompues sur 12 mois avant et après l'expérimentation.

L'évaluation de l'efficacité du ciblage des indigents a été effectuée au moyen d'une méthode quantitative décrite ailleurs ([Ridde et al., 2010](#)).

L'évaluation des effets sur les dépenses d'accouchements (n=849), et notamment l'estimation du niveau de dépenses excessives pour les ménages ([Mukherje, Haddad, & Narayana, 2011](#)), a été réalisée dans un échantillon de femmes ayant accouché dans douze CSPS des deux districts en comparaison à six CSPS de Djibo. L'analyse de la perception de la qualité des soins de la part des parturientes a été réalisée lors de cette enquête au moyen d'un instrument testé au Sénégal.

L'analyse des effets sur la participation communautaire et le pouvoir d'agir (*empowerment*) des membres des COGES et des femmes a été effectuée au moyen d'un cadre conceptuel employé précédemment ([Ridde & Queuille, 2006](#)). Des entretiens qualitatifs individuelles (n=52) et de groupes (n=4) ont été réalisées sur un échantillon de quatre CSPS des deux districts.

<sup>5</sup> Une modélisation des impacts sur la santé a été récemment réalisée (Johri, M., V. Ridde, R. Heinmueller, F. Sossa, et S. Haddad, 2013)

### Évaluation des processus et de la pertinence :

Une étude de cas sur les délais de remboursement des actes effectués sans paiement a été réalisée dans un échantillon de 10 CSPS. Les données quantitatives ont été collectées dans les principaux documents comptables des COGES et des entrevues qualitatives (n= 10) ont permis de compléter les informations.

Une étude des coûts des actes remboursés pour les enfants de moins de cinq ans a été réalisée pour la période de janvier 2009 à mars 2011 dans tous les CSPS des deux districts à l'aide d'une analyse des données comptables de HELP.

L'évaluation des processus a permis de comprendre comment l'intervention se déroule, ses forces et ses faiblesses, ses chances de pérennité, son bien-fondé et sa pertinence. Elle a été effectuée au moyen de : i) revue documentaire (n=20 CSPS), ii) entrevues individuelles (n=69), iii) entrevues collectives (n=27), iv) observations (n=15 CSPS), v) questionnaires (n=56). Les entrevues ont concerné au total 436 personnes (autorités, populations, agents de santé etc.).

L'analyse de la pertinence du ciblage des indigents a été effectuée lors de la même collecte de données sur les effets concernant la participation communautaire (voir *supra*).

## Résultats des évaluations

Nous proposons maintenant une synthèse des principaux résultats de ces études.

### *Perceptions et connaissances de l'expérimentation*

Les acteurs rencontrés reconnaissent le bien-fondé de la stratégie, considèrent qu'elle permet d'améliorer l'équité d'accès aux soins, jugent pertinent le choix des groupes de population bénéficiaires et en apprécient l'effet sur la réduction des dépenses des ménages. Le ciblage des indigents n'a pas posé de problème de stigmatisation sociale.

Bien que globalement engagés et motivés, une partie des agents de santé s'inquiète des dérives ou des abus qu'ils perçoivent de certains usagers et se déclarent attachés au paiement direct. En ce qui concerne la pérennité, les agents de santé et les COGES ne croient pas à la poursuite de l'expérimentation après le départ de l'ONG et à sa reprise par le gouvernement.

Excepté pour les femmes allaitantes pour lesquelles les responsables de l'expérimentation ont eu des difficultés au démarrage à fournir des critères d'éligibilité, les agents de santé et les membres COGES connaissent parfaitement les groupe-cibles et les mécanismes de remboursement. Ils se déclarent tous satisfaits de l'information reçue. En revanche, le niveau d'information des utilisatrices était encore insuffisant six mois après le début de l'expérimentation. Cependant, lors de l'enquête quantitative effectuée auprès des ménages un an après le début de l'expérimentation, les deux tiers (67%) des ménages indiquent connaître le prix d'une consultation d'enfants, dont 97% l'estiment gratuite. Presque autant de ménages (61%) disent connaître le prix d'un accouchement, dont 88% indiquent qu'il est gratuit. Plus de ménages pauvres (Q1) que riches (Q5) savent que la consultation et l'accouchement sont gratuits.

Les forces du système d'exemption mises en avant sont : l'implication des COGES, l'effectivité des remboursements et la capacité d'adaptation du projet. Si les COGES se réjouissent des activités de supervision et de contrôle de la subvention effectuées par l'ONG, une partie des agents de santé s'en plaint.

En ce qui concerne les faiblesses, les acteurs avancent : la lenteur des remboursements, les incidences de la hausse de l'utilisation des services sur les systèmes de gestion (tensions sur la trésorerie, les stocks de MEG et de fiches de remboursement), l'insuffisance de consultation et de formation des agents de santé au début, la charge de travail associée à la gestion de l'exemption. Les agents de santé se plaignent de l'absence d'incitatif financier. Les membres des COGES ajoutent que parfois les usagers payent des produits ou des services normalement gratuits.

### *Estimations des coûts et des délais de remboursement*

Sur la base des remboursements effectués chaque mois entre juin 2009 et mars 2011, nous avons estimé que le coût moyen d'une consultation (actes + MEG) d'un enfant de moins de cinq ans dans un CSPS variait de 900 F à 1.400 F à Sebba et de 1.000 F à 1400 F à Dori. Les variations saisonnières des coûts sont les mêmes dans les deux districts et la moyenne sur cette période est comparable, soit 1.100 F à Sebba et 1.200 F à Dori (1,8 Euros).

Le délai moyen de remboursement par l'ONG des actes effectués sans paiement dans les CSPS est passé de 46 jours au cours du premier trimestre de l'expérimentation à 33 jours lors du second trimestre d'intervention. Ainsi, les COGES et le district sanitaire ont besoin de 16 jours pour envoyer leurs demandes de remboursement à l'ONG qui les traite en 11 jours. Puis, les sommes envoyées via les établissements financiers locaux arrivent dans les comptes des COGES en moyenne six jours après.

### Le financement communautaire et les ristournes financières aux agents

Les réformes des années 1990 ont permis aux COGES de vendre aux patients les médicaments, en plus des actes médicaux, avec des bénéfices substantiels. Grâce à la hausse considérable des consultations (voir *infra*) et le remboursement effectif de l'exemption (voir *supra*), les dépôts communautaires de MEG (DMEG) vont probablement poursuivre leur processus de thésaurisation ([Kafando & Ridde, 2010](#)). Nous avons ainsi pu mesurer que le niveau moyen de trésorerie par DMEG était de 1,4 millions à Sebba (2.135 Euros) et 1,8 millions à Dori (2.745 Euros). Légalement, les agents de santé ont droit à une ristourne de 20% sur le prix des actes réalisés. La moyenne mensuelle du niveau de ristourne par CSPS est passée de 5.000 F à Dori et 7.900 F à Sebba avant l'expérimentation à respectivement 8.800 F (+ 76%) et 10.800 F (+ 36%) au cours des six premiers mois de l'intervention.

### *Qualité des soins*

Dans un contexte de disponibilité parfaite des MEG où les patients ne font plus face à la barrière financière, certains ont émis des craintes des incidences possibles de cette expérimentation sur la qualité des prescriptions médicales. Les recherches ont cependant montré que rien ne permet de dire que l'adéquation des prescriptions médicales aux normes du ministère de la santé ou de l'OMS ou encore la qualité perçue des soins s'était détériorée.

Ainsi, face aux enfants ciblés par l'expérimentation, les agents de santé ont amélioré leur façon de prescrire en diminuant de 62% ( $p < 0,005$ ) le recours aux antibiotiques. De même, ils ont diminué de 72% ( $p < 0,005$ ) le recours aux produits injectables dans les cas d'infections respiratoires aiguës. En revanche, les prescripteurs n'ont pas modifié leurs pratiques pour les enfants de cinq à 10 ans qui continuent de payer les soins. De surcroît, tant dans le groupe des enfants ciblés par l'expérimentation que dans le groupe des enfants qui continuent de payer les soins, le nombre moyen de médicaments par ordonnance est resté stable ( $n=2.2$ ).

Les parturientes ayant accouché dans les districts d'expérimentation jugent plus favorablement la qualité des soins que celles de Djibo où elles continuent de payer. La différence la plus importante concerne le prix de l'accouchement ( $p < 0,000$ ). Les autres éléments positifs qui les distinguent le plus sont : la réponse aux questions ( $p=0,007$ ), l'explication du déroulement du travail ( $p=0,007$ ), la confiance et la sécurité ( $p=0,007$ ), l'attention à l'allaitement ( $p < 0,000$ ) et enfin le confort de l'installation ( $p < 0,000$ ).

### *Pouvoir d'agir des femmes et des membres des comités de gestion*

Les femmes rencontrées expliquent que l'exemption du paiement a permis de renforcer leur pouvoir d'agir, et notamment leur autonomie de décision vis-à-vis de leur mari. Certaines ont même affirmé

que cette situation où elles n'ont plus à demander de l'argent à leur mari pour se rendre au CSPS a changé leur position au sein du ménage.

Les membres des comités de gestion ont exprimé un plus grand sentiment de valorisation et de reconnaissance sociale dans les villages « *avant lorsque les soins étaient payants, les gens ne connaissaient même pas mon nom, maintenant cela a changé, on nous regarde différemment* ». Leur participation a été instrumentale à la réussite de l'expérimentation et de sa connaissance par la population. Ils ont aussi mieux compris leur rôle au sein du COGES, participent plus aux rencontres et ont acquis de nouvelles compétences de gestion grâce aux formations prodiguées lors de l'expérimentation. Les formations leur ont notamment permis de mieux prendre conscience de leurs responsabilités sociales concernant les indigents.

### *Dépenses de santé pour les ménages*

L'expérimentation a permis de réduire les dépenses engendrées par la maladie pour les ménages. La distribution des dépenses a complètement changé. Avant l'expérimentation, la plupart des dépenses de santé des ménages se situaient dans la tranche de 1.000 à 5.000 F CFA (entre 47% et 50% selon la distance). Un an après, la majorité des ménages affirment ne rien avoir dépensé pour soigner leurs enfants (entre 57% et 67%), alors qu'ils n'étaient que 6% et 9% avant l'expérimentation.

Parmi les femmes qui ont accouché dans les districts de Dori et Sebba, la médiane des dépenses médicales qu'elles déclarent avoir payé à la maternité est de 196 F alors qu'elle est de 1.075 F pour les femmes de Djibo. La protection financière qu'apporte l'exemption du paiement se constate également au regard de la proportion de femmes qui, en raison du paiement de l'accouchement au point de service, se retrouvent à faire face à des dépenses que l'on peut qualifier d'excessives par rapport à celles de toutes les femmes de l'enquête<sup>6</sup>. Ainsi, quelle que soit la constante  $k$  (0,5 ; 1 ; 1,5) que l'on utilise pour l'analyse (test de sensibilité), la proportion de femmes ayant des dépenses excessives (Figure 2) est deux fois moins importante dans les districts où l'expérimentation est en place (exemption 100%) par rapport au district qui applique seulement la politique nationale (subvention 80%). La distribution des ménages au sein de ces deux populations (100% vs 80%) reflète cette différence (Figure 3). De plus, ce niveau de dépenses excessives largement plus important dans le district où l'expérimentation n'est pas en place est valable tant pour les plus pauvres (Q1) que les moins pauvres (Q5). Ajoutons enfin, que les écarts de dépenses excessives entre les groupes sociaux sont systématiquement plus grands dans le district où l'expérimentation n'est pas mise en place. Par exemple l'écart (Q5-Q1 pour  $k=0,5$ ) est de 4,10 points de pourcentages à Djibo alors qu'il n'est que de 0,8 à Dori et Sebba. On constate donc moins d'inégalités dans les districts d'expérimentation.

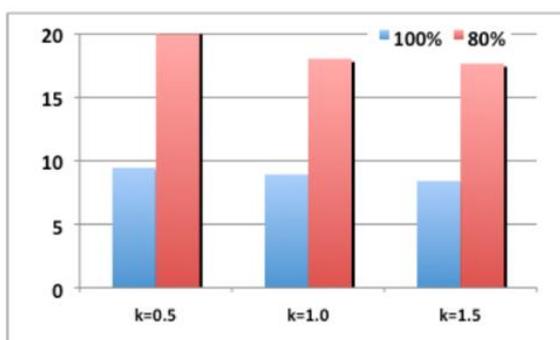


Figure 2 : proportion de femmes ayant des dépenses excessives selon le pourcentage de subvention du prix de l'accouchement

<sup>6</sup> Pour des précisions méthodologiques sur cette analyse endogène (et non exogène lorsque l'on utilise le concept de dépenses catastrophiques) des dépenses de santé, voir pour une étude en Inde ([Mukherje et al., 2011](#)) et pour une application au Burkina ([Ridde, Kouanda, Bado, Bado, & Haddad, 2011](#)).

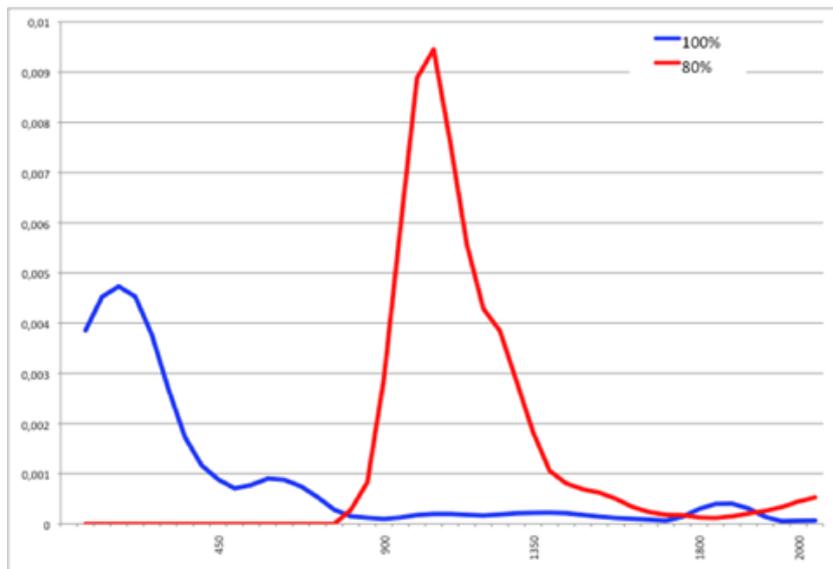


Figure 3 : distribution des dépenses d'accouchements au point de service déclarées par les femmes

#### Fréquentation des centres de santé

Pour les accouchements assistés dans les CSPS, la modélisation<sup>7</sup> montre que l'effet net attribuable à l'expérimentation douze mois après son démarrage dans le district de Dori est de 9,1 accouchements supplémentaires mensuels par CSPS et 4,8 dans ceux du district de Sebba. Ce gain vient s'ajouter et compléter celui obtenu préalablement par la subvention gouvernementale de 80% des coûts des accouchements. L'enquête dans les ménages confirme cette hausse et montre que la proportion de femmes ayant accouché dans les CSPS a doublé, qu'elles vivent loin ou proche des maternités, qu'elles soient pauvres ou moins pauvres.

Pour les enfants de moins de cinq ans, la modélisation montre que les effets sont aussi immédiats et durables, y compris pour les enfants vivant loin des CSPS. L'effet net<sup>8</sup> moyen observé au cours des 12 mois suivant l'expérimentation sur la fréquentation des CSPS par les enfants vivant à plus de 10 km est de plus 48%, de plus 75% pour ceux vivant entre cinq et neuf kilomètres et de plus 66% pour ceux situés à moins de cinq kilomètres. L'enquête dans les ménages confirme ces effets pour ceux dont un enfant a eu un épisode de maladie les 30 jours précédents l'enquête (n=832). Par exemple, la proportion d'enfants ayant consulté un CSPS en premier recours est passée de 25% à 72%<sup>9</sup> pour les plus pauvres (Q1) et de 41% à 83% pour les enfants vivant à plus de 10 kilomètres d'un CSPS. L'enquête confirme en outre que l'expérimentation a été favorable aux plus pauvres. En effet, malgré les contraintes de ressources et de transport qui pèsent plus lourdement sur les familles les plus pauvres vivant le plus loin, elles ont été en mesure, au même titre que les moins pauvres, de faire profiter leurs enfants de l'exemption du paiement (Figure 4). Aujourd'hui, dans un contexte d'exemption du paiement des soins, 80% des enfants sont pris en charge dans un délai de trois jours après l'apparition du premier symptôme de leur épisode de maladie, ce qui est de très bon augure pour la survie des enfants.

<sup>7</sup> Ce qui permet de prendre en compte les tendances séculaires et les variations de taille des populations cible.

<sup>8</sup> En tenant compte de la tendance séculaire, des variations saisonnières de la fréquentation et de la taille de la population cible des CSPS.

<sup>9</sup> En tenant compte de la sévérité perçue du problème de santé, des différences entre les deux districts, des particularités non mesurées des aires de santé des CSPS et des ménages.

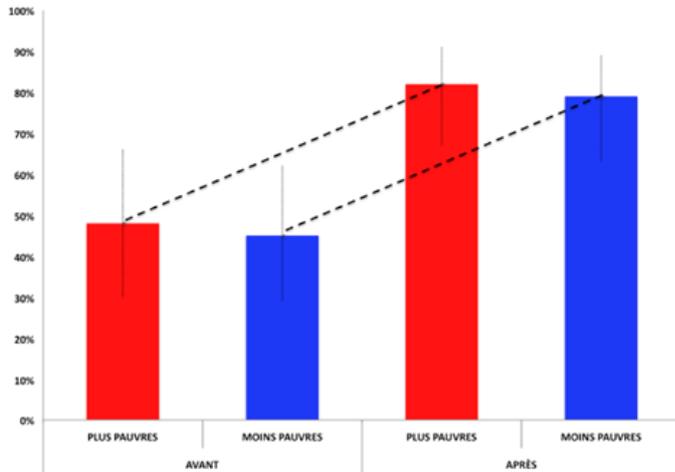


Figure 4 : proportion des enfants vivant à plus de 10 km ayant recours au centre de santé dans les trois jours de la survenue de la maladie

### Sélection des indigents

Avant que l'ensemble des COGES des deux districts ne mettent en place un système de prise en charge des indigents en 2011, quatre CSPS en 2009 ont tenté l'expérience dans 51 villages en 2010. Sur les 656 indigents sélectionnés par les comités villageois, 147 (22%) ont été retenus par les COGES dont 69% sont âgés de plus de 50 ans. On doit remarquer d'emblée que le résultat de cette sélection est une très faible couverture car seulement 0,21% des pauvres vivant dans l'aire de santé des quatre CSPS ont été retenus comme indigents et 0,28% des extrêmement pauvres. Ces personnes ont ensuite obtenu une carte d'exemption signée par le Préfet et le Ministère de l'Action Sociale. La mesure de leur revenu a montré que 15% des indigents vivent dans des ménages extrêmement pauvres, alors qu'ils ne sont que 9% à l'échelle du pays. Les COGES ont de plus minimisé les biais d'inclusion car ils n'ont sélectionné que 0,12% de non pauvres et 0,15% de non extrêmement pauvres.

### Une expérimentation nécessaire ?

Les résultats de cette expérimentation montrent que la capacité contributive des ménages contraint fortement leur utilisation des services de santé lorsqu'ils en ont besoin. Était-il vraiment nécessaire d'apporter cette preuve ? Pour ceux qui connaissent les écrits scientifiques sur le paiement des soins en Afrique, il apparaîtrait en effet surprenant de vouloir faire cette démonstration alors même que toutes les recherches ont montré depuis 20 ans que le paiement au point de service était une barrière majeure au recours aux soins ([ALJPAL, 2011](#); [Haddad & Fournier, 1995](#); [Lagarde & Palmer, 2011](#)). Mais il faut se replacer dans le contexte de cette expérimentation pour mieux en comprendre la pertinence.

### Des besoins qu'il fallait enfin considérer

L'expérimentation intervient dans un contexte social et sanitaire particulièrement préoccupant, notamment car l'utilisation des services de santé dans la région du Sahel est très faible ([INSD, 2010a](#)). Les autorités régionales, l'ONG et son bailleur de fonds (ECHO) voulaient donc agir rapidement. L'exemption du paiement des soins au point de service a montré qu'ils avaient raison, tant les effets sont spectaculaires pour les plus vulnérables et favorables aux plus pauvres.

### S'attaquer aux mythes

Il faut rappeler que le contexte politique et idéologique du Burkina est peu favorable aux politiques d'exemption et à la réalisation du droit à la santé. Les décideurs peinent à s'engager dans des réformes visant la couverture universelle aux soins de santé par l'intermédiaire d'un système de prépaiement équitable. La volonté politique n'est pas encore au rendez-vous, y compris pour les indigents ([Ridde, Yaogo, et al., 2011](#)) et les idées reçues perdurent ([Dagenais, 2011](#)). Récemment encore, des responsables du ministère de la santé ont affirmé que l'exemption du paiement au point de service allait « *déresponsabiliser* » les malades ([ministère de la Santé, 2010b](#)) et des agents de santé que cela allait avoir des effets sur la « *croissance démographique* » ([Ouédraogo, Nébié, & Rouamba, 2010](#)). Nous sommes au cœur des mythes sur le paiement direct ([FCRSS, 2011](#)). Certains fonctionnaires des agences des Nations Unies (OMS, UNICEF) ou de la Commission Européenne au Burkina Faso sont aussi réticents à ces approches alors que leurs sièges ont déclaré leur soutien à cette solution. Rappelons que le Burkina a été le dernier pays de la région à supprimer le paiement des ARV pour les malades du sida (2010) et il refuse de supprimer le paiement des ACT pour les enfants victimes du paludisme simple ou pour les femmes qui accouchent, contrairement aux promesses présidentielles de 2010.

### *La pérennité et la volonté politique*

La pérennisation est le processus qui permet d'atteindre la pérennité, dont la viabilité financière n'est qu'une des dimensions. Aussi, plusieurs données témoignent que l'expérimentation a usé d'un processus de pérennisation favorable à la pérennité : i) la pertinence sociale, l'approche participative et la forte adhésion des populations à la gratuité des soins pour les personnes vulnérables ; ii) une intégration totale de l'expérimentation au sein du système de santé en place (respecte ses principes et ses modalités de fonctionnement, renforce la participation communautaire, l'équité et l'utilisation des services tout en maintenant la qualité des soins) ; iii) la production de nombreuses évaluations rigoureuses et la réalisation de stratégies d'application des connaissances ([Dagenais, 2011](#)). Tous ces processus ont peut-être participé au fait que le nouveau Programme national de développement sanitaire (2011-2020) s'engage à « *élargir la gamme de prestations couvertes par les subventions et assurer leur pérennisation* ».

Ainsi, l'ONG n'agit donc en substitution de l'État que dans sa fonction de tiers-payeur. L'expérimentation est restée simple car la supervision, la formation et le contrôle devraient être des prérogatives assumées par l'État. C'est ici qu'intervient la volonté politique, tant de l'État que de ses partenaires financiers. Il faut noter que les citoyens du Burkina perçoivent que la santé n'est toujours pas une priorité gouvernementale ([Abiola et al., 2011](#)), ce que le gouvernement reconnaît dans son PNDS en affirmant qu'il octroi « *un financement insuffisant [à] la santé et une gestion peu rationnelle des ressources allouées* ». Le faible budget alloué au système de santé en est un témoignage factuel, seulement 8,9% du budget national en 2010, soit moins de 10 Euros par habitant et par an ([ministère de la santé, 2010a](#)). De même, seulement 0,6 % de la richesse nationale ont été consacrés entre 2005 et 2009 à des programmes sociaux, ce qui fait du Burkina l'un des pays consacrant le moins de ressources à cette priorité ([World Bank, 2010](#)). Le Ghana voisin a montré une autre volonté car en quelques années, il s'est donné les moyens d'instaurer une assurance nationale (en levant notamment de nouvelles taxes) qui couvre aujourd'hui plus de la moitié de la population. Mais en même temps, le Ghana a exempté du paiement de la prime 70 % des assurés, notamment les femmes enceintes, les enfants et les indigents ([Sarpong et al., 2010](#)). Si l'État burkinabè voulait vraiment concrétiser les déclarations présidentielles de 2010 de rendre les accouchements gratuits dans les CSPS, le budget voté par l'Assemblée nationale en 2006 pour la politique de subvention est suffisant. La prise en charge des indigents ayant été financé par les COGES, la viabilité financière est résolue. Il reste maintenant la question des enfants de moins de cinq ans, que le respect des engagements émis par l'État en 2004 d'allouer 13% de son budget au système de santé devrait permettre de résoudre ([ministère de l'Economie et du Développement, 2004](#)).

## Conclusion

Les Burkinabè demandent que la santé devienne la première priorité du gouvernement ([Abiola et al., 2011](#)). L'exemption du paiement des soins au point de service n'est pas la panacée. Mais cette expérimentation a montré que, telle que mise en œuvre, elle respecte les fondements du système de santé tout en permettant, enfin, un accès plus efficace et plus équitable. L'expérimentation peut maintenant probablement être comprise comme un premier pas vers la couverture universelle aux soins de santé réclamée par l'OMS ([2010](#)) vers laquelle les voisins du Ghana se sont souverainement engagés. Les décideurs politiques et leurs partenaires (notamment l'OMS, la Banque mondiale et l'UNICEF très influents localement) devraient maintenant prendre la responsabilité de l'extension et de la pérennité de tout ou partie d'une telle expérience à l'échelle du pays, notamment en se donnant les moyens de la financer.

## Remerciements

L'expérimentation et son évaluation ont impliqué de très nombreuses personnes que nous ne pouvons pas toutes remercier nominativement, mais elles se reconnaîtront. L'enquête ménage a été réalisée avec le soutien de AFRICsanté. Nos remerciements vont aux autorités sanitaires (DRS, ECD), aux médecins chefs, aux agents de santé, aux COGES et aux familles de la région du Sahel qui n'ont jamais ménagé leurs disponibilités lors des enquêtes. L'analyse des données a été en partie financée par ECHO et le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRSQ). Valéry Ridde dispose d'une bourse salariale des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

## Références

- Abiola, S. E., Gonzales, R., Blendon, R. J., & Benson, J. (2011). Survey In Sub-Saharan Africa Shows Substantial Support For Government Efforts To Improve Health Services. *Health Affairs*, 30(8), 1478-1487. doi:10.1377/hlthaff.2010.1055
- African Union. (2010). Assembly of the African Union. Fifteenth Ordinary Session 25 – 27 July 2010 Kampala, Uganda.
- ALJPAL. (2011). The price is wrong. J-pal bulletin [ avril 2011 ] (p. 12): Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
- Bamberger, M., & Rugh, J. (2009). Composer avec les contraintes inhérentes à la pratique de l'évaluation. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Concepts et pratiques de l'évaluation de programme. Manuel d'enseignement*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Dagenais, C. (2011). Évaluation externe du volet partage/diffusion des connaissances et plaidoyer (Axe 4) du projet de subvention de l'ONG HELP e. V. au Burkina Faso (p. 28). Montréal: UdeM/Clipp.
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V., Sarkera, M., Tiendrebéogoc, J., Yé, M., . . . Jahn, A. (2010). Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees : a case study from rural Burkina Faso. *Health Policy*, 99(3), 210-218
- FCRSS. (2011). Mythe : Les frais d'utilisation mettraient fin au gaspillage et garantiraient une meilleure utilisation du système de soins de santé (p. 4. [http://www.fcrrs.ca/Migrated/PDF/myth4\\_f.pdf](http://www.fcrrs.ca/Migrated/PDF/myth4_f.pdf)). Ottawa.
- Haddad, S., & Fournier, P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre. *Social Science and Medicine*, 40(6), 743-753
- Haddad, S., Nougara, A., & Fournier, P. (2006). Learning from health system reforms: lessons from Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, 11(12), 1-9
- INSD. (2010a). Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso, 2010. Ouagadougou: INSD.
- INSD. (2010b). La région du Sahel en chiffres (p. 8). Ouagadougou: Ministère de l'économie et des finances.
- Johri, M., V. Ridde, R. Heinmueller, F. Sossa, et S. Haddad, (2013) Entre 14'000 et 19'000 vies d'enfants de moins de cinq ans pourraient être sauvées par un passage à l'échelle nationale de

- l'exemption du paiement des soins expérimentée dans la région du Sahel au Burkina Faso, UdeM/CRCHUM/HELP: Montréal. p. 4.
- Kafando, Y., & Ridde, V. (2010). Les ressources financières des comités de gestion du Burkina Faso peuvent améliorer l'équité d'accès au système de santé. *Cahiers Santé*, 20(3), 153-161
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. . *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4. Art. No.: CD009094. (DOI: 10.1002/14651858.CD009094)
- Marchall, P., & Flessa, S. (2011). Efficiency of primary care in rural Burkina Faso. A two-stage DEA analysis. *Health Economics Review*, 1(5; <http://www.healtheconomicreview.com/content/1/1/5>)
- ministère de l'Economie et du Développement. (2004). Programme d'actions prioritaires de mise en oeuvre du CSLP 2004-2006 (p. 120). Ouagadougou.
- ministère de la santé. (2009). Recueil des indicateurs actualisés de santé (1997-2008) (p. 132). Ouagadougou.
- ministère de la santé. (2010a). Annuaire statistique 2010 (p. 196). Ouagadougou: ministère de la santé. DGISS.
- ministère de la Santé. (2010b). Réduire la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso. Gratuité des soins aux femmes et aux nouveau-nés. Eléments de réflexion et d'estimation des coûts (p. 12). Ouagadougou: DSF.
- Mukherje, S., Haddad, S., & Narayana, D. (2011). Social class related inequalities in household health expenditure and economic burden: evidence from Kerala, south India. *International Journal of Equity Health*, 10(1 : 1)
- OMS. (2010). Rapport sur la santé dans le monde. Financement d'une couverture universelle (p. 120). Genève: OMS.
- Ouedraogo, C., Nébié, G., & Rouamba, G. (2010). *La gratuité des soins maternels dans les pays pauvres. Efficacité, pérennité, effets pervers ou inattendus. Exemple du Burkina Faso*. Paris.
- Patton, M. Q., & LaBossière, F. (2009). L'évaluation axée sur l'utilisation. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques de l'évaluation de programme*. (p. 143-158). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Petticrew, M., Cummins, S., Ferrell, C., Findlay, A., Higgins, C., Hoy, C., . . . Sparks, L. (2005). Natural experiments: an underused tool for public health? *Public Health*, 119(9), 751-757
- Ridde, V., Kouanda, S., Bado, A., Bado, N., & Haddad, S. (2011). Les plus pauvres bénéficient aussi de la réduction des coûts des accouchements au Burkina Faso. Note d'information numéro 4. LASDEL-CRCHUM-AFD/CRDI (p. 4). Montréal.
- Ridde, V., & Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa. *Health Policy and Planning*, 26(1), 1-11
- Ridde, V., & Queuille, L. (2006). Évaluer l'empowerment: tentative d'application d'un cadre d'analyse en Haïti. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 21(3), 173-180
- Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Kadio, K., Ouedraogo, M., Sanfo, M., . . . Haddad, S. (2011). Challenges of Scaling Up and of Knowledge Transfer in an Action Research Project in Burkina Faso to Exempt the Worst-off from Health Care User Fees. *BMC International Health & Human Rights*, 11(Suppl 2), S9
- Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Sanfo, O., Coulibaly, N., Nitiema, P. A., & Bicaba, A. (2010). A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 10-15.doi:10.1136/jech.2008.086793
- Sambo, L., Kirigia, J., & Ki-Zerbo, G. (2011). Perceptions and viewpoints on proceedings of the Fifteenth Assembly of Heads of State and Government of the African Union Debate on Maternal, Newborn and Child Health and Development, 25-27 July 2010, Kampala, Uganda. *BMC Proceedings*, 5(Suppl 5), S1
- Sarpong, N., Loag, W., Fobil, J., Meyer, C. G., Adu-Sarkodie, Y., May, J., & Georg Schwarz, N. (2010). National health insurance coverage and socio-economic status in a rural district of Ghana. *Tropical Medicine and International Health*, 15(2), 191-197.doi:TMI2439 [pii] 10.1111/j.1365-3156.2009.02439.x

The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. (2009). Leading by example – Protecting the most vulnerable during the economic crisis (p. 59). Oslo: Office of the Prime Minister of Norway.

World Bank. (2010). Burkina Faso Social Safety Nets (p. 119). Washinton: World Bank. Human Development Departement. Social Protection Unit. Africa Region.

# Soins gratuits avec une ONG ou par l'État au Mali – effets sur la fréquentation des centres de santé par les enfants de 0 à 4 ans

## **Rolf Heinmüller**

MD, cand. PhD (épidémiologie & biostatistique, McGill), Unité de Santé internationale, Université de Montréal, 3875 rue Saint Urbain, Montréal QC, H2W 1V1 Canada.

[rolf@heinmueller.org](mailto:rolf@heinmueller.org)

## **Youssef Aly Dembélé**

MD, Alliance Médicale Contre le Paludisme au Mali, BP 2298, Bamako

## **Guillaume Jouquet**

MSc, Consultant indépendant

## **Slim Haddad**

MD, PhD, CRCHUM et département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, 3875 rue Saint Urbain, H2W 1V1 Canada

## **Valéry Ridde**

PhD, CRCHUM et département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, 3875 rue Saint Urbain, H2W 1V1 Canada

---

## **Résumé**

Pour améliorer l'accès des populations vulnérables aux services de santé, l'organisation de la gratuité des soins est de plus en plus préconisée. Pourtant, les responsables manquent encore d'informations factuelles sur les effets des exemptions (gratuité) déjà réalisées et sur l'influence des diverses formes de mise en œuvre dans les pays francophones de l'Afrique de l'Ouest.

Au Sud du Mali, deux types de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 4 ans ont été réalisées : i) d'abord partielle en ne couvrant que le diagnostic rapide et le traitement du paludisme, ii) puis totale pour tous les soins de santé de première ligne. La gratuité partielle a été mise en œuvre d'abord par une ONG dans un seul district, puis par le ministère de la Santé à l'échelle du pays.

L'utilisation des centres de santé est passée de 0,3 consultation annuelle par enfant à 0,5, suite à l'exemption partielle ; et puis à 1,8 suite à la gratuité totale. Les hausses d'utilisation ont été immédiates et durables pour tous les centres de santé, tant pour la mise en œuvre par l'ONG que par l'État. La fréquentation en saison pluvieuse a été multipliée par 1,5 à la suite de la gratuité partielle organisée par l'État. L'analyse statistique montre que si l'État seul (sans ONG) mettait en place la gratuité totale des soins pour les enfants, il pourrait augmenter la fréquentation des centres de santé d'un facteur de l'ordre de 4.

## **Mots-clés**

Paludisme, Gratuité des soins, Exemption du paiement, Intervention ONG, Passage à grande échelle, Fréquentation des centres de santé, Enfants de moins de cinq ans

---

## Introduction

Plusieurs pays africains ont expérimenté ou adopté des politiques d'exemption partielle ou totale du paiement des frais des soins de santé dans le but d'améliorer l'accès aux soins pour certains groupes vulnérables de la population. Pourtant, les données probantes de l'évaluation de ces expériences sont rares, particulièrement dans les pays francophones ouest-africains (Meessen & al., 2011 ; Ridde & Morestin, 2010).

Dans le district de Kangaba au Sud du Mali, l'ONG *Médecins sans Frontières, Centre Opérationnel de Bruxelles* (MSF-OCB) a appuyé d'abord sept des onze centres de santé communautaires (CScom) en organisant une exemption du paiement des soins pour les enfants de 0 à 4 ans. Débutant en 2005, cette gratuité était initialement limitée aux cas de paludisme. Elle couvrait un test de diagnostic rapide (TDR) et un traitement par combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA). Nous appellerons cette exemption « gratuité CTA ». Fin 2006, la gratuité a été étendue à l'ensemble des soins pour les enfants de moins de cinq ans. Puis, en 2007, le ministère de santé a rendu gratuit à son tour les CTA pour les enfants de moins de cinq ans dans l'ensemble du pays, y compris dans les quatre CScom du district de Kangaba non couverts par l'intervention de l'ONG. Enfin, l'ONG a étendu en 2008 ses activités à ces derniers CScom pour y instaurer également une gratuité totale des soins pour les enfants. Elle a en même temps modifié son mode de remboursement aux CScom.

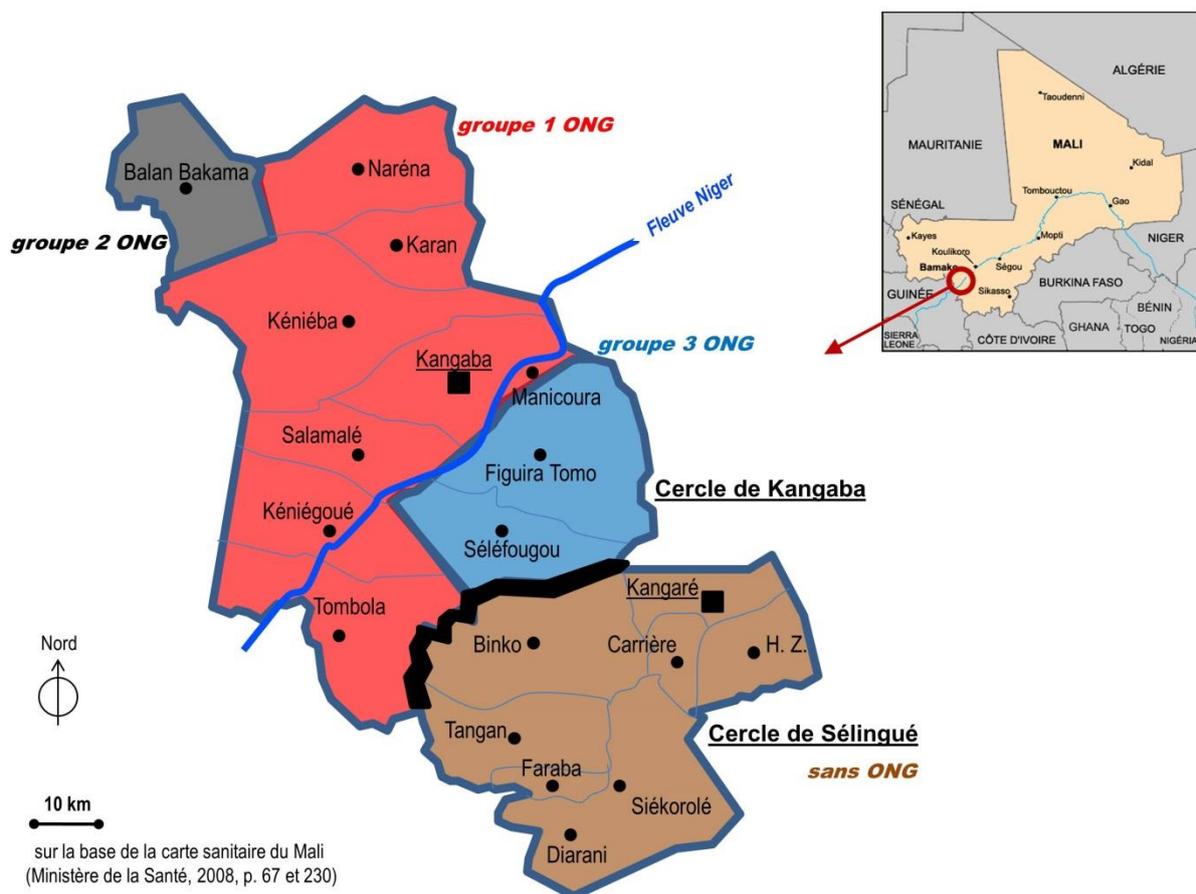


Figure 1 : Carte des zones d'intervention et de comparaison

L'évaluation de ces différentes interventions est un réel défi tant elles sont imbriquées ou se suivent rapidement. Mais en même temps, ces variations de modalité d'intervention dans le même contexte sont des opportunités évaluatives rares car elles peuvent servir à mesurer, non seulement l'effet global des interventions, mais aussi la robustesse de leurs effets face à différents facteurs. Ce

contexte évaluatif permet notamment de décomposer l'effet global en une composante spécifique liée à la gratuité et une composante liée à la présence d'une ONG ayant une marge de manœuvre bien différente de celle de l'État.

Pour voir plus clair dans cette variation au sein du district d'intervention, nous avons choisi un district de comparaison, celui de Sélingué. Il est voisin de Kangaba et n'a pas bénéficié de l'intervention de l'ONG. Grâce aux statistiques rapportées trimestriellement par chaque CScom, nous disposons d'informations comparables avant et après l'intervention ainsi que d'une comparaison avec et sans intervention.

### Historique des interventions

La gratuité partielle des TDR et des CTA ainsi que la gratuité totale ont été introduites par l'ONG dans le cadre de son « Projet Paludisme ». Celui-ci était motivé par l'objectif de réduire la mortalité et la morbidité liées au paludisme, plutôt que d'expérimenter différentes formes de gratuité de soins. Cependant, la gratuité partielle a été rendue totale par la suite car l'ONG a compris que la gratuité partielle ne permettait pas une prise en charge de la majorité des cas de paludisme (MSF, 2008 ; 2010).

Nous présentons successivement les changements intervenus dans les CScom des districts d'intervention et de comparaison (Figure 2). L'ONG a choisi les sept CScom pour le début de ses interventions car les quatre autres étaient difficiles d'accès.

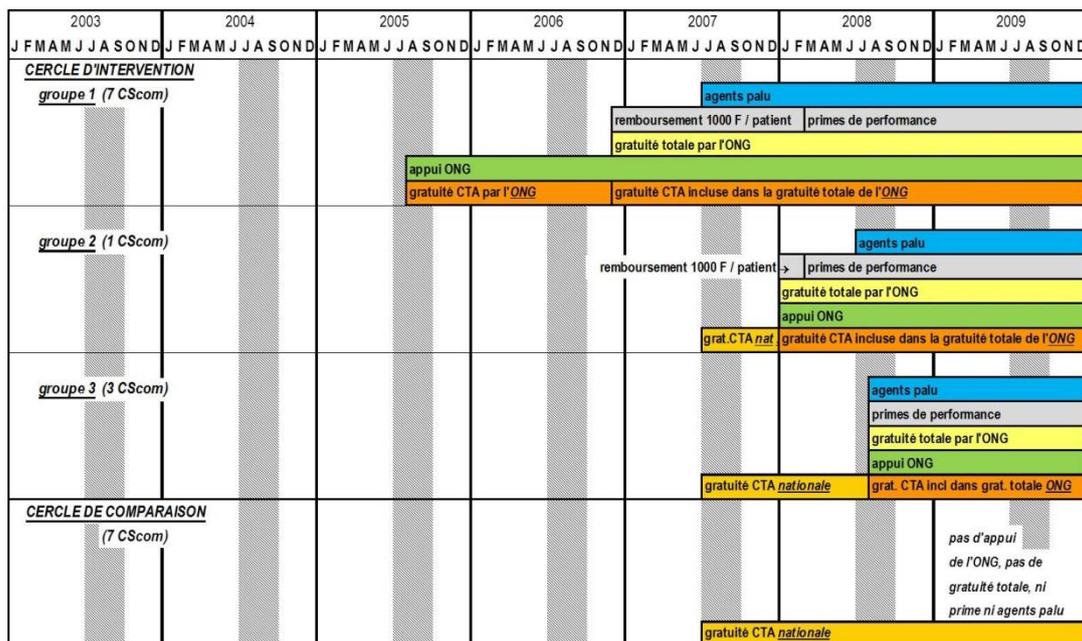


Figure 2 : Séquence des interventions par zone

Les bandes ombragées marquent les troisièmes trimestres (juillet à septembre), soit le début de la haute transmission palustre et le sommet de la fréquentation des CScom par les enfants de moins de cinq ans.

### *Gratuité des CTA par l'ONG*

Face à une résistance accrue à la chloroquine, le ministère de la santé a décidé en mars 2005 de l'utilisation des traitements combinés à base d'artémisinine (CTA). MSF souhaitait accompagner le processus de changement de stratégie anti palustre. Ainsi, à partir d'août 2005, l'ONG a fourni gratuitement les TDR pour tous les patients et le traitement CTA pour les enfants de moins de 5 ans. La consultation restait cependant payante. Les patients âgés de 5 ans et plus payaient un forfait de 85 F CFA (0,17 \$ US) pour un traitement CTA.

L'équipe permanente de MSF a disposé au début de l'intervention en 2005 d'un médecin et d'un infirmier, mais a été doublée en 2006, pour mieux faire face aux charges accrues de supervision. L'équipe n'intervenait pas dans les soins, mais s'occupait de la formation et de la supervision des soignants, du personnel de gestion des CScom et des comités de gestion. Un protocole pour l'utilisation des CTA a été élaboré et le personnel soignant a été formé à son application. La population a été informée de l'innovation lors de trois séances organisées dans chaque CScom auxquelles étaient invités deux représentants de chaque village.

Les difficultés relevées concernant l'intervention étaient la compréhension du TDR, car son utilisation était nouvelle pour le personnel soignant, ainsi que le ravitaillement des pharmacies des CScom pour éviter des ruptures des TDR et CTA.

Pour les patients, la gratuité était conditionnée par le diagnostic. Aussi, en cas de TDR négatif, le test restait gratuit, mais les patients devaient payer les soins prescrits. Bien que les symptômes du paludisme soient bien connus par la population et que la probabilité d'un accès palustre soit élevée, au moins pendant la période de haute transmission (juillet à décembre), la possibilité d'une pathologie fébrile non palustre est réelle : 23% des enfants avec fièvre avaient un test négatif pendant la haute transmission et 30% pendant la basse transmission<sup>10</sup>. Ainsi, les utilisateurs ne pouvaient être assurés d'un traitement gratuit avant d'avoir subi le TDR.

À la suite de cette première intervention, la qualité des soins et la fréquentation des services se sont améliorés. Cependant, l'ONG s'est rendue compte que de nombreux enfants victimes de paludisme n'avaient pas encore accès aux soins. Elle a donc décidé de supprimer les barrières financières en rendant gratuit tous les soins pour les enfants de moins de cinq ans (voir section suivante). De plus, elle a souhaité agir sur la barrière géographique pour certains soins de première ligne dans les villages les plus éloignés (section « Agents palu », plus loin).

### *Gratuité totale des soins par une ONG*

L'objectif de cette gratuité totale était donc de diminuer la mortalité et la morbidité liées au paludisme. À partir de décembre 2006, tous les soins pour enfants de moins de 5 ans devenaient gratuits (MSF, 2010), quel que soit le problème de santé (paludisme ou autre). Pour ces actes délivrés gratuitement, les comités de gestion (ASACO) recevaient une compensation financière de mille F CFA par nouvelle consultation curative. Ces mesures étaient toujours limitées aux premiers sept CScom d'intervention.

De plus, deux ateliers de trois jours ont été organisés pour former le personnel soignant notamment sur le diagnostic différentiel du paludisme et les infections respiratoires. Les protocoles diagnostiques et thérapeutiques du ministère ont été simplifiés. Des supervisions du personnel soignant et des gestionnaires des CScom étaient organisées deux fois par mois, ce qui dépasse

---

<sup>10</sup> De août à décembre 2005, 79% des enfants recevaient un TDR dont 77% étaient positifs (donc 23% négatifs, calcul basé sur MSF, 2006a). Par contre, de janvier à juin 2006, 37% recevaient un TDR dont 70% étaient positifs (MSF, 2006b). Les taux de paludisme confirmé étaient donc de 61% lors de la haute transmission et de 26% lors de la basse transmission.

nettement le rythme prévu par le système public (visite mensuelle pendant les premiers six mois d'ouverture d'un centre, puis une visite trimestrielle). Les deux contraintes majeures identifiées pour la formation du personnel sont, d'une part, la grande proportion de CScom dirigés par des infirmiers brevetés et non par des infirmiers d'État, d'autre part, la mobilité du personnel soignant. Quant au personnel gestionnaire, il devait désormais gérer, non seulement les deux items concernés par la gratuité partielle, mais l'ensemble des médicaments essentiels de première ligne pour les enfants. L'anticipation de l'épuisement des stocks et le ravitaillement préventif exigeaient beaucoup plus d'attention. Le système de gestion du ministère était appliqué. En revanche, le ravitaillement ne se faisait pas à travers la centrale d'achat nationale mais par un circuit spécifique à l'ONG.

### *Agents « palu » pour les villages éloignés en saison de haute transmission*

L'accessibilité des CScom pour les habitants des villages éloignés de plus de cinq km était réduite, voire nulle lors de la saison pluvieuse. Constatant une proportion élevée de paludisme au stade aggravé parmi les patients venant de loin, l'ONG a recruté, à partir de mi-2007, des villageois sachant lire et écrire. Ces personnes (dites agents « palu ») ont été formées pour dépister et soigner les cas de paludisme simple par TDR/CTA et pour référer les cas de TDR négatif ou graves au CScom. La stratégie des agents palu s'adressait aux enfants de moins de dix ans et était limitée, d'une part, à la période de juillet à décembre, dite de haute transmission palustre, et, d'autre part, aux seuls villages situés à 5 km ou plus de leur CScom. Un agent palu s'occupait en moyenne de trois villages et recevait 25.000 F CFA par mois (50 \$ US).

### *Gratuité des CTA par l'État*

En juillet 2007, le ministère de la santé a introduit la gratuité des TDR et CTA dans l'ensemble du pays, y compris les quatre CScom du district de Kangaba où l'ONG n'intervenait pas encore. La stratégie nationale s'adresse également aux enfants de moins de cinq ans et utilise un guide diagnostique et thérapeutique semblable à celui de l'ONG; elle s'est inspirée de l'expérience acquise par l'ONG. En comparaison avec la mise en œuvre de l'ONG, la population bénéficiant de la stratégie nationale a reçu moins d'information et le message de la gratuité aurait été passé uniquement par la radio locale. Les pharmacies des districts ont enregistré de fréquentes ruptures de stocks en TDR et CTA, atteignant souvent quatre mois par an. La supervision et formation étaient moins intenses que pour l'ONG.

Bien que la stratégie nationale ait été mise en œuvre dans quatre CScom du même district où intervenait l'ONG depuis deux ans, il y a eu peu d'échanges entre l'équipe cadre du district (système public) et l'équipe de l'ONG. Les systèmes de ravitaillement restaient séparés et la gratuité des CTA dans les sept CScom de l'ONG restait ancrée dans la gratuité totale. La mise en œuvre de la stratégie nationale pour les quatre CScom restant du district de Kangaba était donc peu ou pas influencée par la présence de l'ONG. Seule la charge de travail de l'équipe cadre de district était réduite, car elle n'avait à superviser que quatre de ses onze CScom.

### *Remboursement forfaitaire puis selon performance*

Initialement, les comités de gestion des CScom recevaient de l'ONG un remboursement forfaitaire de 1000 F CFA par consultation gratuite. Cette compensation était censée couvrir les salaires et les frais de fonctionnement du CSCOM. Ce montant uniforme et automatique avait été convenu avant le début de l'intervention, dans le souci de maintenir les CScom fonctionnel. Mais les montants ont été calculés sans connaissance des coûts réels, ni de leur variation par saison et volume de patients consultés. Or, le montant s'est avéré surestimé (Jouquet, 2007) et une modification du système de compensation des CScom devenait souhaitable afin de relier la compensation à la performance.

À partir de février 2008, la compensation était décomposée en un montant minimal garantissant le fonctionnement du centre de santé<sup>11</sup> et des primes octroyées en fonction d'une évaluation mensuelle des performances. On y vérifiait la continuité de la présence de personnel soignant, l'adéquation des prescriptions par rapport aux diagnostics posés, la gestion du dépôt de médicaments, la tenue correcte des registres, la complétude et régularité du rapport statistique mensuel, la gestion des comptes par le comité de gestion, ainsi que la régularité et la production de ses rencontres internes et avec des représentants des villages (MSF, 2009). Cette vérification des performances était initialement perçue par le personnel comme inhabituelle et de type « contrôle ». Toutefois, après un processus d'adaptation, les différents personnels réussissaient de plus en plus les tests prescrits, gagnaient leurs primes, et le système était accepté.

### *Extension du programme aux CScom restants du district de Kangaba*

En 2008, l'ONG a intégré les quatre CScom restants du district dans son intervention. Le seul CScom du « groupe 2 » (voir Figures 1 & 2), situé à l'extrémité occidentale du district derrière une montagne, débutait la gratuité en janvier 2008. Le groupe 3, soit les trois CScom situés entièrement de l'autre côté du fleuve, démarrait en juillet 2008. À cause de la barrière du fleuve, la mise en œuvre était administrée par une deuxième équipe de l'ONG, basée à Sélingué, plus proche. Cette équipe était constituée d'un membre de l'équipe existante du projet et d'une personne nouvellement recrutée.

Contrairement au groupe 1, où les innovations étaient introduites une à une, tout le paquet a été mis en place en même temps dans ces nouveaux centres de santé soutenus par l'ONG : la gratuité CTA jusque-là nationale était intégrée dans la gratuité totale de l'ONG; les TDR et les CTA provenaient alors de la pharmacie de l'ONG. La gratuité totale était instaurée avec la vérification des performances, les agents « palu » étaient mis en place et la formation eut lieu lors d'un seul atelier.

Les soignants et gestionnaires de ces CScom se seraient plaints de ne pas avoir pu bénéficier d'abord de la compensation forfaitaire des 1000 F CFA par consultation (qui était avantageuse pour les CScom). Ainsi, les comités de gestion n'ont pas par exemple pris l'initiative de convoquer des rencontres supplémentaires à celles organisées par l'ONG, contrairement à ce qui s'était passé dans le groupe 1.

### **Méthode d'évaluation**

Nous utilisons les données de routine enregistrées dans chaque CScom. Les nombres mensuels de consultations d'enfants âgés de 0 à 4 ans ont été extraits des rapports trimestriels des deux districts. Cette extraction a été effectuée de manière indépendante à deux reprises, afin de corriger les erreurs de saisie. De ces données, nous avons obtenu pour chaque CScom une série chronologique allant de janvier 2003 à décembre 2009, à concurrence des rapports que nous avons trouvés (94%).

Le choix du district de comparaison s'est fait en 2010, il n'a donc pu influencer, ni les interventions, ni le recueil des données. Un CScom a dû être éliminé de l'analyse à cause de ses données populationnelles incohérentes (Karan, groupe 1).

L'analyse visuelle et statistique des courbes s'inspire des recommandations de Shadish & al. (2002). L'analyse statistique utilise une régression multi niveaux qui permet d'évaluer la contribution de chacune des formes de gratuité au taux d'utilisation des services et de prendre en compte les différences de contexte pouvant exister entre les centres de santé (p. ex. : présence ou absence de

<sup>11</sup>Le montant fixe comprend la rémunération des personnels du CScom sur la base des salaires pratiqués par les ASACO plus un montant couvrant les frais de fonctionnement sur la base du montant mensuel moyen de 2007 augmenté de 20%.

l'ONG, de médecin, de CSréf, de maternité rurale ainsi que la proportion de populations éloignées des CScom). La modélisation et l'interprétation de résultats se basent sur l'historique des interventions et les informations des membres de l'équipe de projet.

Les modèles utilisent une loi binomiale-négative, des effets aléatoires représentant des particularités non observées des CScom et contrôlent pour l'auto corrélation sérielle (Snijders & Bosker, 1999 ; Singer & Willet, 2002 ; Molenberghs & Verbeke, 2005 ; Lagarde, 2011). Les prédictions des taux de la figure 4 sont obtenues par la post-estimation disponible dans le logiciel SAS 9.2.

Dans le modèle binomial-négatif, nous traitons les tailles des populations cibles (soit les nombres d'enfants de moins de cinq ans dans chaque aire) comme dénominateur (*offset*) de la variable dépendante (soit des nombres mensuels de consultations des CScom). Ceci permet de modéliser simultanément ces nombres (figure 3) et les taux d'utilisation (figure 4). En revanche, la taille de la population cible n'a pas de coefficient dans les résultats ; son influence sur la fréquentation est plutôt prise en compte par le *offset* et la modélisation directe des taux.

## Résultats

### *Hausses immédiates, homogènes et durables de la fréquentation*

L'analyse des courbes montre un effet important de la *gratuité totale* sur la fréquentation des centres. La figure 3 présente les moyennes mensuelles par groupe et par mois, telles que prédites par le modèle de régression. L'information complète est contenue dans les courbes observées par CScom et mois, voir figure A.1 annexée.

Les hausses surviennent dans le mois de l'introduction de la gratuité totale, immédiatement donc, alors que les périodes d'introduction varient selon les groupes. Cette uniformité de réaction, malgré la variation des années et des saisons d'introduction des interventions, est un élément important pour attribuer ces hausses à la gratuité. L'autre élément de preuve est que le district de comparaison n'enregistre pas de telles augmentations.

On peut constater également un effet immédiat de la *gratuité des CTA (de l'ONG et de l'État)*, bien que l'effet de la gratuité totale domine largement le tableau et détermine l'échelle qui fait paraître petit, l'effet de la gratuité partielle. L'effet de cette gratuité partielle se constate surtout lors des périodes de haute transmission palustre, de juillet à décembre. L'effet est cependant plus marqué en présence de l'ONG dans le groupe 1.

On observe une *homogénéité* de ces effets. Dans la figure Annexe 1, il n'y a pas de CScom dont on ne constate pas de hausse à la suite de ces interventions. Lors de la seule gratuité des CTA, la fréquentation recule lors du semestre janvier-juin de basse transmission palustre. En revanche, lors de la gratuité totale, la fréquentation reste augmentée durant toute l'année. Bien sûr, cette homogénéité vis-à-vis d'une réaction immédiate n'empêche pas les CScom de différer substantiellement dans l'amplitude de leur réaction (voir figure Annexe 1 ; une partie de ces différences entre CScom est expliquée par les résultats de la régression).

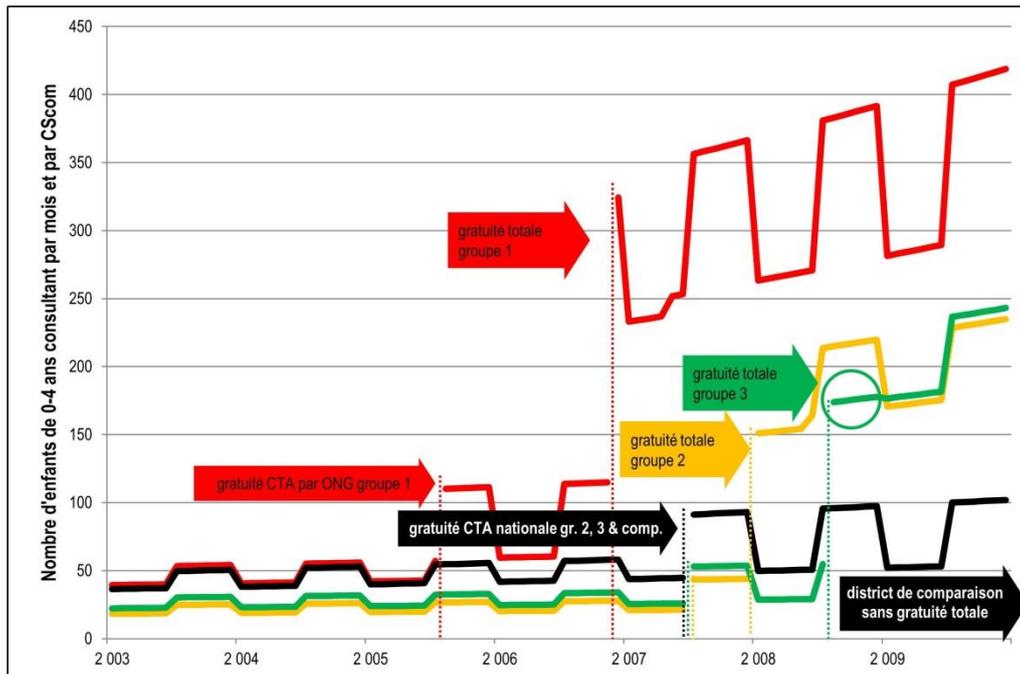


Figure 3 : Évolution de la fréquentation des centres de santé

Moyennes des consultations mensuelles d'enfants de moins de cinq ans pour les trois groupes de CScom d'intervention et le district de comparaison, prédites par le modèle de régression. Les prédictions *incluent* les effets significatifs décrits à la section « Déterminants », ci-dessous. L'évolution au district de comparaison apparaît en noir, celle des aires où intervenait l'ONG, en couleur. Les flèches longues et minces indiquent les débuts de la gratuité des CTA, les flèches courtes et épaisses marquent les débuts de la gratuité totale. Le cercle marque de démarrage lent du groupe 3 (voir texte).

On remarque que seul le groupe 3 ne montre pas d'emblée le plein pic de hausse lors de la première haute saison palustre après introduction de la gratuité totale (voir le cercle dans la figure 3). Le début de la gratuité totale coïncide avec le début de la haute transmission en 2008. La fréquentation des CScom augmente immédiatement mais atteint, en saison pluvieuse, tout juste le niveau de la période suivante de basse transmission, janvier à juin 2009. Néanmoins, à partir de la deuxième année d'application de la gratuité totale, l'évolution de la fréquentation du groupe 3 se conforme au reste du district, avec un pic prononcé durant les mois juillet à décembre. Rappelons ici l'accessibilité difficile de ce groupe de CScom et la mise en œuvre par une nouvelle équipe, basée hors du district.

Les hausses de la fréquentation sont également *durables* pendant la période d'observation. L'effet de la *gratuité nationale des CTA* était stable pendant les deux ans et demi de suivi au sein du *district de comparaison* durant laquelle elle n'a pas été incorporée dans la gratuité totale de l'ONG. Quant à la *gratuité totale*, les courbes prédites et observées donnent par ailleurs l'impression d'une tendance vers la hausse.

Les *nombres absolus* d'enfants consultés, qui se situaient entre 20 et 50 par mois avant les interventions (figure 3), augmentent de plusieurs dizaines au cours de la gratuité CTA, et atteignent au moins 200 dans le district d'intervention lors de la gratuité totale. En revanche, les pointes

saisonniers lors de la haute transmission atteignent 400 et plus, et dans les deux centres du groupe 1 avec médecin, on approche 1000.

### Déterminants de l'utilisation

Comme lors de l'analyse précédente concernant les courbes, les effets qui dominent les résultats de la modélisation statistique sont la gratuité totale (multiplication de la fréquentation entre 3,1 et 6,1, voir section « Effet des gratuités » plus loin) et la variation saisonnière de l'effet de la gratuité des CTA (multiplication entre 1,1 et 1,9). D'autres effets moins ou non visibles dans les courbes sont statistiquement significatifs et ont été retenus dans le modèle :

- La saison de haute transmission palustre multiplie la fréquentation des centres en moyenne par 1,332 (intervalle de confiance à 95 % : 1,201 — 1,478).
- La présence d'un médecin multiplie la fréquentation au semestre juillet-décembre par un facteur de 1,264 (1,030 — 1,550). Ceci suggère que les capacités et ressources disponibles dans les CScom concernés jouent un rôle important, soit pour faciliter la prise en charge du surplus de patients, soit pour l'attractivité relative des centres (deux CScom du groupe 1 et trois du district de comparaison avaient un médecin).
- La présence d'un hôpital (CSréf) dans l'aire d'un CScom atténue sa fréquentation par un facteur de 0,708 (0,523 — 0,960).
- Si la gratuité des CTA est accompagnée par l'ONG, son effet sur la fréquentation se multiplie par 1,261 (0,969 — 1,642)<sup>12</sup> ; ceci s'applique en plus des effets précédents<sup>13</sup>.

D'autres facteurs ont été testés mais se sont avérés non significatifs :

- La *proportion* de la population cible *résidant à plus de 5 km* du CScom (quant à la *taille* de la population *totale*, voir section « Méthode d'évaluation » ci-haut).
- La présence de maternité rurale dans l'aire du CScom
- L'introduction des agents « palu ».
- Le remplacement dans le groupe 1 du remboursement forfaitaire par des primes basées sur la performance.

### Taux d'utilisation par enfant sans et avec gratuité

La figure 4 présente les taux d'utilisation annualisés<sup>14</sup> selon le modèle de régression, pour les périodes de basse et haute transmission palustre. Le taux par enfant représente la *perspective de la population cible* et son *accès effectif aux CScom*, tandis que le nombre absolu de consultations par CScom (figure 3) représente la perspective du service et de sa charge de travail. Les taux prédits prennent en compte l'influence des facteurs identifiés plus haut et contrôlent pour la tendance à long terme de l'utilisation.

<sup>12</sup> Contrairement aux précédentes estimations, cette analyse se base sur des courtes périodes : la gratuité CTA a pu être observée avec ONG de mi-2005 à fin 2006 dans le groupe 1, et sans ONG à partir de mi-2007 dans le district de comparaison (très brièvement seulement dans les groupes 2 et 3). Voilà pourquoi l'intervalle de confiance est relativement large.

<sup>13</sup> Tous ces effets s'appliquent l'un indépendamment de l'autre. Par exemple : durant la haute saison, la fréquentation se multiplie par un facteur de 1,33 ; dans les CScom avec médecin, l'utilisation augmente davantage par 1,26, c'est-à-dire ces derniers CScom enregistrent une multiplication par  $1,33 \times 1,26 = 1,68$ . Et ainsi de suite, pour l'effet de la gratuité CTA et l'accompagnement ou non par l'ONG.

<sup>14</sup> Un taux *annualisé* de p. ex. 1,44 (figure 4, groupe 1 sous gratuité totale, basse saison) signifie qu'un enfant de ces aires consulterait le CScom en moyenne 1,44 fois par an, si ce taux restait constant pendant une année. Comme ce taux représente le 1<sup>er</sup> semestre alors que le taux du 2<sup>e</sup> semestre égale 2,06, le nombre moyen de consultations *annuelles* par enfant s'y évalue à  $1,44/2 + 2,06/2 = 0,72 + 1,03 = 1,75$ .

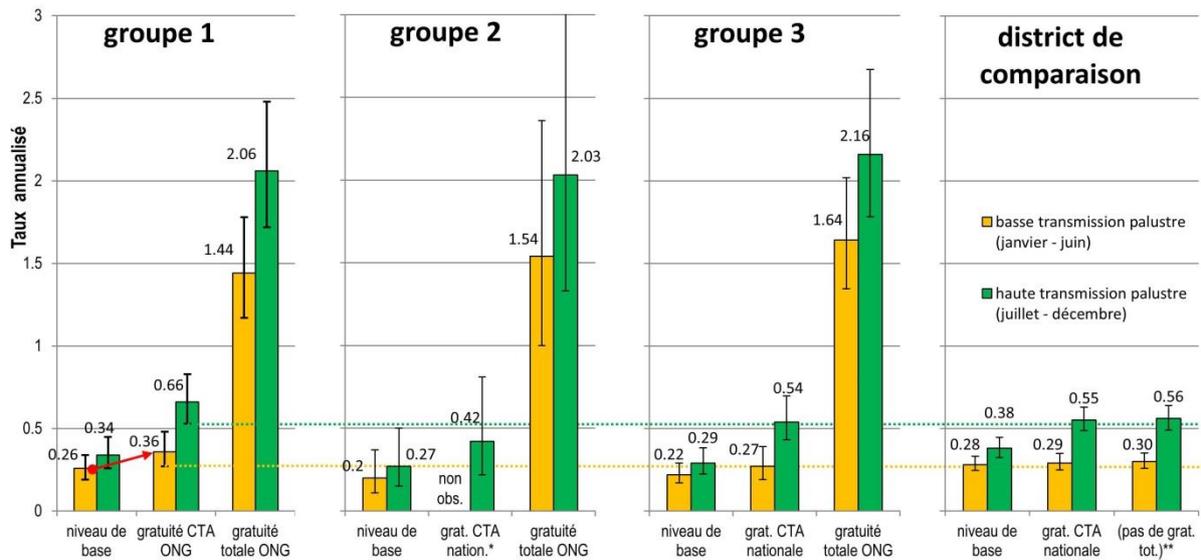


Figure 4 : Effets sur les taux d'utilisation par enfant et par an

Taux de consultation annualisés par enfant de moins de cinq ans et par semestre, prédits par le modèle de régression. Les prédictions *incluent* les effets significatifs décrits à la section « Déterminants de l'utilisation », plus haut. \*Dans le groupe 2, la gratuité des CTA n'a été observée que lors d'une seule période de haute transmission. \*\*Dans le district de comparaison, resté sans gratuité totale, le seul changement après la gratuité des CTA est dû à la faible tendance séculaire.

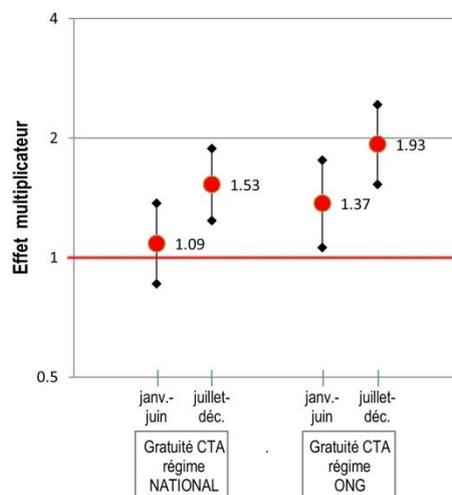
Concernant la *gratuité des CTA*, on voit plus clairement qu'elle a agi principalement sur la fréquentation lors des mois juillet à décembre. Seulement dans le groupe 1 —accompagné par l'ONG— on observe une hausse de la fréquentation en période de *basse* transmission palustre (voir la petite flèche rouge). De plus, la hausse lors de la période de haute transmission est plus prononcée. En basse et en haute saison, les taux durant la gratuité CTA du groupe 1 sont nettement plus élevés que ceux des autres zones. Ces derniers se situent à la limite inférieure de l'intervalle de confiance du groupe 1 (voir lignes pointillées orange et verte), ce qui indique que l'effet supplémentaire dans le groupe 1 est presque statistiquement significatif, malgré la courte période où il a pu être observé (voir note à la section « Déterminants de l'utilisation », plus haut).

Concernant la *gratuité totale*, on observe un effet de « *rattrapage* » dans les groupes 2 et 3. Ils atteignent des taux *équivalents* à ceux du groupe 1, alors que leur taux de base et lors de la gratuité partielle étaient nettement inférieurs. Il apparaît que le « *facteur ONG* » n'a pas seulement permis de rattraper la différence observée entre la politique nationale et l'intervention de l'ONG, mais a aussi pu compenser la « *difficulté* » de ces zones qui enregistraient des taux inférieurs au groupe 1 et au district de comparaison.

*Effet des gratuités partielle et totale avec l'ONG ou par l'État*

La figure 5 compare les effets des deux mises en œuvre observées de la gratuité des CTA<sup>15</sup> :

- La gratuité des CTA par la *seule intervention de l'État* (figure 5, gauche) a multiplié l'utilisation des services dans les CScom lors de la période de haute transmission palustre (juillet-décembre) par un facteur de 1,5 en moyenne. En revanche, lors de la période de basse transmission (janvier-juin), nous constatons peu ou pas d'effet significatif (facteur 1,09).
- La gratuité des CTA *accompagnée par l'ONG* (figure 5, droite) a multiplié l'utilisation des services dans les CScom lors de la haute transmission par un facteur d'environ 2. C'est uniquement dans ce contexte d'un accompagnement de l'ONG que l'on constate un effet significatif également lors de la période de basse transmission (facteur 1,4).



*Figure 5 : Effet de la gratuité des CTA avec ONG ou par l'État*

Les effets sont *contrôlés* pour et ne contiennent pas les facteurs significatifs décrits à la section « Déterminants de l'utilisation », plus haut.

La figure 6 utilise la différence d'effet constatée entre les deux mises en œuvre de la gratuité partielle et compare l'effet attendu de la gratuité totale des soins pour les enfants de moins de 5 ans selon trois scénarios. Les trois estimations répondent à différentes questions pratiques :

1. Effet *ajouté* par la gratuité totale après la gratuité des CTA : nous avons observé les effets de la gratuité totale seulement lorsqu'elle s'est ajoutée à celle des CTA, dont les effets sur la fréquentation étaient déjà à l'œuvre. Cette transition de la gratuité partielle vers la gratuité totale a ainsi multiplié la fréquentation des CScom par un facteur 3,0 lors de la haute

<sup>15</sup> Tous les effets présentés dans cette section s'appliquent à un CScom moyen (soit une moyenne calculée sur la base des 17 CScom étudiés), et ils s'appliquent *en plus* des autres effets énumérés à la section « Déterminants de l'utilisation », plus haut.

transmission palustre, et par un facteur 4,4 lors de la basse transmission (figure 6, gauche). Si la différence d'effet entre les deux saisons peut paraître étonnante, il faut se rappeler que la gratuité des CTA (sans ONG) avait déjà augmenté la fréquentation, en haute saison, par un facteur 1,5. Les calculs réalisés pour ce premier scénario permettent d'estimer l'augmentation attendue de la fréquentation, si le système public *du Mali* étendait la gratuité des CTA déjà généralisée à la gratuité totale des soins de première ligne pour les enfants. Ce chiffre représente cependant la borne supérieure, tel que nous en discuterons dans la prochaine section. L'estimation suppose évidemment qu'une telle extension utilise des stratégies semblables à celles observées à Kangaba, notamment en ce qui concerne le remboursement. Il faut préciser que cette estimation exclue l'effet ONG dans le but de fournir une approximation plus réaliste de l'effet réalisable dans le cadre du système de santé public en condition « normale » de mise en œuvre.

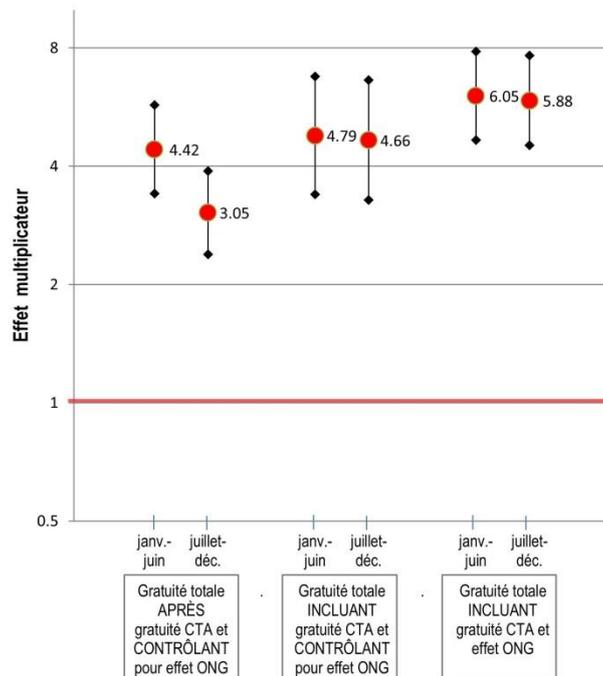


Figure 6 : Effets de la gratuité totale selon trois scénarios

Les effets sont *contrôlés* pour et ne contiennent pas les facteurs significatifs décrits à la section « Déterminants de l'utilisation », plus haut.

2. Effet *global* : Le modèle de régression permet de comparer la fréquentation observée sous gratuité totale avec celle qui aurait prévalu *sans aucune* gratuité. Cette comparaison fournit une augmentation globale de la fréquentation d'un facteur d'environ 4,7 (voir figure 6, centre). Ce chiffre représente, comme le précédent, une borne supérieure. Ce deuxième scénario permet à *d'autres pays* d'estimer l'augmentation de la fréquentation si ils organisaient une gratuité totale *d'emblée, sans passer d'abord par une gratuité partielle* et en ayant recours aux stratégies semblables, dans un contexte comparable. L'effet propre à l'ONG est également *exclu* de cette estimation.

3. Effet *global en projet pilote* : En incluant finalement l'effet ONG, on obtient l'effet global de la gratuité totale observé dans le district de Kangaba en présence de l'ONG. Cet effet prend en compte des aspects qui vont au-delà de la gratuité des soins, soit la présence d'une organisation externe qui peut concentrer d'importantes ressources humaines et matérielles à quelques CScom sélectionnés, sans nécessairement passer par les circuits nationaux de personnel et de ravitaillement. L'effet global en projet pilote est évidemment plus élevé, augmentant l'utilisation des CScom par un facteur d'environ 6,0 (figure 6, droite). Ce dernier scénario peut intéresser les ONG, bailleurs de fonds ou États qui planifient une intervention semblable afin de faire la démonstration des effets de la gratuité dans un contexte de *projet pilote contrôlé*.

### Discussion et conclusions

Les hausses immédiates et durables de la fréquentation lors de la gratuité partielle et totale indiquent que l'élimination des barrières financières permet de répondre à des *besoins non satisfaits* jusque-là. Cela est prometteur car une meilleure utilisation des centres de santé laisse escompter une influence positive sur la mortalité des moins de cinq ans et leur morbidité (Rutherford & al., 2010). De plus, l'ONG a mené mi-2008 une enquête sur la mortalité des moins de cinq ans dans les aires du groupe 1, couvrant six mois de gratuité des CTA et sept mois de gratuité ainsi qu'une zone sans ces interventions. Elle a ainsi trouvé des indices d'une mortalité réduite des enfants de moins de 5 ans dans la zone d'intervention (Ponsar & al., 2011).

La stabilité des effets positifs de la gratuité des CTA organisée par *l'État* est particulièrement encourageante, notamment lors de la saison de haute transmission palustre. Elle indique la *viabilité et la pertinence* de cette intervention dans le cadre du système de santé public sans l'appui d'une ONG. Elle suggère également que la *qualité* des services de santé publics dans leur état actuel est acceptée par la population, si seulement on peut financièrement y avoir accès, car il faut se rappeler que les consultations sont payantes, seuls les CTA sont gratuits. La qualité est notamment compromise par les ruptures de stocks en TDR et CTA qui continuent par endroit d'atteindre quatre mois par an. Même si la fréquentation des CScom dans ce contexte gouvernemental a moins augmenté que dans le contexte de l'intervention de l'ONG avec une gratuité totale, on peut supposer que ce sont davantage des cas de paludisme grave qui en ont bénéficié, et donc escompter une influence positive sur la morbidité et mortalité à l'échelle du pays.

La grande différence d'effet entre la gratuité partielle ciblée sur le paludisme et la gratuité totale rappelle l'ambiguïté inhérente d'une exemption conditionnée sur un diagnostic non connu d'avance : l'utilisateur potentiel ne peut être sûr d'être exempté des frais et évalue ses chances avant de venir consulter, surtout pour des cas n'apparaissant pas encore suffisamment graves pour les mères des enfants pour franchir une distance de plusieurs kilomètres.

L'effet global substantiel de la gratuité totale sur la fréquentation témoigne du potentiel de cette intervention. Avec des taux de 2 consultations par an et par enfant durant la haute transmission et de 1,5 lors de la basse transmission palustre, elle n'a pas seulement le potentiel d'atteindre une grande partie des cas de paludisme, mais aussi des infections respiratoires et diarrhées sévères et donc de réaliser une diminution de la mortalité et morbidité générales du groupe cible.

Les pics mensuels allant jusqu'à 1000 consultations d'enfants par CScom (figure A.1), signifient que le personnel de santé a été en mesure de faire face une charge de travail additionnel. Dans le groupe 1, la charge de travail en période de haute transmission est passée d'une moyenne de 7 consultations par personnel médical par jour avant l'intervention de l'ONG, à une moyenne de 21 consultations par personnel médical et par jour après l'introduction de la gratuité totale pour les moins de 5 ans (Jouquet, 2007 & 2008). La charge de travail du personnel médical a donc été multipliée par 3. On est ainsi passé avec la gratuité totale d'une sous-utilisation à une utilisation normale du personnel

médical. La même situation d'une absence de surcharge de travail a été constatée dans deux districts du Burkina Faso expérimentant la gratuité totale pour les enfants de moins de cinq ans (Ly et al, 2012).

L'effet des gratuités partielle et totale s'est avéré *robuste* sous plusieurs angles :

- La réaction homogène dans toutes les aires où elles ont été appliquées témoigne d'une robustesse au regard des contextes locaux différents.
- L'effet de gratuité totale était inchangé après le changement du système de compensation, partant d'un forfait très avantageux pour les comités de gestion vers une évaluation des performances qui était difficilement acceptée par le personnel de santé.
- L'effet de la gratuité totale était aussi robuste au regard de la mise en œuvre accélérée et de la formation plus courte dans les groupes 2 et 3. De plus, la mise en œuvre dans le groupe 3 était faite par une nouvelle équipe à partir d'un nouveau bureau de projet.

Les données disponibles ne permettent pas d'évaluer si les mesures de gratuité ont bénéficié aux ménages pauvres ou résidant dans des villages éloignés, comme cela a pu être positivement observé au Burkina Faso (Ridde & al., 2011).

L'« effet ONG » (facteur 1,26) a été trouvé en comparant les deux mises en œuvre de la gratuité des CTA, en projet pilote à Kangaba et à l'échelle du pays, tant que représenté par Sélingué. Le principe d'intervention des deux acteurs était le même : fournir gratuitement les TDR et CTA, former le personnel des CScom à leur utilisation et gestion, et veiller à ce que la population soit informée de cette innovation. Par conséquent, l'effet ONG peut s'expliquer par le surplus de ressources et la plus grande intensité de l'intervention : une information de la population plus importante, une supervision et une formation plus intenses et l'élimination des ruptures de stocks des pharmacies. Vu l'importance des ruptures de stocks dans le système public, on aurait d'ailleurs pu s'attendre à voir un effet ONG encore plus fort.

Dans la section « Effet des gratuités » nous avons appliqué ce même effet ONG à la gratuité totale, pour estimer l'augmentation réalisable par le système public à l'échelle du pays (figure 6, gauche et centre). Le *passage à grande échelle* d'une exemption totale pose d'un point de vue quantitatif un plus grand défi que l'exemption partielle, le facteur ONG (soit 1,26) pourra s'avérer plus important dans ce cas. Par conséquent, les effets de la gratuité totale estimés pour une mise en œuvre généralisée par le système public (entre 3,0 et 4,7 selon situation de départ) représentent des *bornes supérieures*. De tels chiffres sont cruciaux pour la planification réaliste des besoins en ressources d'une éventuelle réalisation par l'État. Nos estimations – bien qu'approximatives– pourraient s'avérer utiles en l'absence d'autres sources d'information. Bien sûr, les estimations supposent que la gratuité totale suive – dans un contexte comparable à celui des districts de Kangaba et Sélingué – les mêmes stratégies, notamment en ce qui concerne le remboursement des comités de gestion et la motivation du personnel.

Pour illustrer davantage le facteur ONG, revenons à l'effet de la gratuité CTA en période de *basse* transmission palustre, observé uniquement dans un contexte de présence d'une ONG (figure 5, droite). Cet effet est étonnant car les chances de bénéficier des CTA gratuits étaient moins élevées lors de cette période : seulement 26% des enfants ont eu un paludisme confirmé (au lieu de 69% lors de la haute transmission, voir section « Gratuité des CTA par l'ONG »). Le fait qu'il ait eu quand même un effet en basse saison suggère que la présence de l'ONG a eu une influence plus générale : la demande était augmentée malgré le risque élevé de ne pas bénéficier d'un traitement gratuit. Les gens doivent avoir été attirés par *quelque chose d'autre que l'accessibilité financière*. Nous devons nous interroger sur ce que c'est et si le système public en dispose. Une des explications plausibles est la confiance *a priori* en la qualité des services fournis en présence d'intervenants extérieurs. Même si on n'imagine pas que le système de santé public puisse organiser dans l'ensemble du pays ce que

l'ONG a pu réaliser dans un seul district, il pourrait y avoir des éléments reproductibles à plus grande échelle : par exemple, le ravitaillement anticipé des stocks de médicaments, la simplification des manuels, ou l'information plus efficace des populations sur des innovations dans les services de santé.

Le coût direct de l'intervention (couvrant personnel médical, médicaments et frais de fonctionnement) pour les enfants de moins de cinq ans du groupe 1 pour une gratuité totale pour les patients s'est élevé en moyenne à 2,37 € par consultation curative (3,24 \$ US). Les coûts indirects (pour la supervision et le soutien technique), s'ils étaient confiés à une ONG locale, ont été estimés à 1.240 € pour 1.000 consultations (1.695 \$ US ; Jouquet, 2008).

L'ONG a mis en place un certain nombre d'innovations dans une échelle de temps relativement courte avec un succès indéniable. Toutefois, l'ONG aurait peut-être pu communiquer davantage avec l'équipe cadre du district sanitaire, ce qu'elle reconnaît (MSF, 2010), par exemple pour identifier des approches faisables et reproductibles dans le contexte d'un système de santé public dans des conditions normales. Entre temps, une autre ONG a pris la relève pour la gratuité totale dans le district de Kangaba. La stratégie des « agents palu » a été institutionnalisée récemment par l'État, l'UNICEF assurant salaires et kits en 2012.

### Remerciements

L'analyse des données a été réalisée dans le cadre du projet des Observatoires de la gratuité des soins au Mali financés par ECHO et mis en œuvre en collaboration avec MSF-OCB. Valéry Ridde dispose d'une bourse salariale des *Instituts de recherche en santé du Canada* (IRSC). Nous tenons à remercier chaleureusement la direction nationale de la santé (DNS) pour son soutien au projet, Boureïma Sacko, Abdoul Karim Sangaré et Boubou Traoré pour avoir assuré la double saisie des données ; les équipes des districts de Kangaba et Sélingué pour avoir rendu disponible les rapports trimestriels d'activités ; et les équipes MSF-OCB à Kangaba et Bamako et le chef de mission Fernando Medina pour leur soutien. Merci également aux traducteurs anglais et espagnol du journal pour leur précieux travail et merci à Maria-Victoria Zunzunegui pour sa révision du résumé en espagnol.

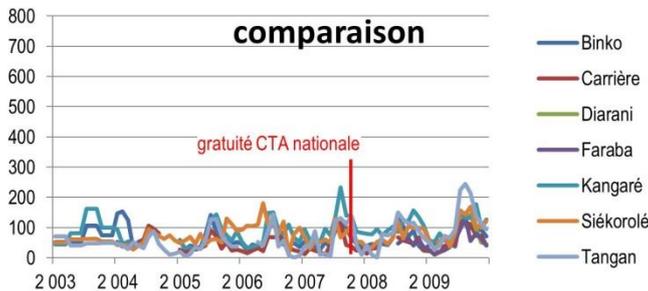
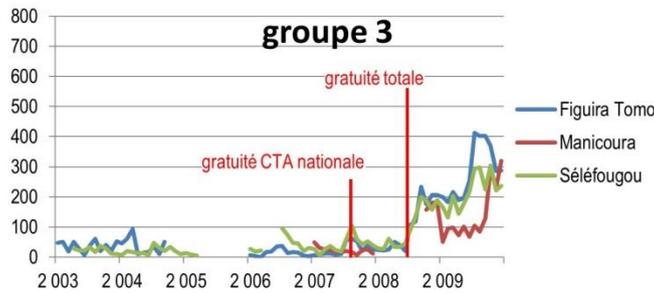
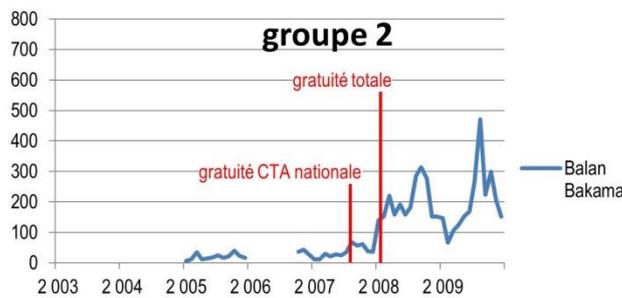
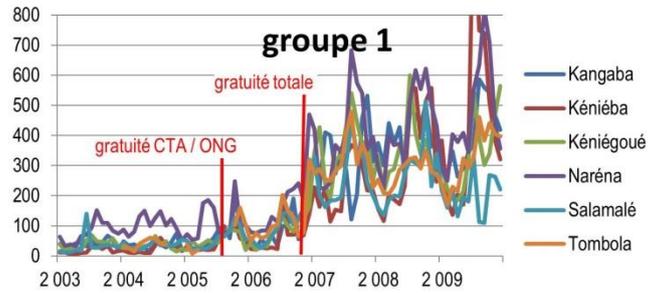
### Références

- Fitzmaurice, G.M., Laird, N.M. and Ware, J.H. (2004). *Applied longitudinal analysis*, Hoboken, N.J.: Wiley.
- Heinmüller, R., Ridde, V., Haddad, S., Dembélé Y. and Jouquet G. (2011). *Les effets de différentes formes de gratuité des soins sur l'utilisation des services de santé des enfants de moins de cinq ans à Kangaba, Mali*. Note d'information. <http://www.vesa-tc.umontreal.ca/ressrc.htm>
- Jouquet, G. (2007) *Évaluation économique des effets de la mise en place de la gratuité dans le cercle de Kangaba - Mali* (rapport interne). Bruxelles : Médecins sans Frontières.
- Jouquet, G. (2008). *La gratuité des soins dans le projet MSF de Kangaba au Mali* (rapport interne). Bruxelles : Médecins sans Frontières.
- Lagarde, M. (2011). How to do (or not to do) ... Assessing the impact of a policy change with routine longitudinal data. *Health Policy & Planning*.
- Ly A., Queuille L., Kouanda S., Ridde V.(2012). L'exemption pilote du paiement des soins dans la région du Sahel n'a pas entraîné une surcharge de travail chez les agents de santé. Note d'information. Programme de recherche sur l'abolition du paiement des soins en Afrique de l'Ouest. CRCHUM/LASDEL, 4 p.
- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti Abdelmajid , Kirunga Tashobya, C. and Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector - A review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*26, ii16-ii29

- Molenberghs, G. and Verbeke, G. (2005). *Models for discrete longitudinal data*, Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- MSF (2006a). *Rapport technique Projet Paludisme Kangaba Mali - juillet à décembre 2005* (rapport interne), Bruxelles : Médecins sans Frontières.
- MSF (2006b). *Rapport technique Projet Paludisme Kangaba Mali - janvier à juin 2006* (rapport interne), Bruxelles : Médecins sans Frontières.
- MSF (2009). *Guide d'évaluation des CScom de Kangaba* (version novembre 2009, rapport interne). Bruxelles : Médecins sans Frontières.
- MSF (2008). *Rapport annuel 2007 - Projet Paludisme Kangaba, Mali* (rapport interne). Bruxelles : Médecins sans Frontières.
- MSF (2010). *Rapport annuel 2009 - Projet Paludisme Kangaba, Mali* (rapport interne). Bruxelles : Médecins sans Frontières.
- Ponsar, F, Van Herp, M.; Zachariah, R.; Gerard, S.; Philips, M.; Jouquet G. (2011). Abolishing user fees for children and pregnant women trebled uptake of malaria-related interventions in Kangaba, Mali *Health Policy & Planning*.
- Ridde V., Heinmüller R. and Haddad S. (2011). L'exemption du paiement des soins pour les enfants expérimentée au Burkina Faso est favorable à l'équité. Note d'information. <http://www.vesa-tc.umontreal.ca/ressrc.htm>.
- Ridde, V. and Morestin, F. (2011), A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa. *Health Policy and Planning*, 26 (1) 1-11.
- Rutherford, M.E., Mulholland, K. and Hill, P.C. (2010). How access to health care relates to under-five mortality in sub-Saharan Africa: systematic review. *Tropical Medicine and International Health* 15, 508-519.
- République du Mali, Ministère de la Santé ((no date)). *Annuaire SLIS 2008. Système local d'information sanitaire*, Bamako : disponible à <http://www.sante.gov.ml/docs/pdf/slis2008.pdf> (accédé le 19 déc. 2011).
- République du Mali, Ministère de la Santé (2007-2008) *Carte sanitaire du Mali (version 1, tome II)*, Bamako : disponible à <http://www.sante.gov.ml/docs/pdf/csanitaire.pdf> (accédé le 19 déc. 2011)
- Singer, J.D. and Willett, J.B. (2002). *Applied longitudinal data analysis : modeling change and event occurrence*, Oxford, New York: Oxford University Press.
- Snijders, T.A.B. and Bosker, R.J. (1999). *Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modeling*, London: Sage.

## Annexe 1 : Consultations mensuelles d'enfants de moins de cinq ans par CScom

Les nombres des consultations mensuelles d'enfants de moins de cinq ans tels que rapportés par chaque CScom.



## Financement solidaire des évacuations sanitaires pour améliorer l'accès aux soins d'urgence, DS Kéita (Niger)

### **Mamoudou BARRO**

Médecin, Master en Santé Publique, Coordinateur Général Médecins du Monde France Mission Niger  
genco.niger@medecinsdumonde.net  
mbarro6@yahoo.com

### **Hélène BARROY**

Diplômée en sciences politiques et en droit international, Ministère français des Affaires Etrangères et Européennes

### **Hama DJIBO**

Médecin, Médecin chef de base Kéita Médecins du Monde France Mission Niger

### **David HERCOT**

Public Health Scientist at Institute of Tropical Medicine Antwerp

### **Valéry RIDDE**

Ph.D, Département de médecine sociale et préventive, Centre de recherche du CHUM-Unité de Santé Internationale

---

### **Résumé**

Introduction : Depuis quelques années, certains pays africains dont le Niger ont adopté des politiques d'abolition du paiement direct au point de service en ciblant des catégories de personnes ou de services. Elles ne prennent pas en compte l'accessibilité géographique et financière pour les cas nécessitant une évacuation sanitaire du niveau primaire vers le niveau secondaire. Dans cet essai nous documentons une expérience qui a porté sur l'importance de considérer la place des évacuations sanitaires dans les mécanismes d'exemption de l'accès aux soins des populations vulnérables.

Méthodes : Nous avons réalisé une analyse quantitative des statistiques de routine avant et après la mise en place de cette expérience.

Les données sont issues des rapports mensuels d'activités et financiers fournis par les 16 CSI<sup>16</sup>, l'HD<sup>17</sup> et le CHR<sup>18</sup> pour la période allant de 2008 à 2010. Les données ont été analysées avec MS EXCEL.

Résultats : Un fonds d'évacuation sanitaire excédentaire fut constitué dont 77% proviennent des centimes additionnels des populations cibles de la gratuité.

Un doublement des cas évacués a été enregistré, passant de 191 en 2008 à 460 en 2009. Une analyse approfondie montre que plus de 72% des personnes évacuées sont représentées par les populations cibles de la gratuité. Le coût moyen du transport d'un cas à évacuer est d'environ 37€.

Conclusion : L'introduction d'un mécanisme de financement solidaire a eu pour effet l'augmentation du nombre de cas évacués avec un coût moyen du transfert très élevé pour la plupart des ménages ruraux. Les politiques visant à abolir le paiement direct des usagers, en intégrant le coût des évacuations sanitaires constituent une stratégie efficace de couverture du risque maladie et de prévention des effets appauvrissants de la mauvaise santé.

---

<sup>16</sup> CSI : Centre de Santé Intégré

<sup>17</sup> Hôpital de District

<sup>18</sup> Centre Hospitalier Régional

## Mots-clés

Financement solidaire, Evacuation sanitaire, Centime additionnel, Niger

## Introduction

Depuis quelques années, l'une des solutions envisagées pour améliorer l'accès aux soins, considéré par certains comme une transition vers un accès universel, est de lever une partie de la barrière financière de l'accès aux soins en s'attaquant au paiement direct. Une solution envisagée dès le début de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako a été l'exemption du paiement au cas par cas pour les indigents. Mais très peu de pays ont réellement mis en place de tels systèmes et les rares expériences mises en place ont été inefficaces (2 ; 5 ; 12).

Face à ces difficultés, la solution expérimentée par certains pays africains depuis quelques années est d'abolir le paiement pour tous, ou au moins pour des catégories de personnes ou de services facilement identifiables, à la différence des exemptions au cas par cas. Cette approche est soutenue par de nombreux acteurs<sup>19</sup> de la coopération. C'est dans ce contexte qu'au Niger en 2006, un décret ministériel a été publié rendant gratuite la prise en charge des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Ces mesures ont signifié la suppression effective des frais à payer au point de l'offre de service pour ces groupes cibles, ce qui a eu pour effet une amélioration des taux d'utilisation des services de santé. Toutefois, ce système de gratuité ne couvre que les coûts des soins, pour les cas nécessitant une évacuation sanitaire, le coût du transport est à la charge des patients. Pour contourner cet obstacle financier dans le district de Keïta<sup>20</sup>, des initiatives ont été développées visant à mettre en place un système d'évacuation sanitaire. Elles sont restées incohérentes dans la mesure où les patients devaient payer le trajet case de santé vers le CSI, CSI et l'HD, alors que le transport était gratuit pour le reste du trajet vers l'hôpital régional. Pour apporter sa contribution à la résolution de ce problème, l'ECD<sup>21</sup> en collaboration avec l'ONG humanitaire MdM<sup>22</sup> France, à travers un financement ECHO, a mené une expérience pilote visant l'amélioration des évacuations sanitaires en agissant sur les barrières financières et géographiques.

Cela a consisté en un dispositif structuré autour de trois éléments :

- Mise en place à partir de mai 2009 d'un mécanisme de financement solidaire des évacuations sanitaires nommé «centime additionnel ». Il consiste à prélever un centime additionnel de 100 FCFA ou 15 centimes d'euro sur chaque nouvelle consultation (consultations curative, prénatale, planning familial, accouchement assisté) pour constituer un fonds pour financer les évacuations sanitaires depuis les cases de santé, les CSI vers l'HD de Kéïta ou le CHR de Tahoua.

L'ONG a subventionné de mai à décembre 2009 ce centime additionnel pour la population ciblée par la gratuité de 2006.

- Un système de collecte de fonds qui va de pair avec le système d'évacuation a été organisé allant de la case de santé à l'HD. Le patient est pris en charge à partir du moment où il est en contact avec les services de santé<sup>23</sup>. Les fonds collectés sont repartis entre les cases de santé et les CSI et un compte principal est ouvert au chef-lieu du district.<sup>24</sup>

<sup>19</sup> Banque Mondiale, ECHO (Service d'Aide Humanitaire de la Commission Européenne), OMS (Organisation Mondiale de la Santé), coopérations canadienne, britannique, danoise, ONG (Organisation Non Gouvernementale)

<sup>20</sup> District sanitaire de Kéïta est l'un des 8 DS de la Région de Tahoua (Niger)

<sup>21</sup> ECD : Equipe Cadre de District

<sup>22</sup> Médecins du Monde : la levée des barrières financières pour l'accès aux soins de qualité pour les populations vulnérables fait partie d'un de leur axe de plaidoyer

<sup>23</sup> Services de santé : case de santé, CSI, HD.

<sup>24</sup> Au niveau de la case de santé 25% des fonds collectés sont gérés au niveau de la case de santé, 25% sont reversés à son CSI de rattachement et 50% sont versés au niveau du compte principal ouvert au chef-lieu du district. Au niveau CSI, 50% sont gérés directement à ce niveau et 50% sont reversés au niveau du compte principal. Au niveau CSI, 50% sont gérés directement à ce niveau et 50% sont reversés au niveau du compte principal. Pour le CSI urbain, 100% des fonds collectés sont reversés dans le compte principal.

Tout ce dispositif de collecte et de déblocage de fonds est sous la responsabilité du COSAN<sup>25</sup> départemental, qui organise mensuellement des sorties de suivi et de récolte des fonds dans tous les 16 CSI que compte le district. Les fonds collectés par les 55 cases de santé fonctionnelles du district sont reversés au niveau de leur CSI de rattachement.

-Un appui logistique composé d'un service d'ambulances, la mise en place d'un système de télécommunication sur l'ensemble du district<sup>26</sup> et de différents outils de gestion des évacuations sanitaires.<sup>27</sup>

Au cours de sa mise en œuvre, cette approche a suscité des questions telles que : est-ce que la mise en place d'un mécanisme de financement solidaire des évacuations sanitaires contribue à améliorer l'accès aux soins d'urgence ? Quel est le coût du transfert d'un cas nécessitant une évacuation sanitaire et quelle barrière financière cela peut-il représenter ? Les réponses à ces différentes interrogations constituent l'objet de cet essai qui vise à montrer l'intérêt d'intégrer la subvention des évacuations sanitaires dans les politiques d'abolition des paiements des usagers.

## Méthodes

La méthode utilisée consiste en une analyse quantitative des statistiques des formations sanitaires avant et après la mise en place de cette approche du centime additionnel. Il s'agit :

- des données de routine du SNIS,<sup>28</sup> collectées à partir des rapports mensuels d'activités fournis par les 16 CSI, l'HD de Kéïta et le CHR de Tahoua. Elle couvre la période de 2008, 2009 et 2010.
- des données financières, collectées mensuellement en même temps que les fonds encaissés par chaque structure sanitaire lors de la tournée organisée par le COSAN. Ces données concernent la période de mai à décembre 2009 où le centime additionnel des cibles de la gratuité est versé par l'ONG. A partir de janvier 2010, l'ONG a arrêté sa contribution.
- des données statistiques et financières sont également recueillies lors des rencontres trimestrielles d'évaluation du système de référencement regroupant l'ECD, les membres du COSAN, les infirmiers responsables des CSI, les membres des COGES<sup>29</sup>, les autorités politico-administratives.

Nous avons utilisé MS Excel pour analyser ces données quantitatives avant et après la mise en œuvre de cette approche, c'est-à-dire de janvier 2008 à avril 2010.

## Résultats

Dans les figures suivantes nous présentons l'évolution mensuelle du nombre de cas évacués de 2008 à 2010, la répartition des personnes évacuées en fonction de l'âge et en fonction de la pathologie.

<sup>25</sup> COSAN : Comité de Santé.

<sup>26</sup> Système de télécommunication basé sur le réseau de téléphonie mobile incluant tous les CSI, l'ECD, les ambulances, l'HD.

<sup>27</sup> Fiches de référence et de contre référence, cahiers d'évacuation sanitaire, fiche de gestion de stock de carburant.

<sup>28</sup> SNIS : Système National d'Information Sanitaire.

<sup>29</sup> COGES : Comité de Gestion.

Figure 1 : Distribution mensuelle des cas évacués en 2008, 2009 & 2010 DS Kéita

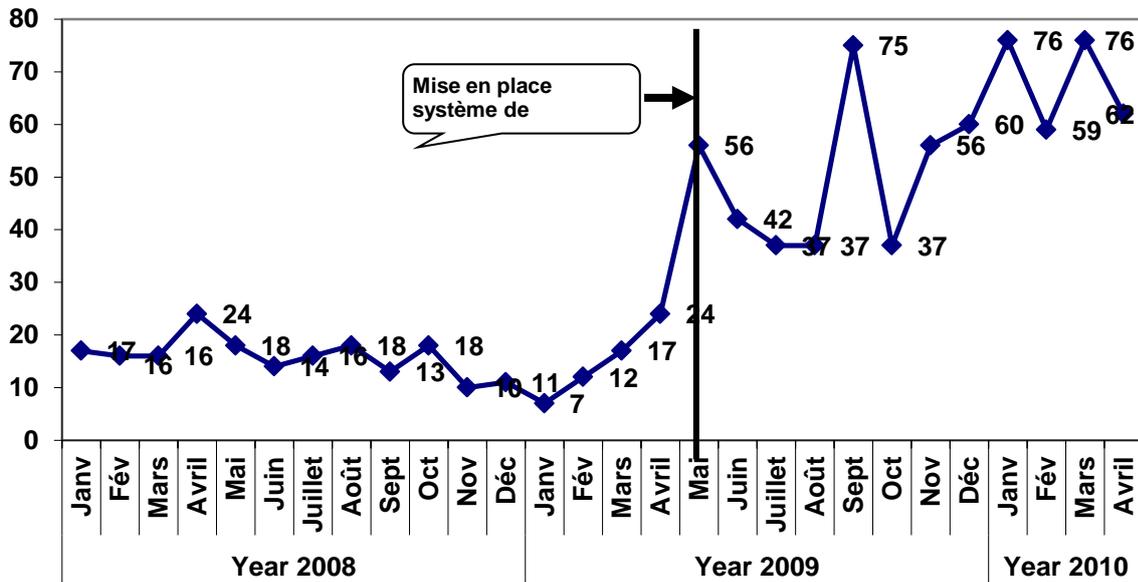


Figure 2 : Répartition des évacués en fonction de l'âge mai à décembre 2009, DS Kéita

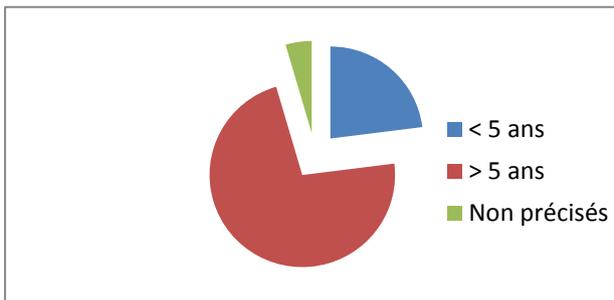
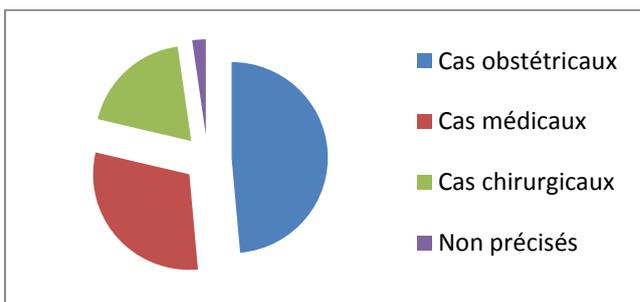


Figure 3 : Répartition des évacués selon les pathologies mai à décembre 2009, DS Kéita



Nous notons un doublement des cas évacués qui sont passés de 191 en 2008 à 460 en 2009. Nous observons rapidement une forte progression tendancielle qui se maintient au cours de l'année 2010. L'analyse par tranche d'âge montre que les moins de 5 ans représentent environ 23% des évacués et une approche par pathologie met en évidence que les cas gynéco-obstétricaux représentent environ 49% du total : ainsi, plus de 72% des évacués sont représentés par les populations cibles de la gratuité.

Le tableau suivant fait la synthèse des fonds mobilisés pour la mise en place de ce système d'évacuation sanitaire et des coûts pour les cas évacués de mai à décembre 09

Tableau 1 : Synthèse des différents coûts, pour 413 cas évacués, de mai à décembre 09, DS Kéita<sup>30</sup>

Recettes	Entrées en FCFA	Sorties en FCFA
Centimes subventionnés (population cible de la gratuité)	11 908 300	
Centimes population hors gratuité	3 776 100	
Total centimes collectés	15 684 400	
Dépenses		
Coûts carburant évacuations		4 212 963
Réparation/entretien		4 103 935
Coût carburant pour collecte des centimes		594 080
Frais de prise en charge pour agents chargés de collecter les centimes		120 000
Forfait communication		425 000
Coûts fiche de référence/ contre référence		600 000
Total dépenses (coûts carburant + autres dépenses)		10 055 978
Balance générale (Total centime collecté - total dépenses)	5 628 422	
<b>Coûts moyen carburant par évacuation</b>	<b>10 201</b>	
<b>Coût moyen carburant + autres dépenses par évacuation</b>	<b>24 349</b>	

Grâce à cette approche, un fonds d'évacuation sanitaire excédentaire a été mis en place. Plus des trois quart (77%) des fonds collectés proviennent des centimes additionnels des populations cibles de la gratuité. Le coût moyen du transfert des cas à évacuer est de l'ordre de 24 349 FCFA ou 37€.

## Discussion

L'introduction de cette nouvelle approche semble avoir entraîné l'augmentation du nombre des cas évacués avec un nombre moyen mensuel de cas qui est passé de 16 à 57 soit un triplement des cas. Même si les effets d'un tel dispositif ont été très rapides, il nous est difficile à ce stade de mesurer son impact. Cependant nous pouvons faire quelques constats.

Les mesures d'abolition de la participation financière pour une catégorie des usagers ont entraîné comme dans les autres pays<sup>31</sup> où de telles mesures ont été instaurées, une augmentation de

<sup>30</sup> DS Kéita : 293 630 habitants en 2009, 16 Centres de santé Intégré, 1 hôpital de District, 55 cases de santé, superficie = 4 862 km<sup>2</sup>, densité : 62 habitants/ km<sup>2</sup>.

l'utilisation des services de santé (1). Cette levée de la barrière financière s'opérant au point de l'offre de service, reste la question de l'accessibilité géographique et financière pour les cas nécessitant une évacuation sanitaire du niveau primaire vers le niveau secondaire. Dans l'approche centime additionnel, les risques sont partagés entre tous les usagers des services de santé, les ressources sont mises en commun par un mécanisme de mutualisation des risques engendrant des subventions croisées : les moins malades qui à un moment donné consomment un type de service de santé participent au financement des évacuations des plus malades. Cette approche, en décentralisant la prise en charge des malades depuis les cases de santé, a permis d'agir sur la barrière géographique d'accès aux soins au niveau secondaire dont le coût est parfois plus élevé que le coût de la prestation des soins. En effet, il est arrivé que des individus qui ont besoin d'être évacués, mais qui n'ont pas suffisamment d'argent disponible soient obligés d'en emprunter à d'autres personnes, parfois avec des taux d'intérêt très élevés. Ils peuvent également être contraints de vendre des biens, comme le bétail, mettant ainsi en péril les moyens d'existence du ménage (6 ; 13). Ce système a permis, soit d'éviter qu'un ménage ne se paupérise du fait de ses besoins de santé et que les dépenses de santé imprévues ne soient prises en charge que par un seul individu ou ménage, soit que le patient ne se soigne pas faute de pouvoir payer pour son évacuation. Nos résultats se rapprochent des résultats obtenus par Ouédraogo C. & al, qui ont travaillé sur « le partage des coûts pour les urgences obstétricales dans un district de Ouagadougou au Burkina Faso ». Ils ont trouvé que le nombre de cas référés pour urgence obstétricale a été multiplié par 6 d'une année à l'autre (9).

Cette tendance à la hausse de l'utilisation des services de santé s'avère principalement en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes. Cette subvention croisée des évacuations sanitaires est également en faveur de cette population cible. Toute chose qui renforce le caractère équitable de cette approche. Avec le forfait obstétrical mis en place en Mauritanie, on retrouve les mêmes tendances à la hausse (10).

Cette expérience a permis de calculer le coût moyen du transfert d'un cas à évacuer qui est de l'ordre de 37 euros, dépense hors de la portée de l'immense majorité des ménages ruraux du Niger, pays où selon les données de l'IDH, environ 85 % de la population vit sous le seuil de pauvreté avec moins de 2 dollars/jour (4). Grâce à cette approche, une forme d'équité a été promue dans le financement solidaire des évacuations sanitaires en favorisant des subventions croisées. C'est un mécanisme de financement efficace car il génère des ressources en quantité suffisante pour ne pas avoir recours à d'autres types de financement, le maximum étant destiné aux évacuations (3).

La pérennité d'une telle approche, à savoir la capacité à maintenir son niveau de financement sur le long terme et à l'augmenter lorsque les besoins de santé évoluent (7), repose sur la capacité et la volonté des populations à payer ce centime additionnel. Dans tous les cas, cette approche vient renforcer cette mesure de levée de barrière financière en plaidant en faveur de la prise en compte des évacuations sanitaires.

### *Limites de l'étude*

La présence d'une ONG internationale de proximité a certainement contribué à l'atteinte de ces résultats encourageants. Ce d'autant plus qu'elle a financé pendant une période ce centime additionnel pour les groupes cibles de la gratuité, contribution qui représente environ 70% des fonds collectés. Aujourd'hui se pose la question de savoir si la population cible devrait payer ou non ce centime. Si non, il faudrait envisager des alternatives pour combler ce manque à gagner. L'une des solutions envisageables serait d'intégrer ce centime dans le remboursement des factures de la

---

<sup>31</sup> Ouganda, Ghana, Afrique du Sud.

gratuité, ou de trouver un mécanisme au niveau communautaire en le prélevant au niveau des collectivités locales.

Nous n'avons pas pu analyser les données qualitatives concernant le devenir des patients évacués, ni l'appréciation par les usagers de ce nouveau système, même si nous avons entendu au cours de nos supervisions des appréciations très positives, tel ce témoignage d'un habitant de Tamaské : « Depuis la mise en place de ce système d'évacuation sanitaire, nous n'avons plus de souci, plus question de vendre une chèvre ou un mouton pour des cas graves ou compliqués qui nécessitent une évacuation. Il suffit de se rendre à la case de santé ou au CSI, si la solution de ton problème de santé se trouve à Kéita ou à Tahoua, l'ambulance te transporte sans que tu ne débourses un franc ». Une question demeure : ce dispositif continuera-t-il à être excédentaire (ou pourra-t-il s'équilibrer) si le nombre de cas à évacuer continue d'augmenter ?

## Conclusion

Nous pouvons dire que l'introduction d'un mécanisme de financement solidaire a eu pour effet l'augmentation du nombre de cas évacués. Cette expérience nous a également permis d'estimer le coût moyen du transfert d'un cas à évacuer, qui reste élevé et hors de portée de la plupart des ménages ruraux. En d'autres termes, les politiques visant à abolir le paiement direct des usagers, en intégrant le coût des évacuations sanitaires, constituent une stratégie efficace de couverture du risque maladie et de prévention des effets appauvrissants de la mauvaise santé. Pour ce faire, les pays africains doivent se doter de stratégies de financement de la santé efficaces selon leur réalité économique, sociale et culturelle. Il faut que leurs efforts soient soutenus par les partenaires au développement, pour un accès équitable aux soins de santé de qualité.

## Références

- Diane McIntyre. Enseignements tirés de l'expérience : le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus. Global Forum for Health Research, Genève, juin 2007
- Gilson, L., et al., Strategies for promoting equity: experience with community financing in three African countries. Health Policy, 2001. **58**(1): p. 37-67.
- Hoare G & Mills A. Paying for the health sector: A review and annotated bibliography of the literature on developing countries. Evaluation and Planning Centre for Health Care. Publication N°12. London: EPC, London School of Hygiene and Tropical Medicine. 1986  
<http://id.erudit.org/iderudit/010889ar>  
<http://www.undp.org/africa/programmedocs/NIGER-CPD-2009-2013.pdf>
- Leighton, C. and F. Diop, Protecting the poor in Africa : Impact of Means Testing on Equity in the Health Sector in Burkina Faso, Niger, and Senegal ? 1995, Health Financing and Sustainability (HFS) Project - Abt Associates Inc.: Bethesda MD. p. 29.
- McIntyre, D., Gilson, L. and Mutyambizi, V. Harare: Promoting equitable health care financing in the African context: Current challenges and future prospects. Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET). 2005
- McPake, B. and Kutzin, J. Methods for evaluating health system performance and the effects of reform. Geneva: World Health Organization. 1997.
- Morestin F & Ridde V. L'abolition du paiement des services de santé en Afrique. Ce que nous apprennent les écrits scientifiques. Université de Montréal. 2009

Ouédraogo C. & al. Partage des coûts pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso *Studies in HSO&P*, 25, 2008 : 55-89

Renaudin P. & al. La mutualisation du risque comme solution à l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Expérience du forfait obstétrical en Mauritanie *Studies in HSO&P*, 25, 2008 : 93-125

Ridde, V Kingdon à Bamako : Conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique. *Politique et Sociétés*, vol. 23, n° 2-3, 2004, p. 183-202.

Ridde, V., "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues": The Equity and Health Policy Implementation Gap in Burkina Faso. *Social Science and Medicine*, 2008. **66**: p. 1368-1378.

Russell, S. The economic burden of illness for households in developing countries: A review of studies focusing on malaria, tuberculosis and Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2004, 7, 147-155.

# Une expérimentation de partenariat public/privé dans le domaine de la protection sociale contre la maladie en Tanzanie

## **Alain Letourmy**

CERMES/CNRS, Economiste

[letourmy@vjf.cnrs.fr](mailto:letourmy@vjf.cnrs.fr)

## **Bruno Galland**

CIDR, Directeur du Département Systèmes de Santé et Protection Sociale

## **Josselin Guillebert**

CIDR, Conseiller Technique du Programme de promotion d'institutions de micro assurance santé en Tanzanie

---

## Résumé

Une ONG, le Centre international de recherche et développement, a appuyé un réseau de mutuelles de santé dans le district de Mbozi de la région de Mbeya en Tanzanie. La population ciblée était constituée de ménages vivant en milieu rural et relevant du secteur informel, qui avait ainsi accès aux prestations d'un hôpital privé confessionnel. Ce projet n'était pas en adéquation avec la politique nationale qui, pour cette catégorie de population a fait la promotion des Community Health Funds (CHF), organismes de couverture maladie à adhésion volontaire ne donnant accès qu'aux structures publiques de soins du district et gérées de fait par les autorités du district. Les résultats obtenus par le réseau de mutuelles ont incité à un rapprochement entre acteurs publics et privés. Le partenariat a permis le montage d'organismes hybrides de mutuelle et de CHF et a donné aux mutuelles et à l'hôpital privé le bénéfice de subventions réservées aux CHF. Le partenariat a été répliqué dans au district voisin de Kyela, avec une subvention de la cotisation venant à la fois du district et d'une entreprise privée (Biolands) de commercialisation du cacao. La prise en charge par les mutuelles des personnes atteintes par le VIH/SIDA y a été organisée grâce à la fondation Elton John et à des associations de malades. Les résultats de ce partenariat étendu ont été encore meilleurs que dans le district voisin. Les conditions de succès et de pérennisation de l'expérience sont discutées.

## Mots clés

Partenariat public-privé, Protection sociale, Tanzanie, Micro assurance de santé

---

## Introduction

Les partenariats entre acteurs publics et privés sont fréquents dans les PED, en matière de soins médicaux. Ils sont plus rares dans le domaine de la protection sociale contre la maladie, où les organismes publics et privés ont le plus souvent leur propre champ d'intervention. L'expérience lancée en Tanzanie, dans deux districts de la région de Mbeya, à l'initiative d'une ONG, le Centre international de recherche et développement (CIDR) constitue de ce point de vue une innovation intéressante. Elle réunit en effet :

- du côté des acteurs publics : les autorités sanitaires de district, les établissements publics de soins qu'elles gèrent, les Community Health Funds (CHF), qui sont des régimes communautaires de

couverture maladie à adhésion volontaire, mais qui sont d'initiative publique et sont pilotés par le district

- du côté des acteurs privés : des régimes privés de type mutualiste appuyés par l'ONG, des établissements de soins privés sans but lucratif, une entreprise privée commercialisant le cacao, une fondation privée et une autre ONG participant à la lutte contre le VIH-SIDA.

## **L'expérimentation**

### *Le contexte de l'expérience et le projet initial appuyé par le CIDR*

La Tanzanie a commencé dans les années 90 à mettre en place des régimes de protection maladie. L'adhésion a été rendue obligatoire pour les fonctionnaires, puis pour les agents contractuels de l'Etat, qui sont affiliés au National Health Insurance Fund (NHIF), lequel a démarré ses prestations en 2001. L'obligation a ensuite été étendue aux salariés des entreprises privées et parapubliques, qui, majoritairement, sont affiliés au Social Health Insurance Benefit du National Social Security Fund (NSSF), lancé en 2005. L'assurance obligatoire donne accès à tous les établissements conventionnés du pays, publics et privés caritatifs. Environ 12% de la population était concernée par les régimes obligatoires fin 2010.

Pour le secteur informel en milieu rural, le gouvernement a, dès 1996, promu le modèle de CHF, à adhésion volontaire. Les CHF proposent une garantie modeste pour une cotisation assez faible : accès gratuit aux seuls établissements publics de soins du district. Les cotisations, variables selon le district, sont collectées dans les dispensaires et transférées au niveau du district où elles sont gérées par l'équipe médicale. Les fonds des CHF sont mutualisés et redistribués aux structures primaires pour améliorer la qualité des soins. Des représentants de la population, nommés par l'administration du district, constituent des comités de suivi des CHF et des structures de soins. Un peu moins de 4% de la population était couverte par les CHF fin 2010. Pour le secteur informel urbain, des organismes équivalents aux CHF, les TIKAs, ont été promus. A côté des CHF et des TIKAs existent quelques mutuelles et des régimes volontaires de micro assurance de santé montés par des organismes caritatifs et souvent associés à des établissements privés à but non lucratif. A cette catégorie d'organismes se rattachent les Self Managed Health Insurance Schemes (SMHIS) que le CIDR a lancés en milieu rural, dans le district de Mbozi de la région de Mbeya, au sud-ouest du pays.

Le projet lancé par l'ONG depuis 2002 a pris au début la forme classique de développement de micro assurance participative dans un ensemble de villages, les SMHIS étant mis en réseau, dans la perspective du montage d'une gestion professionnelle. Les SMHIS se distinguent des CHF sur trois points importants. En premier lieu, ce sont des organismes payeurs dont la cotisation est calculée en fonction du risque et qui sont indépendants des prestataires de soins. Selon les villages, la cotisation varie entre 3000 et 5000 Tsh par personne et par an (de 1,5 à 2,5 €). En revanche les CHF sont très liés aux établissements publics, sont financés sans lien avec le risque des adhérents et ne payent pas les prestataires de soins. On peut à cet égard discuter de l'assimilation des CHF à des organismes de micro assurance. L'adhésion aux CHF du district est de 10000 Tsh par famille (6 membres) et par an (5 €). En deuxième lieu, les SMHIS reprennent le principe mutualiste de gouvernance par les adhérents, alors que les CHF sont de fait pilotés par l'administration du district, car les comités de suivi n'ont aucun pouvoir réel. Enfin, la garantie des SMHIS comprend l'accès à un hôpital privé confessionnel de Mbozi, le Moravian Church Mbozi Hospital (MCMH) et elle offre un service d'ambulance et de transport du corps en cas de décès, alors que les CHF ne donnent accès qu'aux établissements publics du district, depuis les dispensaires jusqu'à l'hôpital public de district.

La diffusion des CHF dans le pays est inégale et, de façon générale, leur attractivité est faible. Les soins liés à la grossesse et la prise en charge des enfants de moins de cinq ans sont gratuits dans les dispensaires, où les adultes ne vont pas systématiquement, car ils se plaignent de la faible

compétence diagnostique des infirmiers. Aussi le faible coût d'adhésion n'a-t-il que peu d'intérêt, d'autant plus que les ruptures de médicaments sont fréquentes. Dans le district de Mbozi, la concurrence entre les SMHIS et les CHF a tourné à l'avantage des premiers. L'accès au MCMH, plus apprécié pour l'accueil et la qualité du personnel que l'hôpital public de district, mieux pourvu en médicaments, ainsi que le service d'ambulance, étaient des atouts qui n'avaient pas échappé à la population. La fréquentation des consultations externes du MCMH a été largement préférée à celle des dispensaires et les mutuelles ont attiré beaucoup plus que les CHF locaux. En 2005-2006, les SMHIS ont fourni 11% du montant total des paiements dus au MCMH. Le nombre de bénéficiaires est passé de 721 en 2003 avec 4 mutuelles à 8000 en 2006 avec 15 mutuelles de village et 2 mutuelles scolaires. Le taux de couverture dans la zone d'intervention était alors de 13%.

Le succès du projet privé sur Mbozi et surtout la faible attractivité des CHF ont suscité des tensions entre le projet et le district. Les SMHIS étaient réputés priver les CHF du district d'adhérents et le fait que le MCMH, hôpital privé fût plus attractif que l'hôpital de district, exclu de la garantie des SMHIS, n'était pas de nature à faire apprécier le projet par les autorités locales.

### *Le rapprochement entre le réseau de mutuelles et le district, la politique de subventionnement des CHF*

Toutefois, le désir de certains adhérents des SMHIS d'inclure les dispensaires proches de leur village dans la garantie mutualiste a incité le projet à se rapprocher des autorités de district. Le premier acte de partenariat a pris la forme d'un Memorandum of Understanding (MoU) entre le Conseil de district, le réseau des mutuelles et le CIDR, en 2007. Il a permis aux membres des SMHIS d'accéder aux dispensaires en payant 500 Tsh par tête et par an, sans limite de consommation, ni co-paiement: 5000 bénéficiaires des mutuelles ont choisi cette option.

Parallèlement, les résultats médiocres obtenus par les CHF en termes d'adhésion ont amené le gouvernement tanzanien à analyser les raisons de leur faible attractivité, pour stimuler leur développement. Le cœur du problème a été identifié au niveau de la qualité des prestations de soins offertes par l'adhésion. L'amélioration de la qualité était conditionnée par les ressources apportées aux établissements publics et, de ce point de vue, le faible apport des CHF était un handicap. Il aurait été envisageable de doter directement les structures de soins, mais la politique a été de subventionner la demande pour inciter les structures à stimuler les adhésions aux CHF. Le subventionnement a été réalisé par un mécanisme de multiplicateur : il a été décidé que chaque adhésion à un CHF rapporterait au district deux fois le montant payé, de façon à lui donner plus de ressources pour améliorer la qualité de l'offre de soins et enclencher un cercle vertueux : cette amélioration devrait favoriser l'accroissement de la demande d'adhésion et, à terme, la subvention pourrait être réduite. Le gouvernement a mis en place un « matching fund » pour doper les CHF, car, en même temps, les dispensaires étaient incités à faire une meilleure promotion des CHF. Le fonds, financé directement au début par la Banque mondiale a ensuite été doté par le budget de l'Etat.

### *L'extension du partenariat*

Pour les SMHIS, le « matching fund » était une opportunité intéressante, à condition de pouvoir en bénéficier, ce qui n'était pas acquis puisque ces organismes n'étaient pas des CHF.

Le rapprochement des acteurs publics et privés du district de Mbozi a pourtant débouché sur un nouveau MoU en 2008 qui a étendu les bases du partenariat public/privé, en y faisant entrer le MCMH, en incluant l'hôpital public de district dans la garantie des SMHIS et surtout en permettant aux SMHIS de bénéficier partiellement du « matching fund ». Le MoU a également prévu de lancer dans deux villages, un organisme hybride : le Self Managed Community Fund (SMCHF), qui introduit dans les CHF les principes des mutuelles, comme on le verra ensuite.

L'accès des mutuelles au « matching fund » a été négocié comme suit : a) les SMHIS transfèrent le montant total des cotisations au niveau du district b) le district ajoute ces cotisations à celles collectées par les CHF et demande au fonds le doublement du montant total c) le doublement obtenu, le district restitue les cotisations des SMHIS et partage le montant équivalent reçu du fonds : 25% pour les SMHIS, 50% pour le district, 25% pour le MCMH. Dans cette démarche, le district, le réseau des mutuelles et le MCMH sont donc tous gagnants et obtiennent des ressources pour atteindre leurs propres objectifs : améliorer l'offre publique pour le district, obtenir du cash pour le MCMH, subventionner indirectement les cotisations pour le réseau. En 2009, 32 millions de Tsh (16 millions €) ont été transférés par le réseau de mutuelles. Il a obtenu en retour, en 2010, 8 millions (4 millions €) de plus que les cotisations, et le MCMH a également obtenu 8 millions TSh. En 2010, 39,5 millions (20 millions €) ont été transférés et en 2011 près de 55 millions de Tsh (27,5 millions €).

Un pas de plus a été franchi, en 2011, avec un nouveau MoU : l'institutionnalisation du réseau des SMHIS et l'unification des modèles de SMHIS et de CHF. Les principes des SMHIS seront appliqués progressivement aux CHF du district, qui seront co-gérés par le réseau des SMHIS et par le Council Health Service Board. Le nouveau modèle de Self Managed Community Health Fund (SMCHF) a été implanté en 2011 dans 5 villages, rassemblant 288 membres et couvrant 1051 bénéficiaires.

Le MoU décrit cette fois avec précision les principes d'organisation de cet organisme hybride :

- Combiner les avantages comparatifs des deux modèles (SMHIS/CHF) ;
  - Améliorer l'attractivité du produit ;
  - Séparer l'offre et la demande de soins pour permettre aux prestataires d'être payés selon les prix réels des soins délivrés aux bénéficiaires ;
  - Mettre en place une association CHF à base de membres avec gouvernance participative et ouverte uniquement aux membres ;
  - Organiser une gestion commune et un contrôle par les autorités de district des fonds collectés
- Introduire un système de gestion professionnelle de l'information ;
- Améliorer la garantie sans augmenter la cotisation ;
  - Allouer les fonds (cotisations et « matching Fund ») de manière à améliorer rapidement la qualité des soins ;
  - Augmenter le nombre de personnels de santé qualifiés au niveau des centres de santé et des dispensaires ;
  - Mettre en place un système de transport efficace.

L'extension du partenariat est liée aux résultats obtenus par les SMHIS (tableau 1).

*Tableau 1 : l'évolution des effectifs des mutuelles dans le district de Mbozi*

Exercice	Bénéficiaires	Nombre de mutuelles
2003-2004	721	4
2004-2005	3,589	7
2005-2006	6,638	15
2006-2007	7,978	17
2007-2008	9,792	20
2008-2009	11,228	24
2009-2010	10,837	28
2010-2011	13,643	30

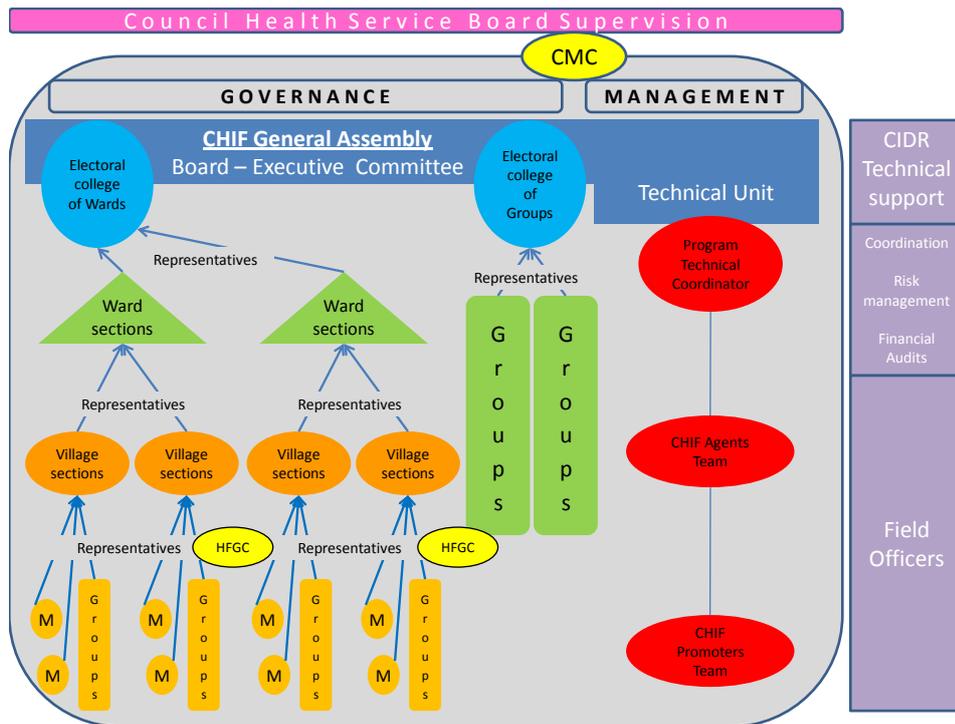
L'extension est aussi le résultat du succès obtenu dans le district voisin de Kyela, où le projet a développé directement un modèle hybride de Community Health Insurance Fund (CHIF).

*L'extension du projet sur Kyela*

Trois ans après le lancement du projet dans le district de Mbozi, une étude de faisabilité était réalisée par le CIDR sur le district voisin de Kyela, de façon à constituer un deuxième réseau de SMHIS dans une zone où la population vivait surtout de la culture du cacao. Le montage sur Kyela prévoyait de lancer quelques SMHIS et de conventionner l'hôpital privé confessionnel de Matema, équivalent du MCMH de Mbozi. L'étude a ouvert deux pistes de travail, l'une avec le district de Kyela, l'autre avec l'entreprise Biolands, premier exportateur mondial de cacao, qui commercialise une partie du cacao de la récolte de la zone.

Les relations nouées avec le district ont d'abord été tendues, du fait de la concurrence annoncée entre les SMHIS et les CHF du district. Elles se sont aplanies, d'une part grâce à la proposition de CHIF, mélange de gestions participative et professionnelle, mais, à la différence des SMCHF, directement assimilés à des CHF et d'autre part grâce au conventionnement de l'hôpital public de district de Kyela, du centre de santé public d'Ipinda et de quelques dispensaires publics. Les CHIF constituent un modèle propice à faire évoluer les CHF et à les rendre plus attractifs. Les CHIF sont éligibles au matching fund et un MoU a été conclu en 2010 avec le district de Kyela.

Figure 1 : Schéma d'organisation du CHIF



L'entreprise Biolands avait entendu parler des SMHIS de Mbozi et était intéressée à subventionner l'adhésion des fermiers de la zone de Kyela à une mutuelle de santé. Mais elle ne voulait pas d'une gestion publique de la couverture maladie, si bien que le modèle des CHIF leur a convenu. Biolands a accepté de payer pendant cinq ans un montant forfaitaire pour couvrir plus de la moitié (60%) des cotisations des fermiers du district, qu'ils soient ou non ses fournisseurs et elle a effectué la collecte des cotisations de ses fournisseurs, allégeant d'autant le travail des CHIF. Pour éviter toute discrimination, le district a accepté de subventionner la cotisation des adhérents non producteurs de cacao. Le tableau 2 ci-dessous indique le mécanisme de subventionnement. Pour les moins de 5 ans, l'adhésion est gratuite

Tableau 2 : le financement de la cotisation dans le district de Kyela

Item	Producteurs de cacao	Non producteurs de cacao
<i>Cotisation (en Tsh par tête et par an) pour les plus de 5 ans</i>	5,000	
<i>Subvention</i>	3,000 <i>de Biolands</i>	3,000 <i>du district</i>
<i>Contribution des bénéficiaires</i>	2,000 (environ 1 euro)	

La garantie comprend des prestations ambulatoires et d'hospitalisation à l'hôpital luthérien de Matema (privé), à l'hôpital de district de Kyela, au centre de santé d'Ipinda (public), aux dispensaires publics et d'une entreprise minière. Le subventionnement des cotisations a permis un démarrage très rapide du réseau de CHIF, lancé fin 2010. En juin 2011, il y avait 10569 bénéficiaires avec 40 CHIF.

### *La prise en charge des personnes touchées par le VIH/SIDA*

Le district de Kyela a donné aussi l'occasion de traiter un problème qui n'avait pas été abordé à Mbozi : la prise en charge des personnes atteintes par le VIH/SIDA. La prévalence du VIH/SIDA est forte dans les deux districts : en 2008 elle était à Kyela de 15,8% et de 16,7% à Mbozi chez les donneurs de sang, contre 7% au niveau national. Cet élément était un facteur handicapant pour le développement des CHIF, car le coût du risque était beaucoup plus élevé et l'adhésion de malades ou de personnes atteintes par le VIH pouvait menacer l'équilibre des mutuelles. Le problème n'était pas tant le dépistage, les examens de suivi ordinaire et la dispensation des antirétroviraux (ARV), pris en charge par un programme national, que le financement des soins aux malades atteints par le VIH pour des pathologies opportunistes. Celles-ci n'étaient pas, en pratique, prises en charge par le programme national et représentaient des frais importants pour les malades. En outre, certains examens approfondis étaient exclus aussi du programme national et étaient de fait à la charge des établissements hospitaliers.

Une opportunité s'est présentée pour le réseau, avec le désir d'intervention dans la région de la Fondation Elton John, qui est entrée en contact avec le CIDR. Il a été proposé de monter un fonds d'assurance pour couvrir les malades du VIH/SIDA adhérents des mutuelles, lorsque leur séropositivité ou leur atteinte par maladie seraient avérées. Ainsi le risque financier de non sélection des patients VIH/SIDA était maîtrisable par le réseau des mutuelles, dès lors que les personnes concernées seraient repérées par les établissements de soins impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA et que le fonds d'assurance, distinct financièrement des mutuelles, couvriraient leurs frais. La démarche permet donc de rendre les mutuelles attractives pour les personnes atteintes par le VIH/SIDA, ce qui a permis aussi d'associer au protocole des ONG spécialisées dans la lutte contre la maladie, telles que Mango Tree, qui était déjà partenaire du programme national. Corrélativement, Mango Tree a payé la cotisation pour 1330 bénéficiaires, agents de la lutte contre le VIH/SIDA, puis de 301 personnes atteintes. Ce qui a été mis en place dans le district de Kyela doit maintenant être répliqué sur Mbozi, notamment avec d'autres associations de lutte contre le VIH/SIDA, et pourrait l'être dans d'autres zones à forte prévalence.

## **Discussion**

### *Facteurs de succès de l'expérimentation*

Le partenariat s'est mis en place à la faveur de plusieurs circonstances d'ordre général ou local.

La politique nationale en matière de financement de la santé n'a pas été conçue de façon globale et le gouvernement s'est donné des priorités qui ont permis l'éclosion de multiples expériences de couverture maladie. Il s'est concentré sur l'affirmation du principe de paiement des soins, ce qui justifiait la promotion de l'assurance maladie. Il a privilégié aussi le lancement du NHIF et les procédures de conventionnement des établissements, ce qui laissait de côté la protection maladie du secteur informel. Le concept de CHF a ensuite été retenu pour développer la protection maladie volontaire, mais l'expérience pilote n'a pas été concluante et le Ministère de la santé n'a pas mis de moyens suffisants pour une diffusion nationale de ce type d'organisme. Lorsque la politique nationale s'est posée la question de la coordination des formes de couverture, le NHIF a été mandaté pour proposer des solutions adaptées au secteur informel, mais son approche du terrain ne permettait pas au siège d'engager une démarche rapide. Localement, la direction régionale du NHIF, en charge de la gestion pratique du « matching fund », a eu l'occasion d'apprécier les résultats du réseau de mutuelles appuyé par le CIDR et a encouragé le partenariat. Cela d'autant plus qu'elle connaissait le MCMH, qui recevait les bénéficiaires locaux du NHIF et avec lequel elle avait passé une convention tarifaire particulière.

Plusieurs autres facteurs ont permis de débloquer la situation de tension entre le réseau des mutuelles et le district de Mbozi, puis d'arriver à une négociation entre le MCMH, le réseau des SMHIS et le district. D'une part, certains bailleurs de l'Etat tanzanien pour la santé, qui finançaient aussi l'ONG étaient favorables à une évolution du modèle de CHF et considéraient que les SMHIS constituaient une expérience intéressante dans cette perspective. Ils souhaitaient donc que les tensions entre acteurs publics et privés se réduisent, pour ne pas avoir à choisir entre deux modèles qui se révéleraient antagonistes. D'autre part, sur un plan plus général, le concept de partenariat public/privé a été promu par les bailleurs et le gouvernement et a commencé à s'appliquer dans le secteur de la santé. Ainsi, la direction régionale de la santé de Mbeya n'a pas eu les mêmes préventions originelles que le district à l'égard des acteurs privés. Dans cette dynamique, le médecin chef de la région de Mbeya a constitué une commission sur le sujet, dont la présidence a été confiée... au médecin directeur du MCMH.

En outre la position locale de l'entreprise Biolands a été un élément supplémentaire d'amélioration des relations entre acteurs publics et privés. Les salariés de l'entreprise doivent eux-mêmes être couverts par les régimes nationaux, ce qui place l'entreprise, contributrice de ces régimes, dans une relation positive avec les autorités locales. Biolands a été un élément majeur pour négocier la mise en place d'une association puisqu'ils souhaitaient que les fonds soient gérés par un organisme privé et non public. La subvention de Biolands a enfin fait pression sur les autorités pour subventionner la prime des non producteurs.

En pratique, l'ONG a été l'artisan du partenariat, mais son action a été grandement facilitée par les bailleurs du secteur (GTZ, USAID, Coopération suisse, Coopération française). Sans leur appui aux niveaux du Ministère de la santé et de la Direction régionale ou du NHIF, les responsables locaux n'auraient probablement pas consenti aux dérogations qui ont permis aux SMHIS de prendre une place dans la politique nationale. Certes, cette place a été acquise à titre expérimental, mais il n'était pas évident que le « matching fund » puisse bénéficier à d'autres organismes que les CHF et canaliser des ressources vers un hôpital privé. Les bailleurs ont également joué un rôle d'intermédiaire pour amener la Fondation Elton John à entrer dans le projet.

### *Et après ?*

Le rôle joué par l'ONG, destinée à transférer à des responsables tanzaniens le dispositif qu'elle a appuyé et le caractère expérimental du partenariat amènent toutefois à s'interroger sur sa pérennité, éventuellement sur son extension.

Du strict point de vue de sa pérennisation, le partenariat dépend d'abord des apports externes de ressources financières apportées par le « matching fund » et Biolands. Si le réseau de mutuelles ne reçoit plus de contribution des pouvoirs publics, ni de l'entreprise, sa viabilité financière est plus douteuse, les établissements privés sont fragilisés. Toutefois, les questions de la pérennisation des ressources externes se présentent différemment pour ces deux types d'apports.

Comme le « matching fund » apporte une subvention indispensable à court terme au service public de soins et aux CHF, il n'y a pas de raison qu'il disparaisse brutalement. Sa fin devrait être programmée en fonction de l'effet de levier qu'il produit, c'est-à-dire à un horizon temporel suffisant pour que les mutuelles soient suffisamment développées. Le risque principal est l'exclusion prématurée des SMHIS ou des CHIF des bénéficiaires du fonds, ce qui relèverait d'une décision politique relative au schéma de couverture maladie universelle. Elle ne se conçoit que si l'expérimentation est évaluée négativement et s'il existe des alternatives à la couverture actuelle du secteur informel. A priori, le modèle de CHIF semble prometteur et il faudra un peu de temps pour que le schéma national de couverture maladie évolue de façon significative. C'est la remise en cause totale du modèle (cogestion et séparation de l'acheteur du payeur par la mise en place d'une association indépendante) qui est, sur le plan politique, le risque principal. L'argument des détracteurs de l'expérimentation est qu'elle appelle la privatisation du CHF.

L'apport de Biolands peut-il être durable ? On doit d'abord rappeler que l'entreprise ne s'est engagée que pour une durée certes limitée (cinq ans), mais significative et que son apport va au-delà de ses propres fournisseurs. Tous les fermiers du district, qu'ils vendent ou non leurs fèves de cacao à Biolands, bénéficient de la subvention à la cotisation, dès lors qu'ils sont d'accord pour adhérer à un CHIF. Il est probable que Biolands attende de cette stratégie qu'elle augmente l'ensemble de ses fournisseurs. Le partenariat a en principe un effet d'aubaine pour Biolands, mais il peut se révéler contreproductif. D'une part, les résultats en termes commerciaux peuvent être moins prometteurs qu'espérés. L'entreprise pourrait alors se contenter de subventionner ses propres fournisseurs, voire quitter le partenariat. Elle peut d'ailleurs être contrainte de le faire par les pouvoirs publics pour concurrence illégale, car d'autres entreprises de commercialisation du cacao peuvent redouter ou constater la perte de fournisseurs. Si la position monopolistique de Biolands était trop évidente grâce à la subvention aux mutuelles, elle pourrait être contestée. Le meilleur antidote est sans doute ici que d'autres entreprises entrent dans le jeu, mais cela suppose une médiation des pouvoirs publics qui n'interviendra que lorsque le gouvernement cherchera vraiment à rendre cohérent le processus devant aboutir à la couverture universelle.

Le développement du schéma national de couverture universelle peut en effet soit, tirer parti de l'expérimentation, soit, aller dans une autre direction. Du point de vue du développement général de la protection sociale dans le pays, il faut noter que les SMHIS et les CHIF sont un exemple de combinaison de micro assurance de santé et de gratuité des soins, car les moins de 5 ans ne paient pas la prime. A cet égard, ils sont dans la tendance générale actuelle qu'on observe dans les débats internationaux.

Le NHIF est officiellement, en charge de l'extension de la couverture maladie à l'ensemble de la population. Il devrait construire une offre de produits et la diffuser par l'intermédiaire d'organismes capables d'intervenir auprès des ménages du secteur informel. On peut admettre que les CHF doivent être transformés pour jouer ce rôle et le modèle de CHIF constitue de ce point de vue une solution intéressante, qui devrait être répliquée ailleurs. Il reste que la création d'organismes nouveaux, implantés au niveau du district, dotés d'une véritable compétence et gérés par le NHIF, pourraient, selon le modèle Rwandais, prendre la place occupée à Mbozi et Kyela par les réseaux d'organismes à gestion participative que le projet a promus. Il serait certainement logique que, dans

cette perspective, les CHIF deviennent des agences de district du NHIF, d'autant plus que les SMHIS et CHIF ont des compétences, en particulier une capacité de mobilisation, que n'a pas le NHIF. Il est à souhaiter que ce soient les résultats obtenus grâce au partenariat actuel qui soient utilisés afin de déterminer la meilleure voie pour le pays.

### Références

GTZ, Health Financing Reform in Tanzania, joint presentation by MoHSW and GTZ, Tanzanian Kenyan Financing Exchange Meeting, 20 May 2011.

Mc Intyre D., Garshong B., Mtei G., Meheus F., Thiede M., Akazaly J., Ally M., Aikins M., Mulligan J-A., Goudge J., Beyond fragmentation and towards universal coverage : insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania, Bulletin of WHO, vol.86, n°11, November 2008.

Ministry of Labour, Youth Development and Sports, The National Social Security Policy, January 2003  
Mtei G., Mulligan J-A., Community Health Funds in Tanzania: A literature review, Ifakara Health Institute, January 2007.

*NB : Ces références ne prennent pas en compte les rapports d'activité du CIDR, ni les MoU signés dans le cadre du projet.*

# Faisabilité de l'installation de médecins privés communautaires en Afrique et à Madagascar

## Dominique Desplats

Médecin généraliste, conseiller projets

ONG SANTE SUD

200 bd National, Le Gyptis Bt. N – 13003 Marseille – France

[www.santesud.org](http://www.santesud.org)

[dominique.desplats@santesud.org](mailto:dominique.desplats@santesud.org)

---

## Résumé

Malgré un nombre de plus en plus important de médecins formés dans les Facultés en Afrique francophone et à Madagascar, le déficit en médecins généralistes exerçant dans les zones rurales et périurbaines reste préoccupant alors que les jeunes diplômés sans emploi se multiplient. L'ONG Santé Sud, depuis plus de 20 ans, a mis au point un concept – la médecine générale communautaire – ainsi qu'un dispositif professionnel qui a permis l'installation de plus de 200 médecins au Mali, à Madagascar et au Bénin. Cinq évaluations externes permettent aujourd'hui d'analyser la pertinence et la faisabilité de cette nouvelle offre de soins de proximité et de déterminer les conditions qui permettraient son intégration/extension dans les systèmes de santé. La création d'organismes mixtes privé/public, avec un budget alloué dans le cadre du Partenariat International pour la santé (IHP+), est proposée comme solution souhaitable pour permettre le développement de cette expérience.

## Mots clés

Médicalisation, Santé communautaire, Médecine de famille, Systèmes de santé

---

## Introduction

Dans les pays en développement, l'OMS évalue à 76 % le nombre de médecins qui exercent leur métier dans les zones urbaines alors que les populations rurales sont encore les plus nombreuses (1). En Afrique subsaharienne et à Madagascar, cette proportion est encore plus élevée : la profession médicale reste concentrée dans les capitales et les plus grandes villes régionales alors que les zones rurales, qui représentent 60 à 80 % de la population selon les pays, restent aujourd'hui encore des déserts médicaux.

Cette disparité s'est longtemps justifiée – durant les vingt années qui ont suivi les indépendances (1960-1980) – en raison du nombre limité de médecins nationaux. Mais elle ne se justifie plus, ces pays ayant fait des efforts considérables pour ouvrir leurs propres Facultés dans l'intention de former suffisamment de docteurs en médecine pour satisfaire progressivement l'ensemble de leurs populations. Chaque année, selon les pays, on peut estimer entre 100 et 300 le nombre de nouveaux diplômés qui sortent de ces Facultés. Au Mali, par exemple, les effectifs sont passés de 75 au moment de son indépendance à plus de 2 000 médecins en 2010. Ainsi on compte aujourd'hui 1 médecin pour 6 500 habitants au Mali, 1 médecin pour 3 000 habitants à Madagascar, 1 médecin pour 7 500 habitants au Bénin. Les politiques de santé, initiées par les organisations internationales, n'ont pas tenu compte de cette évolution prévisible. Depuis Alma Ata, en 1978, la responsabilité diagnostique et thérapeutique a été confiée à des non-médecins. Ainsi que nous le disait la représentante de l'OMS à Yaoundé, le Dr Hélène Mambu-Ma-Disu : « *les médecins praticiens ont été les grands oubliés des Soins de Santé Primaires* ».

Dans son rapport sur la santé dans le monde de 2008 (2), l'OMS reconnaissait explicitement cette anomalie qui avait conduit à la mise en place de programmes « *simplifiés excessivement et dangereusement là où les ressources sont limitées* ». Ce constat, malheureusement, n'a pas entraîné de remise en question des modèles et des stratégies. La qualité des soins, surtout en zones rurales, reste médiocre avec une insatisfaction des populations marquée par un taux de fréquentation des structures de santé qui reste inférieure à 30 % des besoins tandis que nombre de jeunes médecins, malgré des études longues et difficiles, souvent désemparés, ne parviennent pas à exercer leur métier dans des conditions satisfaisantes. Ceux qui cherchent à s'expatrier ou qui se reconvertisent dans une autre activité sont de plus en plus nombreux.

### Recherche pragmatique d'une solution

Fin des années 1980 au Mali. Pour satisfaire les mesures d'ajustement structurelles préconisées par le FMI et la Banque Mondiale, le Mali organise le gel du recrutement dans la fonction publique qui était largement ouvert aux médecins. Le premier concours, en 1987, proposa 2 postes aux 60 nouveaux diplômés, ce qui entraîna un profond désarroi aussi bien chez les recalés que pour leurs professeurs, un expert de la BM ayant même recommandé de fermer cette jeune école de médecine pour ne pas en faire une « boîte à chômeurs » !... Que fallait-il faire ?

A l'initiative du directeur de l'Ecole et de certains professeurs, l'idée d'encourager les jeunes médecins à aller s'installer par eux-mêmes dans des villages pour y exercer la « médecine de famille » émergea à la suite d'une rencontre avec l'ONG française Santé Sud, une association humanitaire fondée par des médecins généralistes qui s'engageaient à soutenir leurs jeunes confrères qui feraient ce choix. L'hypothèse était, en effet, la suivante : des jeunes médecins étaient prêts à franchir le pas à condition d'être accompagnés et soutenus. C'est ainsi que le premier volontaire s'installa en privé en septembre 1989 dans un village situé à 370 km de Bamako, bientôt suivi par d'autres. En 1993, les 11 pionniers qui avaient décidé de pratiquer cette médecine rurale de proximité fondaient ensemble « l'Association des Médecins de Campagne (AMC) du Mali » (3).

### Elaboration d'un concept et d'un dispositif professionnel

Cette première expérience empirique au Mali fut encourageante et riche d'enseignements. Elle s'avérera rapidement exemplaire, permettant d'aborder une question récurrente qui concernait aussi d'autres pays africains : comment faire une place à ces jeunes qui sont l'avenir de leur pays et créer les conditions leur permettant, sans appartenir à la fonction publique, d'exercer leur métier et d'en vivre ? De contribuer à l'amélioration du niveau de santé des populations, en particulier les plus nombreuses et les plus vulnérables situées majoritairement en zones rurales ?

Durant les années 1990, convaincus de l'intérêt de cette nouvelle approche, nous avons multiplié les entretiens avec les thésards et les jeunes diplômés en organisant des « groupes de parole » (*focus group*) dans de nombreuses villes universitaires : Bamako, Dakar, Conakry, Ouagadougou, Abidjan, Cotonou et Parakou, Yaoundé, Tananarive et Mahajanga. Nous avons observé une grande convergence dans leurs réponses que l'on peut regrouper en quatre grands chapitres :

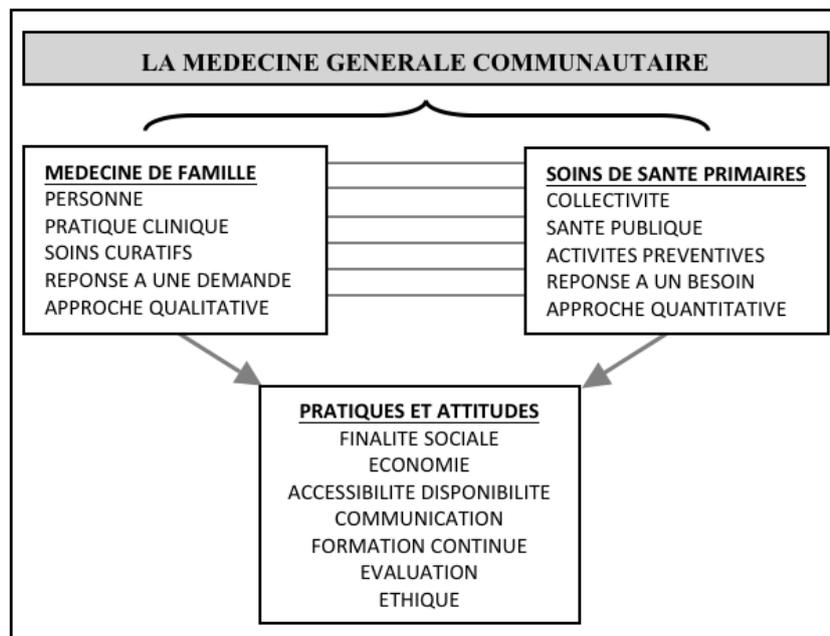
1. *Notre formation, essentiellement hospitalière, ne nous prépare pas à exercer la médecine de proximité, surtout en première ligne loin des villes.*
2. *Il n'y a pas de conseils et aucune aide - ni d'accès au crédit - pour pouvoir s'installer par soi-même.*
3. *Les structures de santé de premier niveau sont mal équipées et souvent mal gérées, cela ne donne pas envie d'y aller.*
4. *Les conditions de vie à la campagne, l'isolement social et professionnel ainsi que les problèmes de sécurité, nous font peur. On va nous oublier !*

C'est ainsi que nous avons compris peu à peu qu'il fallait, pour répondre correctement à la question posée, prendre en compte l'ensemble des problèmes soulevés avec une méthodologie cohérente et globale. Les expériences d'installation de médecins privés communautaires dans d'autres pays, en particulier à Madagascar depuis 1996 et au Bénin depuis 2009, sont maintenant suffisamment concluantes pour présenter ici un concept et un dispositif professionnel qui ont fait leur preuve.

### Concept

Le concept est né d'une double problématique à laquelle cette médecine de proximité est confrontée sur le terrain : répondre à une demande de soins individuels – soigner la personne et sa famille – tout en gardant une vision globale des problèmes de santé d'une collectivité. Cette double fonction, celle du clinicien et celle de responsable d'une aire de santé en termes de santé publique devait, en effet, pouvoir s'intégrer dans une même pratique (voir schéma).

C'est cette stratégie combinée Médecine de Famille/Soins de Santé Primaires que nous avons appelé la Médecine Générale Communautaire (MGC), avec une définition validée par les médecins eux-mêmes : « *le médecin généraliste communautaire exerce son métier de façon autonome dans un esprit de service public. Il vit en permanence sur son lieu d'installation, pratique une médecine de famille et prend en charge les problèmes de santé de son aire de responsabilité* » (4).



### Dispositif professionnel

Le processus d'installation des MGC se déroule en 4 étapes successives et interdépendantes. Il est mis en œuvre par une cellule technique *ad hoc* capable d'en garantir la qualité.

Ces 4 étapes peuvent être schématiquement décrites comme suit :

#### Première étape : mise en relation de l'offre et de la demande

L'offre :

- sensibilisation des jeunes médecins ;
- formation en médecine générale communautaire des candidats (formation avec 4 modules théoriques d'une semaine chacun + stage chez un aîné référent MGC).

La demande :

- identification des demandes locales (communautés rurales, maires de communes, mutuelle de santé, etc.) ;
- avis du médecin-chef du district sanitaire.

Deuxième étape : étude de faisabilité par le candidat

- délimitation de l'aire de responsabilité et de la population de référence ;
- étude de l'environnement socio-sanitaire, simulation des activités attendues et des résultats financiers sur 3 ans ;
- si nécessaire, identification d'un cabinet/centre médical et des conditions d'acquisition

Troisième étape : contractualisation et installation

- contrat privé avec les responsables de la structure de santé communautaire ou convention d'association au service public pour une installation privée stricte ;
- mobilisation d'aides ciblées au cas par cas : kit médical, installation solaire, dotation initiale en médicaments essentiels, moyen de déplacement (moto)...

Quatrième étape : suivi et mise en réseau professionnel

- suivi-formatifs à raison de 4 suivis sur deux ans ;
- vie associative : adhésion à l'association médicale représentative, échanges de pratiques en groupes de pairs, participation à des réseaux de recherche-action (par exemple sur les maladies chroniques : épilepsie, HTA, VIH-Sida, etc.).

Soulignons l'importance de la contractualisation qui doit permettre au nouveau MGC de s'intégrer dans le système de santé avec une place légitime et un rôle bien défini.

## Résultats

A l'heure où nous écrivons, plus de 200 médecins sont en activité, installés avec ce dispositif d'accompagnement : 150 au Mali, 60 à Madagascar (un tiers sont des femmes) et 15 au Bénin. Chaque médecin généraliste communautaire ayant en moyenne 12 000 habitants dans son aire de responsabilité, le nombre de bénéficiaires peut être estimé à environ 2,7 millions de personnes.

Il s'agit des MGC en exercice, ce chiffre ne tenant pas compte des renouvellements d'anciens par des plus jeunes, le nombre total de médecins formés et installés se situant aux alentours de 300. Ce turnover a été, dans l'ensemble, correctement maîtrisé de façon à assurer la continuité médicale sur chaque site ayant bénéficié de la présence d'un médecin.

Les évaluations externes ont été au nombre de cinq :

- deux au Mali : ORSTOM, 1998 ; OMS, 2008 ;
- trois à Madagascar : INSPC, 2007 ; COEF Ressources, 2008 ; AFD, 2010 (5).

L'analyse comparée de ces cinq évaluations montre une assez grande homogénéité des résultats observés malgré les spécificités de chaque pays (encadré)

### **Mali, Madagascar, Bénin**

Cette expérience de la médecine générale communautaire a été initiée au Mali où elle a accompagné la réforme du système de santé malien qui a, dans les années 1990, confié les structures de santé de premier niveau aux communautés. Ces Centres de Santé Communautaires (CSCOM), gérés par des Associations de Santé Communautaire (ASACO) ont une autonomie de gestion tout en étant supervisées par l'équipe du district sanitaire (cercle) dont elles font partie. Les ASACOs peuvent recruter le personnel de leur choix avec un infirmier diplômé ou un médecin pour diriger le CSCOM. Une majorité de médecins, accompagnés par Santé Sud, ont ainsi été recrutés par des ASACOs avec un contrat de droit privé, tandis qu'une minorité (10%) a choisi de s'installer de façon indépendante. A Madagascar, où les CSCOMs n'existent pas, les MGC sont des médecins privés liés à l'Etat par une convention d'association au service public. Au Bénin, ce sont des médecins privés communautaires installés, avec le même dispositif d'accompagnement, dans le cadre d'une convention de partenariat validée par le Ministère de la santé. Le concept de MGC a ainsi pu s'adapter à des contextes différents.

### **Les points positifs les plus soulignés**

La pertinence de cette approche fait l'unanimité des évaluateurs :

- « *le médecin généraliste communautaire est un concept qui renouvelle et renforce les soins de santé primaires* » (INSPC d'Antananarivo, 2007) ;
- « *la médicalisation est une réponse pertinente aux besoins de santé des populations rurales isolées* » (OMS, 2008).

La satisfaction des populations bénéficiaires est confirmée ainsi que celle des médecins, les nouveaux comme les moins jeunes car un nombre significatif d'anciens sont toujours installés sur leurs sites. Ils ont apprécié l'opportunité d'un projet qui leur a permis d'exercer leur métier, de bénéficier d'un dispositif d'accompagnement qui leur a donné confiance en eux-mêmes et d'être intégrés dans un réseau de solidarité professionnelle. La majorité d'entre eux se sentent valorisés par le fait de pouvoir gagner leur vie avec le sentiment d'être utiles, de rendre service à leur communauté d'accueil dont ils se sentent proches.

La durée moyenne d'installation a été évaluée à 4 ans et huit mois au Mali (OMS) et à plus de 5 ans à Madagascar (COEF Ressources). Ce taux de fidélisation est multiplié par deux comparé à la moyenne des autres médecins (publics ou privés) qui exercent en zones périphériques.

Sur le plan financier, la rémunération des MGC provient exclusivement de la participation financière communautaire, soit de façon directe lorsque le médecin s'installe à son propre compte, soit de façon indirecte lorsqu'il s'installe dans un centre de santé géré par une association communautaire (le cas des CSCOMs du Mali). Pour ces derniers, le contrat type prévoit un minimum garanti (100 000 FCFA en moyenne par mois) auquel s'ajoute une part variable sur les recettes du centre (25 %), hors médicaments.

Les médecins privés stricts appliquent une tarification proche de celle des centres de santé communautaires, accessibles à la grande majorité de la population (consultation à 0,60 € à Madagascar et à 1,5 € au Mali et au Bénin ; moyenne de l'ordonnance : 1,2 € à Madagascar et 2 € au Mali et au Bénin). La pratique du crédit (impossible dans les centres de soins publics) est appréciée par la population, particulièrement dans les périodes de soudure.

Globalement les évaluations confirment que les MGC sont relativement satisfaits du niveau de leurs revenus qui s'échelonnent de 1 à 3 par rapport au salaire d'un médecin fonctionnaire en début de carrière. Les variations sont importantes, le « coefficient personnel » du médecin étant déterminant : ses qualités, son empathie, son goût du métier restent des facteurs essentiels qui influent sur le niveau d'activité.

### *Des incertitudes et des risques à ne pas négliger*

Si l'évaluation de l'OMS au Mali indique que « *l'introduction de médecins dans les centres de santé ruraux redonne confiance aux populations et restaurent une crédibilité au système de santé* », elle constate également qu'il est difficile d'en mesurer l'impact au niveau des taux de fréquentation et des indicateurs de santé. On retrouve cette constatation dans toutes les évaluations par manque de données statistiques fiables, les relevés des centres médicalisés étant amalgamés avec ceux de l'ensemble des districts sanitaires puis réinterprétés au niveau régional avant de parvenir à l'échelle nationale. Une évaluation comparative entre structures médicalisées et non médicalisées nécessiterait un protocole long et coûteux qui, jusqu'à présent, n'a pas pu être réalisé de façon rigoureuse.

Par ailleurs, malgré l'intérêt que suscite cette médicalisation progressive des zones rurales, on n'assiste pas encore à un vrai mouvement d'adhésion au niveau institutionnel, ministériel comme universitaire (avec cependant des différences selon les pays sur lesquelles nous reviendrons). Les évaluations soulignent ce manque d'appropriation d'une stratégie dépendante d'une ONG et des financements aléatoires qu'elle parvient difficilement à lever. Un véritable « passage à l'échelle » nécessiterait une stratégie politique plus affirmée dans le prolongement des réformes administratives de décentralisation, en lien avec la création des communes et dans un cadre privé-public avec des fonds attribués.

Cette situation explique le sentiment d'insécurité des médecins qui, pour la plupart, envisagent ce mode d'exercice pour acquérir une expérience en attendant d'autres opportunités, considérant qu'il n'offre aucune perspective faute de reconnaissance effective (pas de formation diplômante, pas d'équivalence pour l'accès à des spécialités ou à des concours comme celui de la fonction publique). Leur engagement pour assurer les activités de santé publique dans l'aire de santé, sans allocation financière de l'Etat jusqu'à ce jour, génère un doute légitime vis-à-vis des pouvoirs publics. Les conditions d'exercice de la médecine privée communautaire n'étant pas suffisamment reconnues sur le plan institutionnel, sa pérennité n'est pas garantie au-delà de l'encadrement des installations assurées actuellement par les équipes locales de Santé Sud.

### *Principales difficultés rencontrées*

Au départ, un certain scepticisme a prévalu, basé sur deux arguments :

1. les médecins n'iront pas ou ne resteront pas en milieu rural en raison des conditions de vie et de l'isolement ;
2. les populations rurales ne pourront pas payer leurs prestations car elles ne sont pas solvables.

Ces deux affirmations ne se sont pas confirmées et l'hypothèse que nous avons faite s'est effectivement vérifiée :

- un nombre significatif de jeunes médecins est prêt à exercer dans des zones déshéritées si un certain nombre de conditions sont réunies ;
- les populations rurales ont des ressources qu'elles savent mobiliser lorsque l'offre est appréciée et correspond à leur attente.

Les principales difficultés sont venues du service public de santé administré par l'Etat : les premiers médecins privés communautaires ont été considérés comme des concurrents qui s'installaient uniquement dans un but lucratif (6). Ils remettaient en cause la vision hiérarchique et la fonction exécutante du soignant. Des conflits sérieux ont eu lieu mais les relations ont évolué au fil du temps. Dans certains districts sanitaires, au Mali comme à Madagascar, la collaboration est devenue

confiante au point que certains médecins responsables de district sollicitent l'installation de jeunes médecins privés communautaires pour améliorer la couverture sanitaire du niveau primaire. Au Bénin, l'expérience est encore récente mais résulte d'une demande explicite du Ministère de la santé et de la nouvelle Faculté de médecine de Parakou créée pour désenclaver le Nord Bénin. Cet engagement institutionnel devrait faciliter l'appropriation du concept et du dispositif d'installation des MGC.

Avec le temps, prenant conscience des problèmes d'adaptation que rencontraient les jeunes diplômés sur le terrain, il apparut évident qu'une formation complémentaire était nécessaire pour mieux les préparer à leur futur métier de clinicien en zones isolées afin qu'ils soient capables de planifier les activités préventives et curatives, d'organiser le travail en équipe, de gérer l'approvisionnement en médicaments essentiels, d'utiliser le système d'information sanitaire, de communiquer avec les autorités sanitaires, les élus des collectivités locales, les communautés, ... toutes choses qui n'étaient pas enseignées dans leur cursus universitaire. C'est à ce moment-là, en 2003 au Mali puis en 2007 à Madagascar, que nous avons pris conscience des difficultés pour mettre en place ce type de formation compte tenu du hiatus existant entre la formation universitaire hospitalo-centrée sur les spécialités et les besoins réels du système de soins du pays. La conception d'une formation préalable avant l'installation a pu se concrétiser grâce à la collaboration de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers au Mali (7), puis à celle de l'INSPC d'Antananarivo à Madagascar, avec la participation de quelques universitaires nationaux intéressés par cette problématique de terrain. Mais les universités restent dubitatives, avec des cursus dans l'ensemble calqués sur ceux des pays du Nord. Seule la Faculté de Parakou manifeste le souhait d'intégrer la médecine générale communautaire pour en faire une filière spécifique.

## Discussion

Trois aspects concernant la faisabilité de l'installation de médecins privés communautaires méritent, au vu des expériences existantes, d'être discutés. Ils concernent l'impact, les coûts financiers et l'appropriation du dispositif professionnel.

### Impact

Si l'impact réel, en terme d'indicateurs quantifiés, n'est pas suffisamment documenté, un certain nombre de données indirectes permettent d'affirmer que la présence d'un médecin praticien en première ligne augmente la fréquentation des centres de santé et l'utilisation du paquet curatif et préventif, telles que :

- des soins curatifs mieux réalisés s'élargissant à « *la prise en charge des maladies chroniques dans un continuum prévention/soins/suivi, réalisation des activités promotionnelles et de prévention* » (évaluation OMS) ;
- l'attraction des centres avec médecins, souvent observée, qui reçoivent de nombreux patients extérieurs à l'aire de santé (6) ;
- les témoignages des chefs de villages qui constatent moins de décès (particulièrement chez les enfants) depuis la présence d'un médecin (évaluation INSPC) ;
- l'augmentation des recettes et l'embauche de personnels additionnels dans les centres de santé médicalisés (évaluation OMS).

Par ailleurs, les nombreuses missions de compagnonnage réalisées par des médecins généralistes français dans les trois pays concernés pour initier les MGC à la pratique de la « médecine de famille » (44 à ce jour) ont également confirmé une activité soutenue : file d'attente, permanence et continuité des soins, polyvalence, stratégie avancée, visite à domicile, etc. Le rôle social du médecin communautaire doit être également souligné : seul lettré d'un niveau universitaire dans bien des

localités, nombre d'entre eux jouent un rôle important auprès des autorités, des élus et des acteurs du développement.

Ceci étant, le fait de favoriser l'installation de médecins en périphérie ne suffit pas en soi. Le profil individuel reste essentiel et certains, surtout si les mesures d'accompagnement s'avèrent défectueuses, peuvent se satisfaire de pratiques routinières peu satisfaisantes à l'instar de celles qui ont été bien documentées par les anthropologues (8)

### *Coûts financiers*

Le coût d'installation varie selon les modalités d'installation, peu élevé en cas de reprise d'un cabinet communautaire d'un aîné ou dans les situations relevant d'une contractualisation avec une structure type CSCOM, et nettement plus onéreux dans tous les cas où le MGC va s'installer par lui-même, en indépendant ou dans un cadre négocié avec une communauté. Dans ce deuxième cas de figure (Madagascar, Bénin), l'ensemble de l'équipement (matériel médical, mobilier, dotation initiale en médicaments, installation solaire, moto) s'élève à environ 12 000 euros. La réhabilitation d'un bâtiment existant ou la construction d'un centre de santé villageois avec la participation communautaire nécessite un financement complémentaire variable selon les situations, de 10 000 euros en moyenne.

L'évaluation réalisée par l'INSPC à Madagascar a montré que ce coût d'investissement était 4 à 6 fois moins cher que celui d'une structure publique du même niveau (selon le type, CSB1 ou CSB2). Et d'ajouter qu'en plus, le fonctionnement étant à la charge du médecin ne coûtait rien à l'Etat ! On peut donc conclure que l'installation d'un médecin privé communautaire a un coût, mais ce coût est peu élevé en regard du service rendu comparé à celui d'une structure étatique de même niveau.

Une fois installé, le MGC vit de ses actes et assure la totalité de ses charges de fonctionnement. Des arrangements contractualisés avec la communauté peuvent alléger les frais, par exemple la prise en charge d'un gardien ou d'un aide-soignant par la mairie. Dans l'ensemble, la viabilité financière est mieux assurée si le médecin a su s'entendre avec la communauté d'accueil, sur la tarification ainsi que sur les modalités de fonctionnement de son centre/cabinet médical communautaire.

### *Appropriation et l'extension du dispositif professionnel*

La question de l'appropriation est problématique car elle se pose dans des pays historiquement marqués par une culture administrative avec des systèmes publics de santé prestataires de soins où la fonction de médecin généraliste est dévolue à des non-médecins. De ce fait la médecine générale, pour les jeunes médecins et leurs familles, correspond à un déclassement, l'idéal type étant représenté par le spécialiste hospitalier ou le médecin qui fait carrière en santé publique dans l'administration. Une étude récente réalisée à Madagascar par l'Unité de santé internationale de l'université de Montréal a ainsi révélé que près d'un quart des médecins généralistes travaillaient dans les bureaux des services administratifs du Ministère de la santé.

L'exercice de la médecine générale telle que nous la présentons ici représente une réelle innovation qui interpelle aussi bien les médecins que l'administration. Les jeunes médecins parce qu'ils vont devoir s'investir dans une voie risquée, mal reconnue et à l'avenir incertain. L'administration parce qu'elle est confrontée à l'apparition d'un nouveau chaînon qui remet en cause le pyramide sanitaire, le dogme de l'infirmier-chef de poste et la vision hiérarchique quasi militaire du système de santé. L'université, quant à elle, reste dans une sorte de tour d'ivoire, submergée par la gestion de promotions devenues pléthoriques dont l'encadrement s'avère insurmontable avec des stages ruraux qui ont bien souvent disparu faute de moyens.

Le processus d'appropriation, dans ce contexte assez général, ne peut se produire que lentement car il relève d'une évolution des mentalités, seule capable d'induire des innovations stratégiques au niveau de la formation et de l'organisation des soins. Dans les pays cités, des changements sont perceptibles aux trois niveaux concernés par cette nouvelle offre de soins :

- celui des populations qui revendiquent de plus en plus l'accès à des soins de proximité de qualité : avec la décentralisation les élus et les maires, porteurs des doléances de leurs administrés, réclament la présence de médecins généralistes et cherchent à faciliter leur installation ;
- celui des médecins eux-mêmes : avec la création de leurs propres associations professionnelles, ils construisent progressivement une identité collective capable d'assurer la défense de leur statut et de prendre en charge un certain nombre d'activités promotionnelles tels que la participation à la formation initiale (maîtres de stage), la formation continue en réseau, la solidarité entre jeunes et anciens, etc. ;
- celui des pouvoirs publics confrontés aux limites de l'Etat prestataire exclusif des soins : avec l'obligation de maintenir des recrutements limités dans la fonction publique, la recherche de solutions alternatives devient une nécessité de plus en plus évidente. L'Etat malgache, par exemple, s'est engagé dans une politique de partenariat public/privé (les 3 P) qui a permis de créer un cadre d'exercice spécifique pour les médecins privés communautaires leur permettant d'être contractuellement associés au système de santé publique.

Ces évolutions devraient faciliter une appropriation du dispositif professionnel mis en œuvre par Santé Sud, d'autant que ses délégations locales sont toutes nationales. Un organisme mixte, qui laisserait la maîtrise du dispositif professionnel aux médecins eux-mêmes et le pouvoir de régulation à l'Etat dans le cadre de sa politique sectorielle, serait sans doute une solution satisfaisante avec un financement alloué pouvant relever du Partenariat International pour la Santé (IHP+).

Nous terminerons cette discussion par trois remarques :

- La première concerne les limites de l'extension : les médecins communautaires peuvent rendre de grands services dans nombre de zones sous-médicalisées ou enclavées mais c'est aux Etats de pourvoir aux soins des zones non viables (habitat très dispersé et/ou zones de grande pauvreté), soit dans le cadre de la fonction publique, soit en subventionnant des prestataires.
- La seconde concerne les politiques de gratuité des soins en vogue actuellement. Outre le fait que celles-ci entraînent de sérieux inconvénients (baisse de la qualité, sur-bureaucratiation, dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure), elles représentent un risque réel pour la médecine privée communautaire qui ne pourra pas survivre ou qui abandonnera sa finalité éthique et sociale pour des pratiques lucratives réservées à une minorité insatisfaite et solvable.
- Enfin, notons que certains pays n'ont pas, pour diverses raisons, des ressources médicales suffisantes pour envisager une telle évolution. C'est le cas, par exemple, du Cameroun qui limite sa production de médecins au seul besoin de la fonction publique, raison pour laquelle sa diaspora étudiante est très importante dans les Facultés des pays voisins, confrontée à de sérieux problèmes d'avenir.

## Conclusion

La faisabilité de l'installation de médecins privés communautaires auprès de nombreuses populations vulnérables, en milieu rural ou périurbain, est aujourd'hui démontrée. Elle est possible sous certaines conditions que nous avons décrite (9) mais ne peut pas satisfaire les situations où l'Etat doit prendre ses responsabilités lorsque la médecine privée communautaire n'y est pas viable.

Il convient de considérer cette médicalisation de la première ligne par des médecins non fonctionnaires dans un esprit de complémentarité avec le système public et non de concurrence avec

lui. Cet impératif nécessite une volonté claire des pouvoirs publics inscrite dans des modalités contractuelles adaptées.

Les jeunes médecins, quant à eux, s'engageront dans cette voie nouvelle s'ils trouvent un cadre d'exercice satisfaisant leur permettant de mettre leurs compétences professionnelles au service des malades et de leurs familles.

### Remerciements

Nous remercions les médecins communautaires et leurs associations professionnelles, en particulier l'association des médecins de campagne du Mali et l'association des médecins de campagne de Madagascar, ainsi que les institutions qui ont contribué aux formations en médecine générale communautaire : l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, l'Institut Nationale de Santé Publique et Communautaire d'Antananarivo et la Faculté de médecine de Parakou au Bénin.

### Références

Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. *World Health Organization 2010*.

WHO. 2009. The World Health Report 2008 – Primary health care (Now more than ever). World Health Organization.

Annaheim-Jamet I., Traore S., Balique H. 1997. Réinventer la médecine de campagne. In « BRUNET-JAILLY - Innover dans les systèmes de santé : expériences d'Afrique de l'Ouest ». 137-152. Ed. Karthala.

Desplats D., Kone Y., Razakarison C. 2004. Pour une médecine générale communautaire en première ligne. *Médecine Tropicale*, 64 (6): 539-544.

#### Evaluation

- AFD. 2010. Projet d'appui au développement de la médecine générale communautaire à Madagascar ex-post des projets ONG financés par le MAEE France.
- OMS 2008. Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali. [www.who.int/hrh/resources/case\\_mali/fr/index.html](http://www.who.int/hrh/resources/case_mali/fr/index.html)
- Cabinet COEF Ressources. 2008. Etude sur l'appui à l'installation de médecins privés en zones rurales à Madagascar. For the Malagasy Health Ministry upon financial support. AFD.
- Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC). 2007. Evaluation à mi-parcours du projet Santé Sud Madagascar.
- Balique H. 1998. L'expérience des médecins de campagne au Mali. Etude sur 32 installations. Report Santé Sud/ORSTOM.

Coulibaly S., Desplats D., Kone Y., Nimaga K., Dugas S., Farnarier G., SY M., Balique H., Doumbo O., van Dormael M. 2007. Une médecine rurale de proximité : l'expérience des médecins de campagne au Mali. *Education for Health*, 20 (2): 1-9.

van Dormael M., Dugas S., Kone Y., Coulibaly S., SY M., Marchal M., Desplats D. 2008. Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: a case study from Mali. *Human Resources for Health*, 6:25.

Jaffre Y, Olivier de Sardan J.P. 2003. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest. Karthala (Ed). Paris.

Desplats D., Razakarison C. 2011. Le Guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar. Concept, organisation, pratiques. 320p. Online. [www.santesud.org](http://www.santesud.org)

# L'introduction simultanée de l'approche du système de santé de district et le financement basé sur la performance : expérience du Burundi

## Georges NSENGIYUMVA

MD, MPH, PhD, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, Burundi, Projet de lien urgence réhabilitation - développement (« LRRD Santé Plus »)

## Laurent MUSANGO

MD, MPH, PhD, World Health Organization / Regional Office for Africa, Health Financing and Social Protection.

---

### Résumé

Le Burundi a introduit récemment deux réformes fondamentales dans son système de santé : la mise en place d'un système de santé de district (SSD) et le financement basé sur la performance (FBP) des structures sanitaires.

Les auteurs de cet article relatent les points saillants d'une expérience de mise en œuvre simultanée du SSD et du FBP sur le terrain

L'appréciation est faite par rapport aux six piliers du système de santé tels que proposés par l'OMS, l'article montre que le FBP peut aussi bien exercer un effet de levier qu'entraver les éléments de fonctionnalités suivants du SSD : la dynamique du groupe de l'Equipe Cadre de District (ECD), le fonctionnement de l'hôpital de district par rapport au premier niveau de soins, les soins curatifs et préventifs organisés par les centres de santé dans une optique de couverture sanitaire d'une population cible, l'approvisionnement en médicaments essentiels par une pharmacie de district fonctionnelle, le système d'information sanitaire orienté vers l'action et le financement permettant l'équité, garantissant le réapprovisionnement et soutenu par une organisation transparente.

Les auteurs recommandent que ces aspects reçoivent l'attention qu'ils méritent lors des interventions qui combinent les deux réformes plus particulièrement dès la phase de démarrage. Le régulateur du système de santé, c'est-à-dire le Ministère de la Santé, doit rester vigilant pour procéder aux ajustements et veiller à éviter tout dérapage.

### Mots-clés

Financement basé sur la performance, Système de santé, District sanitaire, Fonctionnalité

---

### Introduction

Le système de santé de district (SSD) vise la mise en œuvre des soins de santé primaires, stratégie définie par la Conférence d'Alma Ata en 1978 (OMS/FISE, 1978), dont la pertinence a été récemment réaffirmée dans le rapport sur la santé dans le monde sur les Soins de Santé Primaires (OMS, 2008). Pour l'Afrique, la politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires a été redéfinie lors de la Conférence de Harare en 1987 en précisant les lignes directrices du SSD et elle a été réaffirmée par la Déclaration de Ouagadougou en Avril 2008 (OMS, 2008). Le district sanitaire apparaît ainsi comme la clef de voûte des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires (Monekosso, 1991 ; Duponchel, 2004 ; Grodos, 2004 ; Gruénais, 2010 ; Gauvrit and Okalla, 2010 ). C'est un segment plus ou moins autonome du système de santé national, suffisamment grand pour permettre une concentration de ressources humaines, techniques et financières, mais également assez petit pour

avoir la possibilité d'établir une communication avec la population et une participation communautaire. Le district sanitaire reste le niveau opérationnel par excellence de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé (PNS).

Ces dernières années, plusieurs pays d'Asie et d'Afrique ont introduit dans leur système de santé, le recours aux financements basés sur la performance comme stratégie pour améliorer la performance (Perrot et al, 2010). La contribution du FBP à l'amélioration de la production et de la qualité des services de santé, à travers le renforcement de la motivation du personnel, commence à être documentée (Soeters and Griffiths, 2003 ; Soeters et al, 2006 ; Rusa et al, 2006 ; Toonen et al, 2009 ; Morgan, 2010). Le FBP est parfois présenté comme une alternative aux arrangements institutionnels défailants actuellement en place (Meessen and Van Damme, 2005). Cependant, malgré une autre littérature plus critique sur le FBP (Oxman & Fretheim, 2008; Eldridge et Palmer, 2009 Kalk et al, 2010 ; Morgan, 2010), à notre connaissance, un seul auteur s'est intéressé à l'impact du FBP sur la fonctionnalité du district sanitaire (Meessen, 2009)

Au Burundi, l'introduction du SSD et du FBP a été presque simultanée. Le FBP concerne les établissements de soins (centres de santé et hôpitaux) et les entités administratives (provinces sanitaires et districts sanitaires) du secteur.

Sans faire déjà le bilan d'une réforme qui en est seulement à ces débuts, cet article voudrait souligner les possibles synergies entre l'approche du SSD et celle du FBP dans un contexte donné. Il analyse aussi les risques d'effets négatifs sur le SSD si le FBP n'est pas utilisé à bon escient. Après une brève introduction, le contexte et l'approche méthodologique sont décrits, puis suivis des faits descriptifs selon le schéma des 6 piliers du système de santé et enfin une conclusion qui résume les messages clés a été présentée.

## Contexte

Au Burundi, la structuration du pays en districts sanitaires a débuté en 2007, au sortir d'une longue crise sociopolitique (1993-2005). L'expérience du FBP (aussi nommé « contractualisation ») a commencé en 2006 et s'est étendue à plusieurs provinces du pays lors des années suivantes, avec l'appui de divers partenaires techniques et financiers. Cette contractualisation reposait sur un contrat entre une agence tierce indépendante des prestataires tels que le Ministère de la Santé Publique (MSP) et les prestataires (formations sanitaires). C'est cette agence tierce qui était responsable de l'évaluation des performances et de leur subventionnement qui jouait aussi bien le rôle d'acheteur et de vérificateur. L'intervenant principal était l'ONG Cordaid, répliquant au Burundi son expérience du Rwanda (Soeters et al, 2006). A partir d'avril 2010, sur financement de la Banque Mondiale, du gouvernement et d'autres partenaires financiers, le MSP a instauré un système de FBP, géré de manière interne au ministère, sans agence d'achat indépendante ; toutefois, la vérification et la validation des performances, donnant lieu au paiement par le Ministère des Finances, sont confiées à des « Comités provinciaux de vérification et de validation » (CPVV), structure mixte composée de représentants de l'Administration (fonctionnaires et contractuels) d'une part, de la « société civile » d'autre part. Le secrétariat des CPVV est assuré par les médecins directeurs provinciaux de la santé. Le montage institutionnel du FBP et intervenant a été développé par d'autres auteurs (Basenya et al, 2011).

Dans cette généralisation du FBP, le financement des formations sanitaires (centres de santé et hôpitaux) repose sur deux types de critères :

- quantitatifs (production de soins), évalués mensuellement sur base de 24 indicateurs par les CPVV ;
- qualitatifs (divers aspects de qualité des prestations), évalués trimestriellement par les instances du MSP sur base d'une grille recourant à un grand nombre d'indicateurs.

Fait saillant : le financement de la production de soins n'a pas seulement pour objectif de récompenser la performance des formations sanitaires (FOSA) mais également de couvrir en parallèle la mesure de gratuité des soins aux enfants âgés de moins de cinq ans et aux femmes enceintes. Cette mesure de « gratuité des soins », décrétée par le Chef de l'Etat en mai 2006, était financée jusqu'avril 2010 par les fonds de remise de la dette dans le cadre l'initiative des pays pauvres très endettés (IPPTE). Ce mécanisme permettait de rembourser aux prestataires le coût des soins offerts aux enfants et femmes ciblées. L'option de financer le paquet de soins gratuits à travers la stratégie de financement basée sur la performance a été préférée à l'ancien système de remboursement jugé inadéquat. Le système d'incitation des prestataires, les procédures de vérification de l'authenticité des services offerts et de déboursement des fonds par le Ministère de Finances montraient beaucoup d'insuffisance en matière de gestion. Depuis avril 2009 existe donc un financement basé sur la performance pour le « paquet minimum d'activités » (PMA des centres de santé) et pour le « paquet complémentaire d'activités » (PCA des hôpitaux). Ce financement inclut les « soins gratuits » sur base d'une tarification forfaitaire.

## Méthodologie

L'analyse faite dans cet article se base sur l'expérience de mise en œuvre du SSD et du FBP dans le cadre du projet « Santé Plus »<sup>32</sup> et sur les résultats d'évaluation conjointe du projet FBP. L'un des auteurs de cet article (GN) de par ses fonctions, a vécu sur le terrain les différentes étapes de la mise en place du SSD et du FBP. Le deuxième auteur a coordonné l'évaluation à mi-parcours du projet FBP conduite par l'OMS, la Banque Mondiale (BM) et l'Union Européenne (UE).

Pour présenter les résultats, nous avons suivi un cadre d'analyse basé sur le schéma de fonctionnalité du district sanitaire qui recoupe par ailleurs les six piliers du système de santé recommandés par l'OMS (OMS, 2008). Le tableau ci-dessous montre les éléments constitutifs des six piliers et les thèmes correspondants que nous avons analysés.

*Tableau I : Les Eléments constitutifs de six piliers du système de santé et facteurs analysés*

<b>Les six piliers du Système de santé</b>	<b>Thèmes développés par pilier affectés par la mise en place concomitante du FBP et du SSD</b>
Le personnel de santé	Une équipe cadre de district (ECD) assumant la responsabilité de la coordination et du bon fonctionnement du bureau de district comme direction intégrée
La prestation des services de santé	Un hôpital de district assurant le « paquet complémentaire d'activités » avec un système de référence et contre-référence L'intégration des soins curatifs et préventifs par une équipe polyvalente dans les centres de santé avec un « paquet minimum d'activités » visant une population cible déterminée
Technologies et produits médicaux	L'approvisionnement en médicaments essentiels reposant sur une pharmacie de district
L'information	Un système d'information sanitaire orienté vers l'action
Le financement de la santé	Un financement assurant l'équité, garantissant le réapprovisionnement et soutenu par une organisation transparente
Direction et gouvernance	

<sup>32</sup> Le Projet « Santé Plus » est un projet de lien entre urgence, réhabilitation et développement du 9<sup>e</sup> FED, qui a débuté en avril 2008 dans quatre provinces, s'est étendu en février 2010 à six provinces, représentant 30% de la population du pays, 14 districts sanitaires, 15 hôpitaux et plus de 200 centres de santé. Ce projet s'est clôturé en juin 2011. Ses deux axes majeurs sont la mise en place du SSD et du FBP. Entre janvier 2009 et mars 2010, le projet Santé Plus a sous-traité la mise en place du FBP à l'ONG Cordaid, agence tierce indépendante. Depuis avril 2010, la zone couverte par le projet applique (sauf sur quelques points secondaires provisoires) la politique nationale du FBP. C'est sur base de l'expérience de cette zone que les interactions entre SSD et FBP sont analysées.

Nous relevons de façon inductive les points saillants de cette expérience *de synergie* SSD et FPB en relevant certains effets contreproductifs que le FPB peut induire sur le processus de mise en place d'un SSD. Pour éviter ces effets pervers, des mesures correctrices sont proposées aussi pour attirer l'attention des initiateurs de ces réformes.

Le point relatif à la direction et gouvernance n'a pas été abordé de façon spécifique dans cet article, mais certains éléments relatifs à ce point sont intégrés dans la gestion et coordination du district par l'équipe cadre (ECD).

## Résultats

La réforme du système de santé en districts sanitaires au Burundi a été lancée par le gouvernement en 2007 alors que sur le plan technique aucun d'eux n'était vraiment fonctionnel. Le projet « Santé Plus » a commencé ses activités de terrain au deuxième semestre de 2008 et avait dans ses attributions d'appuyer le gouvernement pour la mise en place de SSD et du FPB. Ci-dessous nous présentons les résultats selon le plan mentionné dans la méthodologie.

Une équipe cadre de district assumant la responsabilité de la coordination et du bon fonctionnement du bureau de district comme direction intégrée

Les équipes cadre de district ont été mises en place dans tout le pays en septembre 2008. Le projet « Santé Plus » qui couvre 9 districts dans sa zone d'intervention, s'est donné comme priorité jusque fin 2009 de les rendre techniquement compétentes et psychologiquement ouvertes aux dimensions relationnelles de la gestion du système de santé du district. L'objectif était qu'une ECD rassemble des gens assumant une même responsabilité à la tête du district, avec un partage de responsabilités techniques basé, non pas sur la spécialisation de chacun, mais sur la polyvalence globale de l'équipe et avec une capacité d'autoévaluation et de correction de décisions. En janvier 2009, le FPB a été introduit. Comme effet positif, le FPB a permis aux bureaux de district de disposer d'un début de budget, même si celui-ci est venu tardivement, en petites tranches et est resté largement insuffisant (Basenya et al, 2011). Aussi, comme l'illustre les figures 1&2, l'utilisation des services s'est sensiblement améliorée même s'il est impossible de dire que c'est le fait du FPB car il y a eu d'autres facteurs comme l'introduction de la gratuité chez les moins de 5 ans et les femmes enceintes ainsi que la disponibilité des médecins qui s'est améliorée.

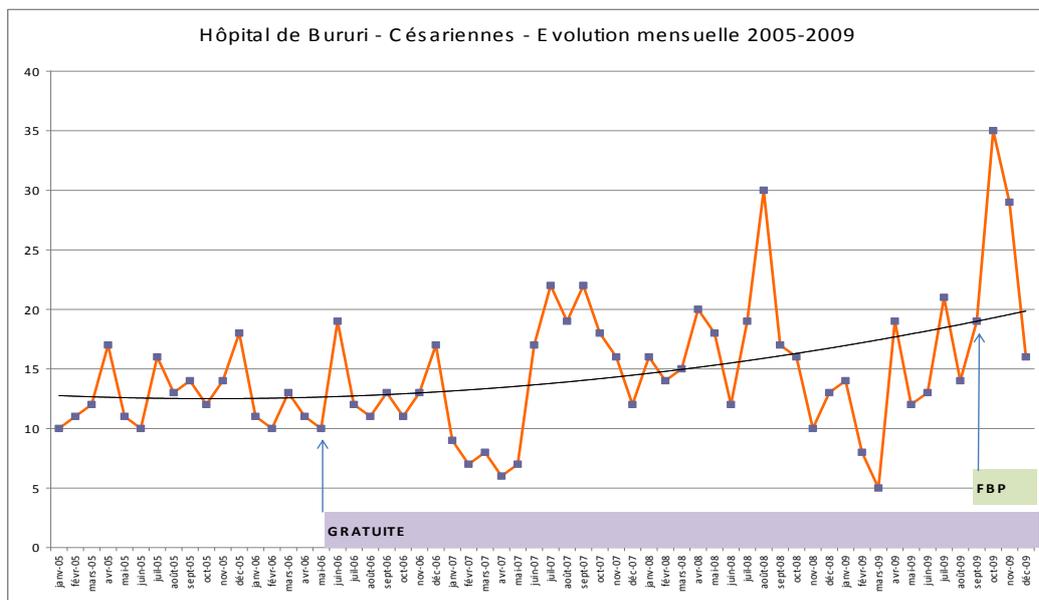


Figure 1 : Evolution mensuelle des césariennes 2005/2009 HD Bururi

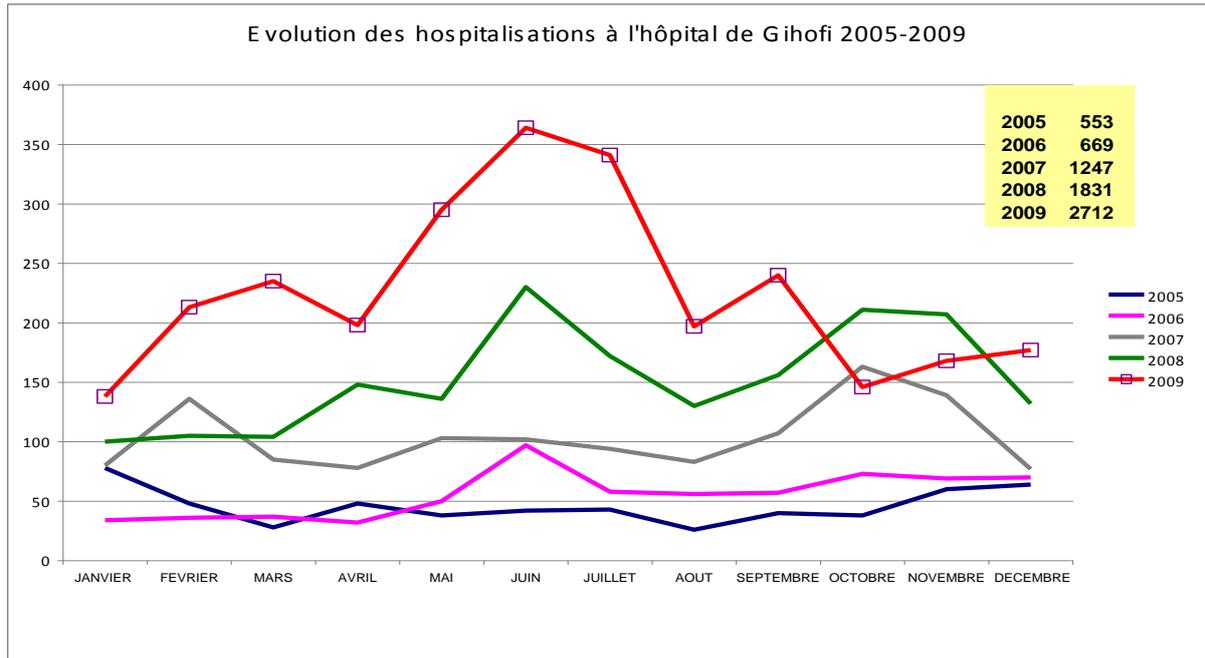


Figure 2 : Evolution des hospitalisations 2005/2009 HD Gihofi

Fin 2009, les ECD de la zone du projet étaient plus ou moins fonctionnelles, largement plus performantes en tout cas que dans les districts du pays qui n'avaient bénéficié ni de l'assistance technique d'un projet ni du FBP. Il est cependant impossible de faire la part des choses entre les apports du projet et l'effet propre du FBP. On peut penser que le FBP a potentialisé l'effort de formation et d'encadrement offert aux ECD par le projet dans la mesure où des indicateurs de gestion et d'organisation étaient contractualisés, entre autres les réunions régulières et la mise en application des recommandations issues de ces dernières, l'existence d'un plan d'action mensuel qui est suivi par l'ECD, les supervisons formatives prenant en compte la qualité de soins.

Comme effet négatif, l'intégration du médecin chef de district dans le comité provincial de vérification et de validation (CPVV) casse la dynamique d'équipe intégrée en soustrayant le chef de district qui est le chef de file de son équipe et en l'intégrant dans une autre équipe avec d'autres fonctions. L'intégration du chef de district dans le CPVV lui donne une vision plus administrative du système de santé, sans implication novatrice dans la gestion de son propre district alors qu'il s'agit de l'échelon clé dans une vision de décentralisation, comme l'a constaté la mission conjointe d'évaluation du FBP au Burundi en octobre 2010 (Musango et al. 2010).

L'intégration du médecin chef de district dans le CPVV est en contradiction avec le principe de séparation des fonctions. Il est simultanément mis en position de prestataire puisqu'il est le responsable final des performances de son district (pas seulement de son bureau de district) et en position de régulateur puisqu'il valide la vérification.

En outre, comme un médecin chef de district est souvent en même temps directeur de l'hôpital, il cumule les primes car il peut percevoir la prime de performance de l'hôpital, la prime de performance de médecin chef de district, la prime de membre du CPVV, et la prime de supervision technique lors de l'évaluation par les pairs des hôpitaux en-dehors de son district. Cela met à rude épreuve l'esprit d'équipe de l'ECD dont les autres membres considèrent alors que le chef de district est « sur primé » alors que les résultats sont ceux de toute l'équipe. Cela a des conséquences sur l'efficacité et la performance de l'ECD.

Par ailleurs, l'intégration de ces deux fonctions n'est pas impossible, le médecin chef de district peut parfaitement assumer les attributions de l'ECD en y intégrant les activités de supervision FBP dont il a la responsabilité de par son rôle principal de garantir la qualité des prestations. Cependant, si dans ses activités quotidiennes, il choisit l'option de considérer les deux réformes comme étant différentes, il se focalisera plus sur le plus payant. Pour le cas présent du Burundi, le projet FBP étant financièrement plus motivant que celui de SSD, ceci a conduit les prestataires à s'occuper plus des activités FBP au détriment de celles du SSD et cela transparaît dans tous les rapports d'évaluation.

Notre proposition est de conduire les deux réformes de façon synergique, à titre d'exemple les évaluations de qualité du FBP et les supervisions techniques du SSD doivent avoir les mêmes objectifs et finalités.

Un hôpital de district assurant le « paquet complémentaire d'activités » avec un système de référence et contre-référence

Tous les districts de la zone couverte par le projet « Santé Plus » (sauf un) disposaient d'un hôpital de district, mais leur degré de fonctionnement était variable. Cependant, aucun ne fonctionnait comme hôpital de district, c'est-à-dire au sein d'un réseau organisé de relations avec les centres de santé. La nomination des ECD en 2008 devait faire évoluer la situation. L'ECD est devenue l'organe supérieur de coordination de l'hôpital et des centres de santé. Dans la logique du SSD, l'hôpital assure son PCA sans chevauchement avec le PMA des centres de santé. Une situation qui amène l'hôpital à exécuter des tâches dévolues au centre de santé décrédibilise le niveau des centres de santé, surcharge inutilement l'hôpital et vide de son sens le principe de référence et contre-référence et la gradation des échelons des soins (Van Lerberghe & Lafort, 1990). S'il doit contribuer au renforcement du SSD, le FBP doit donc veiller à rester en cohérence avec le rôle d'un hôpital de district. Ainsi, au début de la mise en œuvre du FBP dans la zone du projet, le système mis en place ne finançait pas les activités du premier niveau de soins (centre de santé) lorsqu'elles avaient lieu à l'hôpital. Mais le système de FBP en vigueur depuis avril 2010 au niveau national, avant la révision du Manuel des procédures<sup>33</sup> en septembre 2011, ne tenait pas compte de ce principe, ce qui instaurait une concurrence non souhaitable entre centres de santé et hôpitaux. Ainsi, la consultation faite par le médecin étant fortement rémunérée, la tendance était de multiplier les consultations médicales à l'hôpital pour augmenter autant que possible le financement de l'hôpital. On ne faisait pas de distinction entre un malade référé et un malade qui consulte directement le médecin même pour une pathologie banale pouvant être prise en charge par un centre de santé. Cette tendance était renforcée par le principe de libre choix absolu du malade (c'est-à-dire sans ticket modérateur à sa charge lorsqu'il s'adresse directement au médecin). Cet état de fait ne favorise pas l'échelonnement des soins, c'est-à-dire la complémentarité sans chevauchement entre le premier et le second niveau du SSD, décrédibilise la consultation des infirmiers aux yeux de la population et tend à encombrer la consultation médicale hospitalière.

Notre proposition rejoint celle de la mission conjointe d'évaluation du FBP au Burundi en octobre 2010 (Musango et al. 2010), le subventionnement des prestations doit respecter le système de référence et de contre-référence et ne concerner que les prestations effectuées au bénéfice des malades orientés vers l'hôpital dans le respect de ce principe.

L'intégration des soins curatifs et préventifs par une équipe polyvalente dans les centres de santé avec un « paquet minimum d'activités » visant une population cible déterminée

<sup>33</sup> Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi, version révisé, septembre 2011.

Dans le SSD, le centre de santé est le premier échelon de soins et constitue le niveau opérationnel de base (OMS, 2008). Le FBP est un moyen de financer directement ce premier échelon des soins sur base de sa production.

Un des critères d'implantation d'un centre de santé est normalement la taille de la population. Le CS est responsable d'une population cible déterminée, donc la performance réelle du centre de santé en question se mesure en termes de santé publique et pas seulement en termes de production d'actes. Dans le système PBF, tous les indicateurs du PMA utilisés sont des indicateurs de quantité (MSP, 2010). Quel que soit l'indicateur considéré (consultations prénatales, accouchements, consultations curatives...), c'est le nombre de consultations qui est pris en considération, indépendamment de la provenance des bénéficiaires de soins. Certes, comme l'explique Meessen et al. (2006), cette option favorise le financement des services en fonction de leur utilisation et permet de rémunérer les FOSA proportionnellement à la charge du travail. Mais, si l'évaluation des indicateurs de performance ne tient pas compte de la population dont le centre de santé est responsable, l'information sur la performance de la structure par rapport à sa mission de couverture sanitaire est perdue. Ainsi les performances peuvent être évaluées sous deux angles, d'une part la charge du travail de la structure de santé et d'autre part la performance de la structure de santé par rapport à sa zone de responsabilité.

En relation avec la charge de travail (volume d'activités), il faut qu'il y ait des incitations pour toutes les activités que l'on veut voir produites par les structures de santé, chaque fois qu'un usager utilise un service, la structure de santé devrait recevoir un montant correspondant à cette prestation. Ce système a plusieurs désavantages : (i) il n'y a pas d'effet de seuil obligeant le centre de santé à produire x nouveaux utilisateurs avant de voir ses rémunérations augmenter à nouveau; (ii) c'est l'activité absolue qui est prise en compte pour le calcul et non les améliorations marginales par rapport à ce qui est déjà produit aujourd'hui ; (iii) ce système ne défavorise pas les centres de santé qui ont une importante population cible à leur charge (Meessen et al, 2006).

En relation avec la population couverte : la structure de santé doit avoir une vision globale sur la prise en charge de la population de sa zone de responsabilité, avec une mission d'une couverture effective de cette zone, l'ECD en collaboration avec les autres parties prenantes doit connaître les problèmes de la population de sa zone de responsabilité avec une redevabilité à cette dernière (OMS, 2008).

Dans l'évaluation des performances, les deux aspects sont à considérer pour éviter l'effet de se concentrer sur la population « hors zone » pour gagner plus.

Notre recommandation rejoint celle de la mission conjointe qui est celle de : « Faire la carte sanitaire qui permettra également de mieux définir les objectifs du FBP en termes de la couverture sanitaire et prévoir une rémunération de la performance en fonction d'une bonne couverture » (Musango et al, 2010).

### *L'approvisionnement en médicaments essentiels reposant sur une pharmacie de district*

Dans les six piliers de Système de Santé, l'OMS recommande d'avoir un système de santé qui assure un accès équitable aux médicaments et produits médicaux essentiels ainsi qu'aux vaccins et autres technologies qui sont de bonne qualité, sans danger et disponibles à moindre coût (OMS, 2008).

La stratégie des médicaments essentiels qui a été adoptée par le gouvernement du Burundi vise à promouvoir l'utilisation rationnelle de médicaments génériques essentiels de provenance contrôlée, et à décourager le recours à un grand nombre de préparations commerciales de marque, parfois superflues, importées sans contrôle et d'un prix de vente excessif. Cela permet non seulement de réduire les coûts pour le système de santé et pour le patient, mais également d'éviter au patient de prendre un grand nombre de médicaments inutiles et de s'exposer à leurs effets secondaires (GTZ, 2004).

Le tableau ci-dessous montre les mesures prises pour assurer la mise en œuvre de la stratégie d’approvisionnement en médicaments essentiels au Burundi.

*Tableau II : Mesures prises pour la stratégie d’approvisionnement en médicaments essentiels.*

L’organisation et l’administration du circuit d’approvisionnement et de distribution sur la base des besoins réels, conformément à la population à charge et aux pathologies les plus courantes, ou sur la base de la consommation réelle orientée par des instructions de prescription précises
Le financement du système de gestion (par exemple introduction de fonds de roulement)
La gestion des stocks de médicaments et le ravitaillement des différents services de santé en diminuant les frais directs et indirects de transport et d’approvisionnement
Le contrôle de qualité des médicaments. Cette politique est généralement mise en œuvre, sur le terrain par l’intermédiaire de « pharmacies de district ».

*Source : Ministère de la santé du Burundi.*

Une telle politique s’oppose à l’approvisionnement « libre » en produits pharmaceutiques de marque dont profite l’industrie pharmaceutique, les grossistes et les pharmacies privées, sans garantie de moindre coût, de contrôle de qualité et de gestion transparente des transactions. C’est d’ailleurs pourquoi la mise en application d’une politique de médicaments essentiels se heurte à des résistances considérables (GTZ, 2004). Au Burundi, pour assurer la mise en œuvre de ces mesures sans inconvénients liées notamment aux défaillances éventuelles du système d’approvisionnement et éviter à tout prix les ruptures de stock, le Ministre de la Santé Publique<sup>34</sup> en tant que régulateur a donné des instructions claires qui prennent en compte tous les cas de figure et précisent notamment les modalités de recours pour les pharmacies de district aux grossistes privés agréés pouvant garantir la qualité à un prix concurrentiel. Sous prétexte des principes de libre marché, les formations sanitaires ne doivent pas être incitées à s’approvisionner n’importe où. Cette option est peu compatible avec le SSD.

Les auteurs n’ignorent pas les limites de la centrale d’achat nationale et les ruptures de stocks que cela peut occasionner dans les pharmacies de districts. La lettre circulaire n°630/1359/2009 du 17 juin 2009, précise ce qu’il faut faire en cas de rupture de stock à la Centrale d’Achat. Renforcer la centrale d’achat en lui définissant les indicateurs de performance à évaluer régulièrement dans le cadre du PBF serait une solution envisageable. Cette responsabilité serait attribuée au Ministère de la santé qui s’assurerait de la disponibilité permanente de médicaments traceurs au niveau de la Centrale d’achat.

### *Un système d’information sanitaire orienté vers l’action*

Un système d’information sanitaire qui fonctionne bien assure la production, l’analyse, la dissémination et l’utilisation d’informations fiables et opportune sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire des populations (OMS, 2008). Le FBP devrait capitaliser l’existence du système d’information sanitaire du Burundi, au lieu d’encourager les différents niveaux du système de santé à mettre en place un système parallèle à finalité de collecte de données spécifiques du PBF. Ceci étant le cas au Burundi, les prestataires de soins collectent les données sur des indicateurs rémunérés par le FBP et ces dernières sont vérifiées par les CPVV. Mais cette vérification ne concerne pas les performances non financées et ne donne pas lieu à un feedback vers le système national d’information sanitaire. Ceci représente une occasion perdue de faire contribuer le FBP à l’amélioration du système d’information sanitaire du MSP. Pire, le risque est de détruire le système existant, sans être en mesure de le remplacer valablement.

<sup>34</sup> Par la lettre circulaire N°630/1359/2009, le Ministre de la Santé Publique a donné une instruction permanente le 17 juin 2009 précisant les normes, modalités et règles à respecter concernant la gestion du système de médicament dans les centres de santé, les hôpitaux de districts et les pharmacies de district. L’instruction précise les modalités de recours aux grossistes privés

Les auteurs n'ignorent pas les limites du SIS et de la qualité des données de ce système au Burundi, cependant il serait préférable de renforcer et structurer le SIS national existant plutôt que de créer un autre système spécifique au FBP. Notre recommandation rejoint celle de la mission conjointe de renforcer le système d'information sanitaire en place et d'assurer une bonne coordination afin de garantir la fiabilité des données collectées et d'éviter les doubles emplois (Musango et al, 2010).

*Un financement permettant une équité, garantissant le réapprovisionnement et soutenu par une organisation transparente*

Il est à noter que l'introduction du FBP a contribué à la viabilité financière des structures et des formations sanitaires (FOSA), bien que cette contribution reste insuffisante. Elle ne garantit pas non plus par elle-même la transparence de la gestion. Les figures 3 et 4 illustrent l'amélioration des recettes en millions de francs burundais (BIF) au niveau des bureaux des districts sanitaires (BD) et au niveau des bureaux provinciaux de santé (BPS).

Figure 3 : Recettes des BDS avant le FBP – 2009 et pendant le FBP- 2011, Bujumbura, 2011

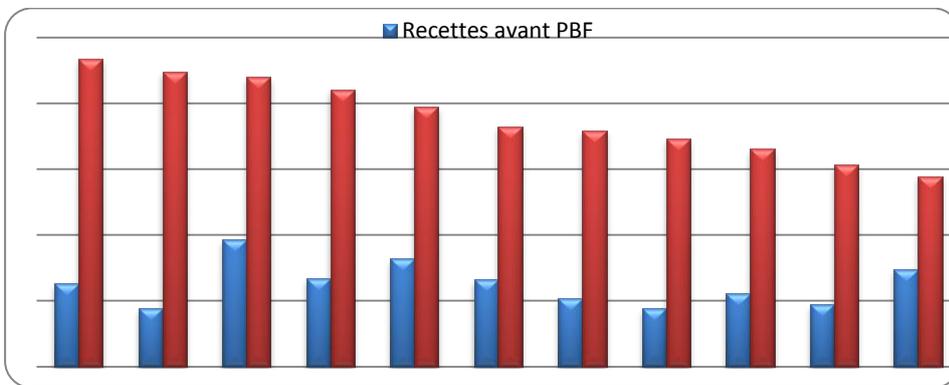
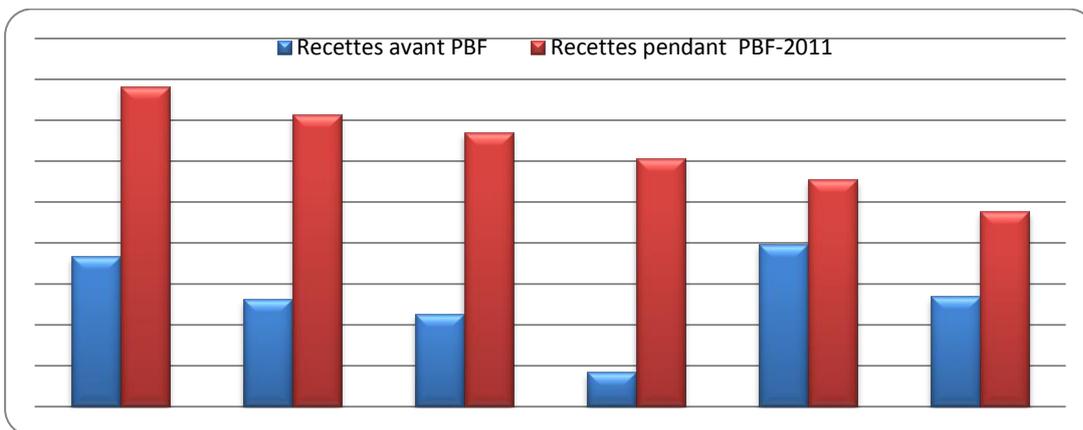


Figure 4 : Recettes des BPS avant PBF - 2009 et pendant PBF-2011, Bujumbura, 2011



Elle a permis que certains FOSA réalisent de petits investissements pouvant permettre la réalisation du PMA ou l'amélioration de la qualité des services en général. La fréquentation des FOSA a aussi augmenté. Mais il est impossible de faire la part des choses entre l'introduction du FBP (janvier 2009), l'introduction de la gratuité des soins aux femmes enceintes et aux enfants âgés de moins de cinq ans (mai 2006), la progressive stabilisation du pays (2006-2007) et l'influence directe ou indirecte du projet en lui-même. Il y a eu certainement la synergie de ces éléments. Cette même synergie joue dans l'obtention de la performance des résultats en général. Le fait de combiner le FBP et la gratuité de soins chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans a permis d'agir sur

la demande. Par ailleurs, il faut noter qu'un bon système de financement permet d'obtenir des fonds en suffisance pour assurer l'accessibilité de la population aux soins et services tout en la protégeant contre les dépenses catastrophiques pour les obtenir (OMS, 2008). Cette voie de financement de la demande devrait être analysée pour pouvoir agir sur les autres catégories de la population non subventionnées par la combinaison FBP—Gratuité en l'occurrence nous pensons aux autres formes de paiement de soins comme les assurances maladies et/ou mutuelles de santé.

## Conclusion

Cette expérience du Burundi qui allie l'introduction du SSD et du PBF est originale. Elle mérite la capitalisation des points forts et la neutralisation des points faibles identifiés lors de la mise en œuvre.

L'expérience offre une opportunité de réussir des réformes qui peuvent se compléter. Mais la fonctionnalité du district sanitaire peut être à tout moment menacée par certaines des modalités d'application du financement basé sur la performance si on n'y prend pas garde. Nous évoquons dans ce cas précis l'ECD qui ne s'occupe que du FBP au détriment des autres activités, le SIS spécifique au FBP, la couverture sanitaire qui n'est pas prise en compte, l'approvisionnement libre en produits pharmaceutiques et le système de référence et contre référence qui n'est pas pris en compte par le FBP.

Dans les premières années de mise en œuvre de toute réforme, le régulateur du système de santé, c'est-à-dire le ministère, doit rester vigilant pour procéder aux ajustements et veiller à éviter tout dérapage, surtout quand il y a plusieurs acteurs. Une évaluation précoce permet de se rendre compte des problèmes de démarrage et de procéder aux corrections.

Les responsables de la mise en œuvre du FBP devraient tenir compte des aspects de santé publique, condition pour une meilleure performance du système de santé. Le FBP est un outil au service du système de santé, en l'occurrence au service de la mise en œuvre du SSD.

Le financement basé sur la performance constitue un outil au service du système de santé et peut renforcer la mise en place d'un système de santé de district (SSD)

L'initiation du financement basé sur la performance (FBP) doit prendre en compte les principes de base des soins de santé primaires pour ne pas aboutir à des effets contreproductifs sur la structuration du système de santé en districts sanitaires.

## Références

Duponchel JL (2004). Quels systèmes de santé ? Bilan des soins de santé primaires. *Médecine Tropicale*, 64 : 533-538.

Eldridge C. and Palmer N (2009). Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health policy and planning*, 24:160-166.

Gauvrit E and Okalla R (2001). « La difficile mise en place des districts sanitaires urbains », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 06 mars 2006, Consulté le 29 octobre 2010. URL : <http://apad.revues.org/186>

Grodos D (2004). Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne : enjeux, pratiques et politiques. 1<sup>ère</sup> ED. Karthala, Paris.

Gruénais ME (2001). « Editorial », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 25 novembre 2005, Consulté le 30 octobre 2010. URL : <http://apad.revues.org/26>

GTZ (2004). Le système de santé de district : Manuel à l'intention des professionnels de la santé publique. 2<sup>ème</sup> éd. Wiesbaden.

- Kalk A., Paul FA., Grabosch E (2010). "Paying for Performance" in Rwanda: does it pay off ? *Tropical Medicine and International Health*; 15(2):182-190.
- Meessen B. (2009). An institutional economic analysis of public health care organizations in low-income countries. PhD dissertation, UCL, Belgium.
- Meessen B. and Van Damme W (2005). Système de santé des pays à faible revenu: vers une révision des configurations institutionnelles ? *Monde en développement*; 33 (131):59-73.
- Meessen B, Musango L, Kashala JP, Lemlin J (2006). Reviewing institutions of rural health centres: the Performance Initiative in Butare, Rwanda. *Tropical Medicine and International Health* 11(8) 1303–1317.
- Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA du Burundi (MSP) (2010). Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi. Bujumbura.
- Monekosso GL (1991). Cadre de développement sanitaire à l'usage des décideurs politique. OMS, Brazzaville.
- Morgan L (2010). Signed, Sealed, Delivered? Evidence from Rwanda on the Impact of Results-based Financing for Health. World Bank. Mise en ligne en avril 2010, consulté le 10 nov.2010.URL : [http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/system/files/RBF\\_FEATURE\\_evidenceFromRwanda.pdf](http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/system/files/RBF_FEATURE_evidenceFromRwanda.pdf)
- Morgan<sup>2</sup> L (2010). Some Days Are Better Than Others: Lessons Learned from Uganda's First results-Based Financing Pilot. World Bank. Mise en ligne en avril 2010, consulté le 10 nov.2010.URL : [http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/system/files/RBF\\_FEATURE\\_Uganda.pdf](http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/system/files/RBF_FEATURE_Uganda.pdf)
- Musango L, De Caluwé P, Soeters R, De Borman, Van Heteren G (2010). Rapport de mission d'évaluation sur le PBF au Burundi. OMS, BM, UE.
- OMS (2008), Rapport sur la santé dans le monde, les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais, Genève.
- OMS (2008), Les soins de Santé Primaires et Systèmes de Santé en Afrique, Brazzaville.
- OMS/FISE (1978). Alma ata 1978. Les soins de santé primaires, série Santé pour tous, n°1, Genève.
- Oxman AD. and Fretheim A (2008). An overview of research on the effects of results-based financing. Report N° 16-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Perrot J., De Roodenbeke E., Musango L., Fritsche G (2010). L'incitation à la performance des prestataires de services de santé. World Health Organisation. Département « Financement de la santé, Groupe « systèmes et services de santé. Discussion paper n°1 Genève.
- Rusa L, Ngirabega JDD, Janssen W. Van Bastelaere S, Porignon D and Vandenbulcken W. (2006). Performance-based financing for better quality of services in Rwanda health centres: 3-year experience. *Tropical Medicine for International Health*; 14:830-837
- Soeters R and Griffiths F (2003). Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy and planning*; 18(1): 74–83
- Soeters R., Habineza C., Peerenboom PB (2006). Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*; 84 (11), 884-889.
- Toonen J., Canavan A., Vergeer P., Elovainio R. (2009). Performance-based financing for health: lessons from sub-Saharan Africa. Royal Tropical Institute, Cordaid and the World Health Organisation. Amsterdam: KIT Publishers.
- Van Lerberghe W., Lafort Y (1990). The role of the hospital in the district. WHO/SHS/CC/90.2. Geneva: World Health Organization.

# La santé communautaire et ses défaillances dans la région de Kayes au Mali

## **Bruno Boidin**

Docteur en économie, Maître de conférences HDR, Université Lille 1, CLERSE

[Bruno.boidin@univ-lille1.fr](mailto:Bruno.boidin@univ-lille1.fr)

## **Emeline Laidet**

Master en ingénierie des projets de coopération, Université Lille 1

## **Rémy Manier**

Master en ingénierie des projets de coopération, Université Lille 1

---

## **Résumé**

Cet article s'intéresse aux avancées et aux défaillances de la santé communautaire au Mali. Le travail se fonde sur une enquête de terrain réalisée auprès des acteurs de la santé communautaire et de ses usagers dans la région de Kayes. Les résultats montrent que, malgré les services rendus par la santé communautaire, celle-ci ne peut constituer un véritable levier de santé que sous certaines conditions tenant en particulier au rôle des acteurs publics en tant que régulateurs et acteurs du rééquilibrage entre des centres de santé aux ressources inégales.

## **Mots-clés**

Santé communautaire, Décentralisation, Financement, Mali

---

## **Introduction**

Le Mali a fait le choix, depuis la fin des années 1980, de développer un système de santé communautaire fondé sur la participation des populations aux structures de santé décentralisées, dans la logique préconisée par l'Initiative de Bamako. Le pays a vu s'accroître considérablement le nombre de centres de santé communautaire (CSCOM) (on en compte 10 en 1993 et 993 en 2009). Le CSCOM, centre de santé sans but lucratif, constitue la base du système de santé pyramidal malien. La gestion des CSCOM est assurée par des usagers regroupés en association de santé communautaire (ASACO) (Balique et *al*, 2001). Le personnel des CSCOM est recruté selon des statuts divers à chaque niveau de compétences (aide-soignant, matrone, infirmier, technicien supérieur de santé, médecin...) : ces statuts peuvent relever de la fonction publique (dans le cas des personnels que la commune met à la disposition des ASACO), du fonds Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) ou encore de l'ASACO elle-même. Dans le premier cas les personnels disposent du statut de fonctionnaires et entrent dans une grille de salaire préétablie, dans le deuxième et le troisième cas ils sont contractuels.

Depuis le Décret du 4 juin 2002, un certain nombre de compétences qui étaient du ressort de l'Etat doivent être assurées par les communes. Cependant le développement des centres de santé communautaire ne signifie pas, en principe, un moindre rôle de l'Etat. Tout d'abord celui-ci doit jouer un rôle de soutien financier. Ensuite, l'Etat pose les règles de création et de contrôle des CSCOM. L'ASACO est reconnue si elle signe une convention avec l'Etat. Celle-ci lui permet d'être exemptée de tout paiement de taxes, d'obtenir des subventions et de bénéficier de formations.

Cet article s'intéresse aux avancées et aux défaillances de la santé communautaire à partir d'une enquête de terrain réalisée auprès des acteurs de la santé et des usagers dans la région de Kayes. Fassin et Fassin (1989) ainsi que Balique (2001) avaient en effet soulevé la question des limites de la santé communautaire dans un contexte d'Etat affaibli. Nous reprenons cette question et montrons que, malgré les services rendus par la santé communautaire, celle-ci ne peut constituer un véritable levier de santé que sous certaines conditions tenant en particulier au rôle des acteurs publics en tant que régulateurs et acteurs du rééquilibrage entre des centres de santé aux ressources inégales.

### **Méthodologie de l'enquête**

Cette enquête a été menée dans le cadre d'une coopération avec l'Association de Coordination d'Actions Utiles aux Pays en Développement visant à évaluer les difficultés et les voies d'amélioration du fonctionnement des centres de santé communautaire dans la région de Kayes. En dehors de la revue de littérature et de la revue documentaire, l'étude des CSCOM de la région de Kayes s'appuie sur une enquête qualitative conduite du 11 mai au 19 août 2010 sur le site de 16 centres de santé. Cette enquête a été menée auprès de 120 personnes représentant les quatre catégories d'acteurs suivants : membres du personnel soignant des CSCOM (48 personnes interviewées) ; membres des ASACO (35 personnes interviewées) ; représentants des communes (18 personnes interviewées) ; patients (19 personnes interviewées).

L'enquête combine deux volets. Un premier volet porte sur le recueil auprès de chaque centre des données chiffrées disponibles tant sur les patients que sur l'offre de santé (nombre d'habitants, nombre de villages de l'aire de santé, type de soins dispensés, accessibilité géographique, prix des prestations, effectif par catégorie de personnel, salaire mensuel, accès à l'eau et l'électricité etc.). Un second volet, fondé sur des entretiens semi directifs auprès de 120 personnes, avait pour objectif d'aborder auprès de chaque catégorie d'acteur les cinq domaines suivants :

- La présentation du centre de santé dans sa globalité (histoire, caractéristiques de son aire de santé, etc.).
- L'accessibilité géographique et financière et les éventuels obstacles.
- Le fonctionnement du centre de santé : personnel, prise en charge des patients, activités menées et organisation de la référence. La finalité était de comprendre le fonctionnement global du centre de santé et d'identifier les difficultés rencontrées et les moyens mis en œuvre pour les contourner.
- L'organisation interne, la gestion et les relations avec les communes.
- Les relations avec d'autres acteurs (prestataires de soins, associations, coopératives, mutuelles).

La méthode d'enquête comporte des limites méthodologiques, en particulier parce que, malgré la diversité et le nombre des acteurs interrogés, l'étude ne recouvre pas l'ensemble des personnes susceptibles d'apporter un éclairage sur le fonctionnement et les difficultés des centres de santé. En outre, l'enquête est focalisée sur la région de Kayes et ne préjuge pas des résultats dans d'autres régions du Mali. Néanmoins, plusieurs caractéristiques de cette enquête permettent de tirer des enseignements plus larges. D'abord, nous avons cherché à recouvrir les différentes catégories significatives des acteurs de terrain présents dans l'administration des CSCOM ou en relation avec ceux-ci. Ensuite, notre enquête est complétée par une étude documentaire préalable.

### **Résultats : les déficiences des CSCOM<sup>35</sup>**

L'enquête a permis de mettre en évidence trois groupes de déficiences : celles portant sur le financement et la gestion ; celles tenant à l'appropriation du fonctionnement des ASACO par les bénéficiaires et à la participation de ces derniers à leur gestion ; enfin celles plus générales de la décentralisation administrative et sanitaire conduite au Mali. Les résultats qui suivent sont consacrés à la première forme de difficulté (financement et gestion) et à la troisième forme (décentralisation).

<sup>35</sup> La grille d'entretien et les résultats ne sont pas présentés dans le détail ici pour des raisons de normes éditoriales.

## Difficultés de financement et de gestion

Trois difficultés ont pu être identifiées comme pouvant expliquer les déficiences en termes de ressources financières et de gestion. Elles ont toutes trait à la gestion au sens large : gestion et motivation des ressources humaines, levée et pérennisation des ressources financières ou encore capacités de gestion comptable du budget.

### a) Gestion et motivation des ressources humaines et des agents bénévoles

#### - Statut et la rémunération du personnel des centres de santé

L'absence de contrat de travail et de cotisation à la caisse de retraite est une des difficultés rencontrées par le personnel soignant. Les employés sans contrat sont particulièrement nombreux dans le cercle de Diéma. Les employeurs concernés sont l'ASACO et la commune. En 2009, selon la Direction régionale du développement social, les ASACO de la région de Kayes employaient 747 personnes ; seulement 260 étaient inscrites à l'Institut National de Prévoyance Sociale (chargé des caisses de vieillesse et de maladie), soit un peu moins de 35 %. Malgré les plaintes des salariés la situation reste souvent bloquée pour diverses raisons : le salaire mensuel est trop faible pour pouvoir être déclaré à l'Institut National de Prévoyance Sociale et l'employeur ne souhaite pas augmenter les salaires ; selon les employés interrogés, l'absence volontaire de contrat de la part de la mairie ou de l'ASACO permet de garder une certaine mainmise sur les employés ; la commune ou l'ASACO ne veut ou ne peut pas payer les cotisations dues à l'INPS ; les employeurs, membres de la communauté et cultivateurs dans leur grande majorité, sont dans une logique d'informalité.

Des écarts conséquents de salaire existent entre les CSCOM mais aussi par rapport à la convention collective qui n'est pas toujours respectée. Le salaire moyen mensuel des gérants dans les CSCOM étudiés est de 41 000 FCFA ; 19 000 FCFA de moins que le montant indiqué dans la convention. Le salaire le plus bas est de 15 000 FCFA alors que le plus élevé est de 69 000 FCFA. Parmi les chefs de poste médical, les disparités en matière de rémunération sont importantes. Le montant versé ne correspond pas toujours au niveau de diplôme : un infirmier peut toucher un salaire plus élevé qu'un médecin. Le salaire dépend, d'une part, du statut du personnel (des différences notables peuvent apparaître entre fonctionnaires et contractuels, y compris en termes d'évolution), d'autre part, d'une négociation directe entre le salarié et l'ASACO. En outre ce salaire peut être complété par des primes, également négociées au cas par cas entre le salarié et l'ASACO en fonction de critères de bon fonctionnement du centre ou encore de la réputation du chef de poste médical.

Les arriérés de salaires constituent un deuxième problème majeur. Les difficultés de paiement sont liées à l'ASACO ou à la commune. Les responsabilités des acteurs concernés ne sont pas clairement établies, rendant tout recours incertain :

La commune rencontre de grandes difficultés à collecter l'argent des impôts.

Les ASACO lient généralement le versement des salaires aux résultats du centre.

Des détournements d'argent de la part de l'ASACO ou de la commune ont été signalés dans certains centres, sans qu'il s'agisse toujours des équipes actuelles.

L'absence d'agents qualifiés pour chaque tâche pousse le personnel à dépasser sa compétence première : l'injection fait de l'aide-soignant un infirmier tandis que la prescription élève l'infirmier au rang de médecin. Cette adaptation aux contraintes semble nécessaire car elle permet aux agents d'assurer les services de santé indispensables à la population. Elle se caractérise pourtant par « l'abandon partiel de la fonction principale de l'agent » comme l'avaient déjà constaté Konate et al. (2003).

*- Difficile mobilisation des agents de relais communautaires*

Les relais communautaires bénévoles ont été érigés comme des acteurs clefs dans les politiques de santé communautaires en Afrique, en particulier sous l'égide de l'UNICEF. En général désignés par les notables du village, les relais doivent participer activement à la stratégie dite de Communication pour un changement de comportement (CCC).

Dans la région étudiée, les agents de santé communautaires constituaient un élément important des politiques de santé dans un contexte où les plans d'ajustement structurel et le marasme économique ont réduit la place de l'Etat dans les politiques sociales. Pourtant, le succès de tels programmes est inégal selon les pays et les périodes. Au Bénin (Boidin, Savina, 1996), la décentralisation du système de santé sous ajustement structurel avait buté sur la difficulté de mobiliser les ressources humaines en milieu rural. Les contraintes économiques des personnels de santé semblaient incompatibles avec l'idée d'activités bénévoles fussent-elles compensées par des dons en nature et une reconnaissance sociale. Au Sénégal, plus récemment, la lutte contre le paludisme a connu des avancées importantes avec la prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM) appuyée en partie sur l'engagement des communautés et en particulier le rôle du dispensateur de soins à domicile (DSDOM), agent bénévole choisi par le village et ayant reçu des indemnités au moment de la formation. Au Mali, notre enquête fait apparaître qu'après une première période de mobilisation, la place des agents de santé communautaire se retrouve limitée voire compromise. La fonction de relais se heurte à la difficulté pour les personnes concernées de consacrer le temps nécessaire à cette activité compte tenu des arbitrages économiques nécessaires. Dans toutes les aires de santé étudiées, les personnels de santé estiment en effet que les relais de santé n'effectuent pas leurs missions. Outre la difficulté à mobiliser des personnes en l'absence de rémunération, le non renouvellement des agents bénévoles remet sérieusement en cause la pérennité du dispositif. Enfin, les relais se heurtent à des difficultés liées à l'illettrisme qui rend impossible de référer des malades au centre de santé ou de recenser et répertorier les naissances.

**b) Levée et pérennisation des ressources financières**

*- Difficulté de recouvrement des caisses de solidarité*

Selon la logique pyramidale qui prévaut, les patients nécessitant un plateau technique plus important que celui disponible au CSCOM doivent se rendre au Centre de santé de référence. L'Etat malien s'est concentré dans un premier temps sur les urgences obstétricales. Dans chaque cercle, une caisse de solidarité a été mise en place afin de pouvoir prendre en charge les frais liés à la référence-évacuation : le carburant, les chauffeurs, les ambulances, l'entretien, les frais de réparation... Cette caisse est alimentée par les ASACO, les Conseils de cercle et les communes ; chaque année, une quote-part est à payer. Dans les CSCOM concernés par l'étude, trois ASACO sur huit ne payent pas leur quote-part ainsi que les trois quarts des communes. La conséquence est que les patientes de trois CSCOM sur cinq ne profitent pas de la gratuité de la référence-évacuation jusqu'au centre de référence; elles doivent avancer au moins la moitié des frais. Dans certains centres, le coût peut s'élever jusqu'à 50 000 FCFA compte tenu de la distance entre le CSCOM et le centre de référence.

Les ASACO ont instauré différentes méthodes pour parvenir à payer les quotes-parts :

- la mise en place d'un système de cotisation dans les villages de l'aire de santé. Chaque année, l'association communautaire reçoit le montant de la quote-part à payer. Elle divise alors ce montant entre les villages de l'aire de santé. Chaque chef de village décide de la méthode à appliquer : un montant forfaitaire pour chaque famille ou une taxe par âme. Une fois la somme rassemblée, les chefs de village versent leur participation à l'ASACO qui a en général avancé une partie des frais grâce à la caisse tarification ;
- la mise en place d'un système de cotisation sur la consultation ; chaque patient du CSCOM paye son ticket de consultation ainsi qu'un supplément ;

- le prélèvement de la somme dans la caisse de tarification, sans cotisation ou taxe particulière.

Parmi ces trois méthodes, seule la deuxième est reconnue comme efficace en termes de recouvrement, mais elle n'est appliquée que dans un seul CSCOM, à Gory Gopéla. Le supplément, indiqué sur chaque ordonnance, n'entraîne pas de réticence de la part de la population de l'aire de santé et permet à l'ASACO de constituer un fonds pour la référence. Le premier système (cotisation annuelle forfaitaire) est défaillant. Le recouvrement est effectif les premières années puis diminue. Les répondants indiquent une réticence importante des ménages liée à la méconnaissance de l'utilisation des sommes recueillies. Le troisième système, par prélèvement dans la caisse des tarifications, reste une méthode simple mais dont l'efficacité est limitée selon les gestionnaires des centres interrogés, compte tenu de la faible fréquentation de certains CSCOM.

Les explications esquissées ici doivent être mises en perspective avec les études sur les causes de non recours aux mutuelles de santé dans les pays pauvres. Defourny et Failon (2011) mettent en évidence plusieurs explications communes aux différents terrains d'étude. La situation de précarité des individus les empêche de se projeter dans l'avenir et de voir l'intérêt des systèmes de cotisation ou de mutuelle ; la préférence pour le présent rend les patients réticents à payer à deux reprises en s'acquittant d'une cotisation et en payant ensuite l'acte, même un tarif plus faible ; les fluctuations et la faiblesse des revenus nécessiteraient une grande souplesse dans le prélèvement et la périodicité des cotisations ; les campagnes de sensibilisation sont insuffisamment développées et adaptées aux populations rurales. Ces différentes pistes d'explication reflètent de façon fidèle les conditions dans lesquelles les caisses de solidarité sont mises en œuvre dans la région de notre enquête. Elles contribuent donc certainement à expliquer les difficultés rencontrées par les ASACO.

Les communes n'assurent pas non plus correctement les paiements destinés à la caisse de solidarité. Elus et fonctionnaires annoncent unanimement que la commune n'a pas de moyens suffisants. Les mairies du cercle de Diéma sont celles qui participent le plus à la caisse de solidarité. Cependant, leur taux de recouvrement ne s'élève qu'à 17% pour l'année 2009. L'impôt est difficile à prélever et les recettes obtenues ne sont pas assez importantes pour payer toutes les charges.

#### *- Difficulté plus générale de financement*

Les textes de lois confient la gestion du CSCOM à l'ASACO. Les recettes de l'association sont souvent exclusivement constituées des fonds récoltés par le centre de santé grâce à la tarification des actes et à la vente des médicaments. Cependant, un appui technique ou matériel est apporté à certains CSCOM. L'Etat et ses partenaires (organisations internationales) fournissent en effet lors de la création du CSCOM la première dotation en médicaments, une motocyclette et un réfrigérateur et certains intrants (les vaccins), des moustiquaires (distribuées gratuitement par le centre aux femmes enceintes et aux enfants vaccinés), des produits nutritifs (farines et huile reçus du Programme Alimentaire Mondial) et éventuellement certains équipements (chaises, lits...).

Les communes, malgré leur manque de moyens, interviennent en finançant dans certains centres les salaires d'une partie du personnel ou encore les factures d'eau et d'électricité. Elles fournissent un appui technique aux ASACO dans le montage de projets de demande de financement.

Malgré ces aides ciblées, les CSCOM comptent principalement sur leurs ressources propres. Certains centres bénéficient en outre de l'apport des migrants, ce qui peut créer des inégalités entre les centres comme nous le verrons plus loin.

#### **c) Mode de gestion ad hoc**

Selon la loi, les CSCOM doivent respecter la séparation entre la caisse de médicaments, constituée des recettes de la vente des médicaments, et la caisse de tarification, dont les recettes résultent du

paiement des actes. Cinq ASACO reconnaissent qu'elles ne parviennent pas à assurer le fonctionnement du centre avec les recettes des tarifications ; elles puisent dans la caisse de médicaments. Le problème est de parvenir à renouveler le stock de produits. Cela est possible si les prélèvements effectués n'excèdent pas le produit de la vente. Dans le cas contraire la valeur du stock se déprécie et l'ASACO doit faire appel à une aide extérieure pour le renouveler.

Il est difficile de juger si les autres centres réalisent bien une séparation entre les deux caisses. Le trésorier garde souvent l'argent à son domicile et les sommes versées sur les comptes bancaires ne coïncident alors pas avec les réserves réelles.

En outre le suivi de la gestion est quasiment inexistant. Aucun budget pour l'année à venir n'est élaboré et le bilan de l'année passée ne présente souvent que la valeur du stock de médicaments et de l'argent détenu en banque. L'ensemble de la gestion est laissé au gérant qui effectue un suivi journalier des recettes (et parfois des dépenses) du centre. Les bilans hebdomadaires et mensuels sont effectués avec le chef de poste médical et le trésorier. Dans les textes, le secrétaire administratif doit normalement détenir les archives comptables tandis que le trésorier est responsable des documents comptables en cours. Ce n'est pas le cas dans les faits ; rares sont les membres d'ASACO qui possèdent des documents de suivi.

### *Décentralisation et déficiences institutionnelles*

#### *Limites de la décentralisation*

Les premières élections communales ont eu lieu en 1999 suite à la mise en place de la décentralisation dans les années 1990. Selon les critères de rassemblement des villages, 500 communes nouvelles étaient prévues ; 700 furent créées. Cet écart s'explique en partie par le caractère flou de certains critères. Toutes les communes visitées ne comptent pas les 20 000 habitants requis dans les critères de regroupement des villages. Une population peu nombreuse et des revenus peu élevés dus à l'activité paysanne font qu'en zone rurale il est difficile de recouvrir l'impôt, recette capitale pour une commune, et de faire face aux nombreuses dépenses. Le salaire du personnel de la commune dépend alors directement de la bonne rentrée d'argent des impôts. Le recouvrement des impôts est difficile et coûteux et les équipes municipales incriminent le désengagement de l'Etat. En 1999, lors du premier mandat, l'Etat a en effet fourni une dotation de 2 millions de FCFA chaque trimestre. Aujourd'hui celle-ci est de 100 000 FCFA par trimestre. Les communes se trouvent ainsi face à un transfert de compétences sans formation et sans soutien financier supplémentaire.

Durant notre enquête, nous nous sommes entretenus avec dix-huit représentants de onze communes différentes dans les cercles de Yélimané, Kayes et Diéma. Dans quasiment toutes les communes, le rôle de la mairie dans le domaine de la santé n'est pas connu. Dans neuf communes où nous avons pu obtenir l'information, seulement trois participent à la quote-part de la référence évacuation. Les ASACO étant en place, les communes ne mettent pas toujours la santé au cœur de leurs priorités. Certains élus indiquent clairement préférer financer des actions visibles comme la construction d'une école plutôt que d'employer une nouvelle matrone ou de payer la quote-part de la référence.

Face aux difficultés et au retard accumulé par rapport aux textes de loi, l'équipe communale de la ville de Kayes a mis en place fin 2009 une commission santé. Celle-ci se compose de onze membres, tous élus et volontaires. Sa mission majeure est dans un premier temps de prendre contact avec les acteurs de la santé (personnel soignant des CSCOM et de l'hôpital, ASACO et services déconcentrés de l'Etat), d'étudier les textes et de préciser son rôle. Cependant, cette commission n'est pas appuyée par les services déconcentrés de l'Etat. Selon la présidente de la commission cette situation

s'expliquerait par le fait que les services techniques craindraient que la commune ne s'accapare les questions de santé.

Les ASACO fonctionnent alors de façon relativement autonome par rapport aux communes et aux services de l'Etat.

### *Une conséquence : la disparité de ressources humaines et techniques*

Sept des seize centres visités sont dirigés par un médecin, huit le sont par un infirmier et un par un aide-soignant. On remarque qu'il n'y a pas de lien avéré entre le nombre de villages concernés par l'aire de santé et la fonction où le statut du chef de poste. Certains CSCOM couvrant un nombre important de villages sont ainsi gérés par un infirmier, d'autres couvrant un nombre plus faible sont dirigés par un médecin. La moitié des CSCOM ont en charge une aire de santé comprenant plus de cinq villages. De même, la population couverte par l'aire de santé ne semble pas être un critère explicatif du statut du chef de centre, même si cette remarque doit être nuancée par le fait que les trois centres couvrant la population la plus importante (Dioumara, Kayes N'Di, Khasso) sont gérés par des médecins (mais certains centres gérés par des infirmiers couvrent une population plus importante que d'autres centres dirigés par des médecins). Si l'on regarde enfin le nombre d'habitants par agent de santé, on constate une très grande disparité entre les centres.

L'accès à l'eau et l'électricité est également disparate. Dix CSCOM sur seize disposent d'un accès à l'électricité. En milieu urbain, les centres sont raccordés au réseau électrique alors que l'installation de panneaux solaires permet aux infrastructures rurales de s'alimenter en énergie. Huit des treize CSCOM ruraux étudiés ne disposent pas d'un accès à l'eau dans l'enceinte du centre de santé.

### *Le rôle des migrants : une aide aux effets ambigus*

Les transferts des migrants constituent une ressource non négligeable pour les centres de santé, compensant en partie les déficiences des financements publics et communautaires. A cet égard la région de Kayes est particulière, compte tenu du nombre important de migrants à l'origine de transferts de fonds. Pourtant le rôle des migrants peut conduire, au-delà de ses effets financiers bénéfiques, à certains déséquilibres entre centres de santé et à une interprétation particulière de la « communauté ». En milieu rural, plus de la moitié des CSCOM ont bénéficié d'un appui de la part des migrants sous la forme de construction ou de réhabilitation des locaux qui accueillent le centre ou de financements divers. Ce sont souvent les migrants qui sont sollicités pour fournir la part d'investissement qui doit être réalisé par la communauté. Dans certains cas ils n'interviennent pas directement mais permettent d'obtenir des financements de la part d'ONG ou de collectivités locales du Nord.

Plus de la moitié des chefs de poste médical interrogés, non originaires de Kayes, nous ont fait part des effets potentiellement négatifs que pouvaient avoir selon eux ces envois d'argent. Les migrants ont quitté leur village depuis des années mais considèrent connaître les priorités de santé. Quand une décision importante doit être prise dans un CSCOM, par exemple l'emploi supplémentaire d'une matrone, certains chefs de poste médical sont obligés de passer par l'ASACO mais aussi par les migrants. En conséquence les populations ne s'impliquent pas dans les ASACO car elles savent pouvoir compter sur les migrants qui répondent aux sollicitations financières.

### **Discussion : les maillons manquants entre les acteurs institutionnels**

Comme l'ont souligné plusieurs auteurs économistes ou politistes, la décentralisation, prônée par les bailleurs de fonds et les acteurs de l'aide au développement, ne semble pas être une panacée dans un contexte d'Etats centraux faibles ou peu démocratiques et d'économies pauvres. Ainsi Cartier-Bresson (2010) reprend les arguments de Platteau (2004) et d'autres travaux (Revue internationale des sciences sociales, 1998) qui indiquent que la décentralisation n'est opérationnelle que dans les

sociétés riches, démocratiques et pacifiées. Bien que démocratique, le Mali est une illustration des difficultés de mise en œuvre de la décentralisation dans un tel contexte. Ce terrain constitue un bon exemple des risques inhérents à l'expérimentation de la décentralisation du système de santé dans un contexte où ni la place de l'Etat ni la décentralisation administrative ne sont suffisamment fortes ou établies. Au total, il nous semble que le terrain étudié met en particulier en exergue trois sources de déficiences de la santé communautaire.

La première source de déficience est la diversité des aires de santé tant sur le plan des ressources financières externes (que révèle bien le rôle important des migrants) que de l'implication des personnels et des populations. Les inégalités peuvent ainsi provenir du niveau local.

La deuxième source de déficience est, toujours au niveau local, la relation ambiguë entre la commune et l'ASACO : la commune devient-elle ou pas l'instance de tutelle de l'association communautaire ? Depuis 2002, les textes établissent qu'en effet une partie du rôle qu'exerçait auparavant l'Etat est dorénavant dévolue aux communes. Le pouvoir central conserve les tâches de supervision et d'élaboration des orientations nationales en matière de santé. Dans les faits, ce transfert n'est pas appliqué. Les élus comme les techniciens communaux, même lorsqu'ils connaissent les textes, ne semblent pas les appliquer sur le terrain.

Cette ambiguïté est en partie liée au décalage temporel entre la décentralisation des compétences de l'Etat auprès des ASACO et la décentralisation vers les communes : la première précède la seconde. Dans une étude datée de 2002 et traitant de la « problématique de la gestion communautaire des structures de santé au niveau opérationnel (CSCOM, CSREF) dans le contexte de la décentralisation », la Direction régionale de la santé soulevait le problème de la difficile collaboration entre ASACO et collectivités. Le rapport mettait en évidence le fait que les textes sont peu connus des acteurs d'où une confusion dans les rôles et responsabilités de chacun.

Enfin, la troisième déficience provient des relations entre acteurs locaux (l'aire de santé, symbolisée par la commune, l'ASACO et la population) et acteurs globaux (Etats, ONG, organisations internationales). Les premiers sont le terrain potentiel d'un grand nombre d'interventions de la part des acteurs globaux. Mais les interventions de ces derniers répondent à des schémas et des motivations variés et ne sont pas homogènes. Ainsi les organisations internationales n'interviennent pas de façon égale dans toutes les aires de santé (comme l'illustre la distribution de farines par le PAM) tout comme les ONG ou l'Etat. La diversité des interventions risque alors de renforcer certaines inégalités d'accès entre les aires de santé. A cet égard l'Etat malien ne joue pas son rôle d'arbitrage et de rééquilibrage territorial. Les Pouvoirs publics sont alors un maillon faible de la décentralisation de la santé. Les déficiences de l'Etat malien, évoquées antérieurement par d'autres auteurs (Fassin et Fassin, 1989, Balique, 2001, Balique et al, 2001), n'ont pas été résorbées et contribuent à limiter l'amélioration du système de santé.

Au total, le découplage entre la promotion de la santé communautaire et la décentralisation administrative des acteurs publics a conduit à des problèmes de coordination et de définition des responsabilités. Le renforcement des collectivités territoriales et le rapprochement des programmes du Ministère de la santé et des Ministères en charge des relations avec les collectivités territoriales semblent alors constituer des conditions d'amélioration du système de santé communautaire.

### **Remerciements**

Nous tenons à adresser nos plus sincères remerciements à Monsieur Jean-Luc Desmarets, président de l'ACAUPED, ainsi qu'à Monsieur Karim Diakité, médecin malien spécialiste en santé publique et coordinateur de l'ACAUPED au Mali, qui a suivi le travail de préparation de l'enquête et nous a été d'un grand secours dans l'organisation de l'enquête et la prise de contact avec nos interlocuteurs.

## Références

- Balique H., Ouattara O. et Ag Iknane A., (2001). Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé publique* 13 (1) : 35-48.
- Balique H. (2001). Le concept de communauté et ses limites : à propos des centres de santé communautaires du Mali. Dans B. Hours, *Systèmes et politiques de santé*. Paris : Karthala, pp. 275-283.
- Boidin B. et Savina M.-D. (1996) Privatisation des services sociaux et redéfinition du rôle de l'Etat : les prestations éducatives et sanitaires au Bénin. *Revue Tiers Monde* 37(148) : 853-874.
- Cartier-Bresson J. (2010). Les mécanismes de construction de l'agenda de la gouvernance. *Mondes en développement* 38(152) : 111-127.
- Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce et Macro International Inc, (2007). *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*. Bamako.
- Defourny J., Failon J. (2011). Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques. *Mondes en développement* 39(153) : 7-26.
- Direction régionale de la santé de Kayes (2002). *Problématique de la gestion communautaire des structures de santé au niveau opérationnel dans le contexte de la décentralisation*. Kayes, Mali, DRS.
- Fassin D. et Fassin E. (1989). La santé publique sans l'Etat ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal. *Revue Tiers Monde* 30(120) : 881-891.
- Konate M.K., Kanté B., Djenepo F. (2003). *Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au Mali*. Genève : Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social.
- Observatoire du développement humain durable et de la lutte contre la pauvreté au Mali (2006). *Profil de pauvreté au Mali en 2001*. Bamako : Ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées, Programme des Nations Unies pour le développement.
- OMS, UNICEF (1978) *Déclaration d'Alma-Ata*. Genève : OMS
- Platteau J.-P. (2004). Community-based development in the Context of Within-group heterogeneity. In : World Bank, *Annual World Bank Conference on Development Economics*. Washington D.C. : World Bank, 241-270.
- Revue internationale des sciences sociales (1998). La gouvernance. Numéro thématique, 50(1).