



HAL
open science

Couverture sanitaire universelle au Sénégal : évaluation d'impact et analyse des politiques de financement de la santé

Fatoumata Mbagnick Faye

► **To cite this version:**

Fatoumata Mbagnick Faye. Couverture sanitaire universelle au Sénégal : évaluation d'impact et analyse des politiques de financement de la santé. Economies et finances. Université Clermont Auvergne; Université Cheikh Anta Diop (Dakar), 2021. Français. NNT : 2021UCFAD019 . tel-03690782

HAL Id: tel-03690782

<https://theses.hal.science/tel-03690782>

Submitted on 8 Jun 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**ÉCOLE DOCTORALE SCIENCES ÉCONOMIQUES,
JURIDIQUES, POLITIQUES ET DE GESTION**
Université Clermont Auvergne



**UNIVERSITÉ
CHEIKH ANTA DIOP
DE DAKAR**

Ecole Doctorale des Sciences Economiques, Juridiques, Politiques et de gestion
Centre d'Etudes et de Recherche sur le Développement International (CERDI)

Université Clermont Auvergne, CNRS, IRD, CERDI, F-63000 Clermont-Ferrand, France
Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Dakar-Fann BP 5005

COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE AU SENEGAL : ÉVALUATION D'IMPACT ET ANALYSE DES POLITIQUES DE FINANCEMENT DE LA SANTE

Thèse présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 2021

Pour l'obtention du titre de Docteur en Sciences Economiques

Par

Fatoumata Mbagnick FAYE

Sous la direction de Martine Audibert et Mbaye Diène

Membres du Jury

Adama Diaw	Professeur, Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal	Rapporteur
Fouzi Mourji	Professeur, FSJES-Aïn Chock, Université Hassan II, Casablanca, Maroc	Rapporteur
Florence Jusot	Professeure, Université Paris Dauphine, Paris	Suffragant
Martine Audibert	Directrice de recherche émérite, CERDI, UCA	Directrice de thèse
Mbaye Diène	FASEG, Professeur Université Cheikh Anta Diop	Directeur de thèse

L'université Clermont Auvergne n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements

Je souhaite exprimer ma sincère reconnaissance à ma codirectrice de thèse Martine Audibert, pour avoir spontanément accepté d'encadrer ce travail de recherche, pour son implication, son soutien, ses encouragements et ses conseils, et enfin pour avoir établi un cadre de travail propice aux discussions et aux échanges d'idées,

Au professeur Mbaye Diène mon codirecteur pour son soutien, ses encouragements et pour avoir rendu possible la cotutelle de thèse avec l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar,

A tous les membres du jury qui ont accepté d'évaluer ce travail de recherche,

Aux directeurs d'hôpitaux, médecins, infirmiers des centres privés et publics de dialyse qui m'ont permis de collecter les données dans leurs structures,

A tous les patients qui ont accepté de participer à mon enquête pour m'avoir accordé un peu de leur temps, malgré la fatigue et la maladie,

Je souhaite reconnaître le soutien, les encouragements et le grand amour de ma famille, mon oncle Babacar, mes tantes Khady et Fatou Banel, ma très chère sœur Rokhayatou Mbagnick, mes frères Thiass, Madior et Faly, mes belles sœurs Koriangbe et Couty, mes amis Fatou, Adama, Dioufy, Meyrline et Ronald.

Maman, Papa merci pour vos prières et votre soutien indéfectible. Merci d'avoir toujours cru en moi et en mes ambitions, de toujours m'encourager dans mes projets, de nous avoir appris qu'il n'y avait aucune limite à tout ce qu'on pouvait accomplir. Je vous dois toutes mes réussites.

A ma nièce Khady Banel et à mon neveu Khaly, en espérant que vous grandissiez dans un Sénégal moins inégalitaire, et où l'accès universel aux soins de santé est une réalité.

Table des matières

TABLE DES MATIERES	4
TABLEAUX	6
FIGURES.....	7
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	8
CHAPITRE I: INTRODUCTION	10
1.1. COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE : INDICATEURS DE MESURE.....	14
1.1.1. <i>Indice de couverture en soins de santé essentiels.....</i>	16
1.1.2. <i>Indice de protection financière.....</i>	17
1.2. FINANCEMENT DE LA CSU	17
1.2.1. <i>Fonctions de financement de la santé.....</i>	18
1.2.2. <i>Taxinomie des mécanismes de financement de la CSU : systèmes non-contributifs vs. Systèmes contributifs.....</i>	19
1.3. CONTEXTE.....	20
1.3.1. <i>Financement de la santé au Sénégal de 1960 à 2010.....</i>	24
1.3.1. <i>Régimes de protection sociale en santé pour le secteur formel : Imputation budgétaire et Instituts de Prévoyances Maladie (IPM)</i>	25
1.3.2. <i>Mutuelles de santé communautaires</i>	26
1.3.3. <i>Les politiques de gratuité des soins.....</i>	29
1.3.4. <i>Structure des dépenses de santé de 2000 à 2009</i>	34
1.4. OBJECTIF GENERAL ET RESUME DES CHAPITRES DE THESE	36
1.4.1. <i>Politiques publiques de santé et inégalités: le programme de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans au Sénégal.....</i>	37
1.4.2. <i>Les principes éthiques du rationnement de la thérapie rénale.....</i>	38
1.4.3. <i>Mutuelles de santé et transferts monétaires conditionnels au Sénégal</i>	39
1.4.4. <i>Analyse quali-quantitative comparée des réformes de financement de la couverture universelle en santé dans 10 pays à revenu faible et intermédiaire</i>	40
CHAPITRE II : POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE ET INEGALITES : LA POLITIQUE DE GRATUITE DES SOINS POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU SENEGAL	41
2.1. INTRODUCTION	42
2.2. DONNEES ET ECHANTILLONS.....	45
2.3. METHODOLOGIE.....	46
2.4. STATISTIQUES DESCRIPTIVES.....	47
2.5. LES DETERMINANTS DE L'ACCES AU PROGRAMME.....	50
2.6. INEGALITES PRO-RICHES OU PRO-PAUVRES ?.....	53
2.7. DISCUSSION ET CONCLUSION.....	56
CHAPITRE III : LES PRINCIPES ETHIQUES DU RATIONNEMENT DE LA THERAPIE DE REMPLACEMENT RENALE	60
3.1. INTRODUCTION	61
3.2. PRINCIPES ETHIQUES DU RATIONNEMENT.....	64
3.3. DONNEES ET ECHANTILLONS.....	66
3.4. METHODOLOGIE.....	67
3.5. STATISTIQUES DESCRIPTIVES.....	68
3.6. RESULTATS.....	70
3.7. PRINCIPES DE JUSTICE SOCIALE.....	73
3.8. DISCUSSION ET CONCLUSION.....	79
CHAPITRE IV : LES MUTUELLES DE SANTE ET LES TRANSFERTS MONETAIRES CONDITIONNELS	82

4.1.	INTRODUCTION	83
4.2.	LE PROGRAMMENATIONAL DE BOURSES DE SECURITE FAMILIALE (PNBSF) ET LES MUTUELLES DE SANTE	87
4.3.	DONNEES ET ECHANTILLONS	90
4.4.	METHODOLOGIE.....	91
4.4.1.	<i>Déterminants de l'enrôlement</i>	91
4.4.2.	<i>Analyse d'impact</i>	92
4.4.3.	<i>Mesure des inégalités : indice de concentration de Wagstaff</i>	97
4.5.	STATISTIQUES DESCRIPTIVES.....	97
4.6.	DETERMINANTS DE L'ENROLEMENT DANS LES MUTUELLES DE SANTE	101
4.7.	IMPACT DES MUTUELLES DE SANTE SUR L'UTILISATION DES SOINS ET SUR LES DEPENSES DE SANTE DES MENAGES 103	
4.7.1.	<i>Vérification de la propriété équilibrante</i>	104
4.7.2.	<i>Effets de traitement</i>	108
4.8.	ANALYSES DE ROBUSTESSE	110
4.8.1.	<i>Analyse de sensibilité</i>	110
4.8.2.	<i>Autres analyses de robustesse</i>	113
4.9.	DISCUSSION ET CONCLUSION.....	114
CHAPITRE V : ANALYSE QUALI-QUANTITATIVE COMPAREE DES REFORMES DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE DANS 10 PAYS A REVENU FAIBLE ET INTERMEDIAIRE.....		118
5.1.	INTRODUCTION	119
5.2.	SOUBASSEMENTS THEORIQUES ET CADRES CONCEPTUELS D'ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES.....	122
5.3.	OBJECTIFS DU CHAPITRE.....	127
5.4.	FONDEMENTS DE L'ANALYSE QUALI-QUANTITATIVE COMPAREE	128
5.4.1.	<i>Concepts clés et terminologie</i>	128
5.4.2.	<i>Analyse de la table de vérité et minimisation booléenne</i>	132
5.5.	METHODOLOGIE.....	133
5.5.1.	<i>Sélection des cas</i>	134
5.5.2.	<i>Identification et calibration de la variable de résultat</i>	135
5.5.3.	<i>Conditions causales et calibration</i>	137
5.6.	RESULTATS.....	145
5.6.1.	<i>Compétition électorale et leadership bureaucratique d'un nouveau genre : le Ghana et le Mexique</i>	149
5.6.2.	<i>Mouvements réformistes et mécanismes de participation : la Thaïlande et le Brésil</i>	156
5.6.3.	<i>La volonté politique dans un contexte d'autocratie: le cas du Rwanda</i>	168
5.6.4.	<i>Cas du Sénégal</i>	171
5.7.	DISCUSSION ET CONCLUSION.....	178
CHAPITRE VI : CONCLUSION GENERALE.....		183
	POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE ET INEGALITES.....	184
	MALADIES NON-TRANSMISSIBLES ET COUVERTURE UNIVERSELLE EN SANTE.....	186
	MUTUELLES DE SANTE ET EQUITE SOCIALE.....	189
	QUELLES PERSPECTIVES POUR LE SENEGAL ?	192
BIBLIOGRAPHIE		196
ANNEXE A3.....		214
ANNEXE A4.....		222
	TABLEAU A41 SUITE STATISTIQUES DESCRIPTIVES	223
	TABLEAU A42 SUITE DETERMINANTS DE L'ENROLEMENT.....	225
	TABLEAU A41 EFFETS MOYENS DU TRAITEMENT	227
	TABLEAU A42 ANALYSE DE SENSIBILITE.....	228
	TABLEAU A43 SMD : MUTUALISTES VS. NON ASSURES.....	229

TABLEAU A44 SMD : MUTUALISTES VS. ASSURE AMO	229
--	-----

Tableaux

Tableau 1 : Statistiques et indicateurs des Objectifs de Développement Durable (ODD)	23
Tableau 2 : Statistiques sur les dépenses de santé entre 2000 et 2009	35
Tableau 3 : Caractéristiques des enfants de 0-5 ans bénéficiaire et non bénéficiaires de la politique de gratuité des soins en 2017 (en %)	49
Tableau 4 : Déterminants de la gratuité des soins (Odd-ratio)	52
Tableau 5 : Indices de concentration	56
Tableau 6 : Indices de concentration parmi les usagers des services de santé par zone de résidence	56
Tableau 7 : L'évolution de la maladie rénale chronique	62
Tableau 8 : Répartition des patients selon les caractéristiques socioéconomiques et selon le type de centre	69
Tableau 9 : Les déterminants de l'enrôlement dans le programme de gratuité	72
Tableau 10 : Effets marginaux selon le niveau de chronicité	76
Tableau 11 : Durée moyenne de la dialyse ou chronicité par centre en années	77
Tableau 12 : Répartition de la population de Dakar et des patients hémodialysés par quintiles de richesse	78
Tableau 13 : Critères et modalités de ciblage	88
Tableau 14 : Répartition des individus selon l'enrôlement dans le PNBSF et dans les mutuelles de santé	89
Tableau 15 : Statistiques descriptives	99
Tableau 16 : Déterminants de l'enrôlement dans les mutuelles de santé	102
Tableau 17 : Effets moyens du traitement	109
Tableau 18 : Effets moyens du traitement: comparaison entre bénéficiaires du BSF et non-bénéficiaires du BSF	110
Tableau 19 : Analyse de sensibilité	112
Tableau 20 : Effets moyens du traitement (2)	113
Tableau 21 : Effets moyens du traitement: comparaison entre bénéficiaires du BSF et non-bénéficiaires du BSF (2)	114
Tableau 22 : Exemple de table de vérité	132
Tableau 23 : Tableau récapitulatif institutions et gouvernance de la CSU	142
Tableau 24 : Cas, conditions explicatives et résultat	144
Tableau 25 : Résultats et conditions causales	148
Tableau 26 : Statistiques sur les dépenses de santé entre 2010 et 2018	177

Figures

Figure 1 : Evolution des dépenses de santé par régimes de financement en % des dépenses de santé courantes entre 2000 et 2009	35
Figure 2 : Courbes de concentration	56
Figure 3 : Représentation graphique de la différence standardisée des moyennes : mutualistes vs. Non-assurés	106
Figure 4 : Représentation graphique de la différence standardisée des moyennes : mutualistes vs. Assurés	107
Figure 5 : Indice de Couverture Santé Universelle par pays	137
Figure 6 : Nuage de points, conditions nécessaires et conditions suffisantes	146
Figure 7 : Dépenses de santé par régime de financement	177

Sigles et abréviations

AMO	Assurance maladie obligatoire
ANACMU	Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle
AQQC	Analyse Quali Quantitative Comparée
BSF	Bourse de Sécurité Familiale
CBPS	Covariate Balancing Propensity Score
CC	Cash and Carry
CEBES	Brazilian Center for Health Studies
CMU	Couverture Maladie Universelle
CSMBS	Civil Servant Benefit Scheme
CSU	Couverture Universelle en santé
DECAM	Décentralisation de l'Assurance Maladie
DOTS	Directly observed treatment, short-course
EDS	Enquête Démographique et Santé
EPS	Etablissement Public de Santé
FNR	Fonds National de Retraite
IB	Imputation Budgétaire
IC	Indice de Concentration
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IPM	Institut de Prévoyance Maladie
IPRES	Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal
IRCT	Insuffisance Rénale Chronique Terminal
ISSSTE	Institut de la sécurité et des services pour les travailleurs de l'Etat
MNT	Maladie Non Transmissible
MRS	Sanitary Reform Movement
MS	Mutuelles de santé
MWS	Medical Welfare Scheme
NCD	National Democratic Congress
NHIL	National Health Insurance Levy
NHIS	National Health Insurance Service
NHSA	National Health Security Act
NHSO	National Health Security Office
NPP	New Patriotic Party
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PGAC	Programme de Gratuité des Accouchements et des Césariennes
PHI	Popular Health Insurance
PNBSF	Programme National de Bourse de Sécurité Familiale
PNDP	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PRD	Parti de la Révolution Démocratique
PSDMS	Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé
RPF	Front Patriotique Rwandais
RSBY	Rashtriya Swasthya Bima Yojana
SHI	Social Health Insurance

SSP	Soins de Santé Primaires
SUS	Sistema Único de Saúde
TRT	Thai Rak Thai
UDAM	Unité Départementale d'Assurance Maladie
UCS	Universal Health Coverage Scheme
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VHCS	Voluntary Health Card Scheme

Chapitre I: Introduction

La théorie du capital humain introduite depuis les années 1960 décrit la santé comme un facteur important de croissance économique, grâce à son impact sur l'espérance de vie, l'éducation ou la formation. Les pays les plus avancés investissent beaucoup plus que les pays à revenu faible dans le capital humain en général et dans la santé en particulier. La pandémie de Covid19 avait donc à juste raison, suscité les prévisions les plus pessimistes quant à l'impact du virus sur les systèmes de santé en Afrique, au vu de la situation dans certains pays riches, où le Covid19 a réussi, contre toute attente a priori, à ébranler les systèmes de santé. Bien qu'ayant jusqu'à présent moins touché l'Afrique sub-Saharienne, grâce à l'âge médian de la population ou à son expérience en matière d'épidémie, les craintes s'orientent désormais vers l'impact qu'aura la pandémie et la pression budgétaire qui s'en est suivie sur les dépenses publiques de santé et sur les priorités du secteur de la santé.

D'après Joseph Stiglitz, le capital humain est « *l'ensemble des compétences et de l'expérience accumulées qui ont pour effet de rendre les salariés plus productifs* ». Le capital humain est donc directement corrélé à l'éducation, la formation professionnelle, et aux autres investissements liés à la productivité individuelle, comme la santé. Plusieurs études ont montré que la santé, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme *un état complet de bien-être physique, morale et sociale, et non juste d'absence de maladie*, a un effet positif sur la croissance : cet effet passe par la productivité, l'espérance de vie, la capacité d'apprentissage, la créativité. Les pays à haut revenu sont dès lors ceux qui consacrent une part plus importante de leurs ressources au secteur de la santé (plus de 10% des dépenses publiques). Gyimah-Brempong et Wilson (2004) s'accordent à dire que les investissements en santé favorisent l'accroissement du revenu par tête, particulièrement dans les pays à faible stock de capital humain en santé. Ils démontrent également qu'à court terme, ces investissements ne se substituent pas au capital physique dans les pays à faible revenu (Barro 1991; Gyimah-Brempong and Wilson 2004; Mankiw et al. 1992; Stiglitz 2007; Van Zon and Muysken 2001; World Health Organization 1946).

Comment les pays devraient-ils alors investir dans la santé de leurs populations ? A la fin des années 1970, la conférence d'Alma Ata promouvait la stratégie des soins de santé primaires (SSP¹) consistant à rendre les soins et activités de prévention, les traitements

¹ « Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne

et médicaments essentiels accessibles aux niveaux local et communautaire. La stratégie des SSP est désignée comme une solution aux inégalités d'accès à la santé, et un moyen de garantir « une vie sociale et économique productive » aux populations. Ainsi, au lieu d'orienter toutes les ressources humaines et matérielles vers les hôpitaux installés dans les grandes villes et fournissant des soins coûteux, axer la politique nationale de santé sur les SSP serait la garantie d'une utilisation plus efficiente et plus équitable des ressources dans les pays les moins avancés encore très ruraux² et où les paiements directs des ménages constituent une part importante des dépenses de santé (Ridde 2004; World Health Organization 2008).

Au début des années 80, deux rapports de la Banque mondiale décrivent une situation alarmante des systèmes de santé dans les pays en développement et proposent un certain nombre de réformes visant à résoudre les problèmes du financement que sont à l'époque l'inefficience, l'insuffisance des ressources et l'iniquité. Les pays sont alors dans un contexte de politiques structurelles et d'accès gratuit aux soins de santé dans les pays africains. Ces rapports estiment que la prise en charge de toutes les dépenses de santé par l'Etat est à l'origine de l'inefficience des ressources et des iniquités. Les solutions proposées par ces rapports sont les suivantes : la fin de la gratuité des soins pour tous et l'institution des frais aux usagers, l'implantation d'une couverture assurantielle contre le risque maladie, la décentralisation des services de santé et le renforcement des capacités du secteur privé. A terme, ces réformes devaient permettre un financement durable des systèmes de santé, l'efficacité des services fournis aux usagers et un accès équitable aux soins (Akin et al. 1987; De Ferranti 1983).

La volonté de rendre l'accès aux soins universel en Afrique par l'intermédiaire des SSP est donc quelque peu remise en question par l'environnement économique défavorable des années 80, à l'origine de l'Initiative de Bamako (IB), qui implique la participation active des communautés au financement et la gestion de l'approvisionnement en médicaments et autres produits essentiels. Cette nouvelle politique rompt avec la situation postindépendance, marquée par l'accès aux soins gratuits ou subventionnés. L'initiative de Bamako, probablement inspirée par les rapports susmentionnés d'après Ridde (2004)

de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations ».

² Le taux de ruralité quoiqu'en baisse depuis les années 1960 est estimé à 65% dans les pays les moins avancés (classement de l'ONU).

est donc adoptée en 1987 par les pays africains toujours dans l'optique de renforcer les soins de santé primaires, particulièrement pour les femmes et les enfants. Les frais d'utilisation des services de santé seront introduits après la tenue de cette conférence, avec pour objectif principal l'accès pour tous y compris les indigents, à des soins de qualité. Toutes ces réformes prévoient en effet des mesures en faveur des plus pauvres à travers des exemptions ou des subventions, tout en faisant des ménages l'une des principales sources de financement. (Organisation Mondiale de la Santé 1999; Ridde 2004)

La fin des années 80 est aussi marquée par l'émergence des premiers mécanismes assurantiels d'initiative communautaire qu'on surnomme *mutuelles de santé* pour faire face à l'introduction des frais d'utilisation des services de santé. Plusieurs autres facteurs vont favoriser la formation des premières mutuelles de santé communautaires en Afrique: le développement des mécanismes participatifs, l'expansion de l'offre de soins du secteur privé, le désir des populations d'avoir des soins de bonne qualité, même plus coûteux, la création progressive des mécanismes de solidarité intracommunautaires favorisés par le contexte économique difficile (Atim 1998).

L'Initiative de Bamako et l'introduction des frais d'utilisation ont, dans quelques pays, eu des impacts positifs sur l'accès aux soins préventifs et curatifs, pour les plus pauvres et pour l'ensemble de la population grâce à l'amélioration de la qualité des services (Audibert and Mathonnat 2000; Litvack and Bodart 1993; Soucat et al. 1997). Ces effets positifs sont néanmoins occultés par des effets adverses, beaucoup plus documentés par la littérature sur le recouvrement des coûts. On parle notamment de la baisse de la fréquentation des structures de soins, de l'ineffectivité des exemptions prévues pour les populations les plus vulnérables et de l'augmentation des inégalités d'accès (Blas and Limbambala 2001; Fabricant et al. 1999; Laterveer et al. 2004; Mbugua et al. 1995; Meuwissen 2002; Nyonator and Kutzin 1999). Un débat s'est donc installé au fil des années sur la pertinence de l'introduction des frais d'utilisation dans un tel contexte. Pour certains auteurs, l'IB ainsi que les effets positifs envisagés par les rapports d'Akin et de Ferranti sont loin de la réalité observée sur le terrain: les frais d'utilisation ont réduit la fréquentation des structures de santé, notamment des plus pauvres, confrontés alors aux dépenses catastrophiques. Le recouvrement des coûts a de plus en plus été critiqué par des experts internationaux comme Yates qui qualifient les frais d'utilisation

d'« inefficaces, inefficients et inéquitables ». Désormais, les acteurs sont largement en faveur de l'élimination des frais d'utilisation au point de service (Ridde 2015; Robert and Ridde 2013; Yates 2009).

Ces effets adverses sont à l'origine d'une (nouvelle ?) idée, promue par des organisations non gouvernementales et celles qui ont sponsorisé l'IB des années plus tôt : recourir aux politiques d'exemptions de paiement des soins. Progressivement, ces politiques axées sur la demande se diffusent en Afrique subsaharienne. On assiste au même moment à l'avènement des programmes verticaux, qui à leur manière détournent les ressources financières des objectifs de renforcement des systèmes de santé fixés à Alma A ta, au profit d'autres cibles prioritaires (VIH/Sida, tuberculose, paludisme).

Le rapport sur la santé dans le monde de 2008 a remis les SSP au centre des priorités, pour un renforcement des systèmes de santé restés inadaptés aux besoins des populations dans les pays en développement. Et quarante années après Alma-Ata, les SSP sont plus que jamais d'actualité, en témoigne la conférence d'Astana qui s'est tenue à au Kazakhstan en 2018, une occasion pour les états de reconnaître à nouveau l'importance des SSP dans l'atteinte des objectifs de santé mondiale. Entre temps, « *la santé pour tous* » prônée en 1978 est devenue la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : « *Nous sommes convaincus que le renforcement des soins de santé primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle [...] et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé* » (World Health Organization & the United Nations Children's Fund 2018; World Health Organization 2008).

1.1. Couverture Sanitaire Universelle : indicateurs de mesure

La CSU garantit pour tous les individus qui en ont besoin un accès équitable aux services de santé de qualité sans que cela n'entraîne des difficultés financières. Ces services de santé vont des soins curatifs, aux soins palliatifs en passant par les soins préventifs, les soins de réhabilitation et la promotion de la santé. Le concept tire ses origines de la constitution de 1948 de l'OMS et de la déclaration d'Alma Alta de 1978. Les Etats-

membres de l’OMS se sont engagés en 2005 lors de la 58^{ème} assemblée mondiale de la santé à mettre en place des systèmes de financement à même d’améliorer l’accès de leurs populations aux soins de santé sans risque de dépenses catastrophiques. La CSU a été reconnue par l’ancienne directrice générale de l’OMS, Margaret Chan, comme « *le concept le plus puissant que la santé publique a à offrir* » (Chisholm et al. 2010; Marten 2014; World Health Organization 2005).

La CSU comprend trois dimensions comme illustré par le cube de la CSU : les populations, les services et les coûts. A chacune de ces dimensions, sont assignés des objectifs dont la réalisation simultanée détermine si oui ou non un pays a atteint la couverture universelle. La première dimension est relative à la couverture de la population en soins et services de santé et à la proportion de la population qui n’encourt pas de dépenses catastrophiques. La couverture en services est déterminée par la capacité à assurer que chaque individu qui en a besoin dispose de soins de qualité. La dimension coûts, elle est mesurée par la part des coûts supportés par les populations au point de service. En d’autres termes, sur la voie vers la CSU, un pays doit simultanément augmenter le nombre de personnes couvertes en services et soins de santé de qualité, enrichir l’offre du panier de soins et atténuer la participation des usagers aux coûts des soins en tenant compte de leur capacité à payer. Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire de renforcer les systèmes de santé, d’assurer la disponibilité des soins, des technologies, du personnel qualifié, de rendre les soins financièrement abordables (Kutzin 2013; Organisation Mondiale de la Santé 2020).

Joseph Kutzin rappelle ainsi que la CSU n’est pas une chose à implanter, mais plutôt un ensemble d’objectifs à atteindre (Kutzin 2021; World Health Organization 2021a). Toutes les conditions à remplir pour atteindre la CSU font des pays à revenu faible et intermédiaire³ les pays qui ont le plus gros potentiel de « rattrapage » au vu des progrès qu’il y reste à réaliser. A la lumière des ODD, notamment en sa cible 3.8⁴, deux sous-ensembles d’indicateurs à considérer simultanément permettent de mesurer les progrès

³ Les pays à faible revenu sont définis comme ceux dont le RNB par habitant est de 1 045 \$ ou moins en 2020 (Mali, Rwanda, Burkina Faso, Guinée, Guinée Bissau, Ethiopie...) ; les pays à revenu intermédiaire tranche inférieure sont les pays avec un RNB par habitant entre 1 046 \$ et 4 095\$ (Sénégal, Mauritanie, Ghana, Cote d’Ivoire, Inde, Kenya...) ; les pays à revenu intermédiaire tranche supérieure sont les pays avec un RNB par habitant entre 4 096\$ et 12695 \$ (Thaïlande, Turquie, Brésil, Mexique, Chine, Afrique du Sud...)

⁴ Faire en sorte que chacun bénéficie d’une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d’un coût abordable.

vers la CSU pour chaque pays: le niveau de couverture en services de santé essentiels (indicateur 3.8.1), et la protection financière (indicateur 3.8.2) (UHC2030 2018).

L’OMS publiait pour la première fois en 2017 un rapport sur les progrès de 183 pays eu égard aux deux dimensions de mesure de la CSU (World Health Organization 2017). En 2019, les Etats-membres des Nations unies réaffirmaient leur engagement à atteindre la CSU à l’horizon 2030, comme part intégrante des ODD, tout en reconnaissant que les « *actions, investissements et progrès jusqu’alors réalisés restaient insuffisants* » (“Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world” 2019).

1.1.1. Indice de couverture en soins de santé essentiels

L’indice de couverture est défini comme « *la couverture moyenne des services essentiels telle que déterminée par les **interventions de référence** concernant notamment la santé procréative, ainsi que la santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant ; les maladies infectieuses ; les maladies non transmissibles ; la capacité des services et l’accès pour l’ensemble de la population, dont la plus défavorisée* ». L’OMS définit les services de santé essentiels comme des services que tous les pays, indépendamment de leur profil démographique, épidémiologique ou économique, sont censés fournir. La construction de cet indice s’appuie sur des principes directeurs pris par les Etats-membres de l’organisation et suivant la disponibilité de leurs données. Seize indicateurs de référence (ou substitutifs en cas d’indisponibilité des indicateurs de référence) participent à la construction de cet indice. On peut citer entre autres le pourcentage de demande satisfaite pour une méthode moderne de contraception chez les femmes en couple, la couverture thérapeutique effective contre la tuberculose, la prévalence de la tension artérielle normale, le nombre de lits d’hôpitaux par habitant. L’indice est construit en calculant la moyenne géométrique des indicateurs de référence exprimés en pourcentage ; il varie de 0 à 100. Les données les plus récentes recueillies entre 2000 et 2015 ont permis d’évaluer cet indicateur pour 183 pays. En 2017, la couverture en soins essentiels est plus élevée en Europe, Amérique du Nord et en Asie de l’Est (77 dans les trois zones) et est plus faible en Asie du Sud (53) et en Afrique subsaharienne (42). (World Health Organization 2017).

1.1.2. Indice de protection financière

La protection financière est définie relativement aux dépenses catastrophiques. L'indicateur 3.8.2 des ODD stipule que les dépenses de santé sont dites catastrophiques dès lors qu'elles dépassent les seuils de 10% (ou 25%) du revenu ou de la consommation totale. On admet les deux seuils. Il existe d'autres méthodes pour évaluer la protection financière. Ainsi, la référence peut être le revenu ou la consommation nette des dépenses de subsistance du ménage. Une autre méthode consiste à se servir de seuil de pauvreté. On parle alors des dépenses de santé appauvrissantes qui surviennent « *lorsque la consommation d'un ménage est supérieure au seuil de pauvreté, dépenses en santé directes comprises, mais qu'à l'exclusion de celles-ci, elle est inférieure au seuil de pauvreté* ». Comme pour l'indicateur 3.8.2, on définit deux seuils de pauvreté : le seuil de pauvreté international qui est de 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011, le seuil de pauvreté international de 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011. La proportion de la population confrontée aux dépenses catastrophiques n'a cessé d'augmenter dans le monde entre 2000 et 2015 passant de 9,4 à 12,7% ou 1,7% à 2,9% pour les ménages ayant consacré plus de 10% ou 25% de leurs revenus aux dépenses de santé (World Health Organization 2017, 2019a).

1.2. Financement de la CSU

Le financement de la santé est une des fonctions d'un système de santé, avec la gouvernance, la prestation des soins, et la génération de ressources. Le financement influence directement la protection financière des individus, mais également la qualité des soins et le recours aux services de santé conformément aux besoins. Quand on parle de financement de la CSU, on fait référence aux réformes ou mécanismes qui permettent d'atteindre ces objectifs. C'est la manière dont les ressources financières sont mobilisées, mises en commun et utilisées pour acheter des soins et services de santé (Kutzin 2013).

Quel est le meilleur mécanisme de financement ? Les experts se retiennent de donner « la bonne recette », si tant est qu'elle existe, tant les pays diffèrent dans leur manière de

faire, chaque pays a sa propre voie et progresse à son propre rythme. La CSU est un processus de long terme, fortement dépendant des contextes politiques, économiques et des agendas nationaux et internationaux. Le financement de la CSU et de la santé en général se décline en trois fonctions que sont la mobilisation des ressources, la mise en commun des ressources et l'achat des services. De plus en plus et dans le cadre de la CSU, on y ajoute une autre fonction en rapport direct avec la mise en commun et l'achat stratégique : la constitution du panier de soins et le rationnement (World Health Organization 2019b).

1.2.1. Fonctions de financement de la santé

La mobilisation des ressources On distingue trois types de revenus : les revenus publics qui proviennent des impôts, des taxes et des prélèvements obligatoires, les revenus privés constitués des dépenses des ménages et des prépaiements volontaires, les revenus extérieurs provenant des donateurs, investissements directs étrangers, etc. En somme, les sources de financement peuvent être regroupées en deux composantes : les sources obligatoires et les sources volontaires. Les premières restent les sources de revenus les plus fiables pour atteindre la CSU, toutes les formes d'assurance basées sur le volontariat ayant démontré leurs limites, spécialement dans les pays en développement. Historiquement, les sources obligatoires sont couplées aux salaires, à travers des prélèvements obligatoires, ce qui exclut beaucoup d'individus d'une protection sociale en santé, d'où l'importance des recettes fiscales et de la priorisation du secteur de la santé dans le budget général (World Health Organization 2019b).

La mise en commun des ressources Elle consiste en l'accumulation des revenus tels que les prépaiements, les contributions obligatoires et les taxes et permet de redistribuer les risques et les ressources de sorte que les individus qui en ont besoin, puissent recourir aux soins de qualité indépendamment de leurs contributions. Le plus grand défi de la mise en commun des ressources financières est la fragmentation du système de financement qui est un frein à la redistribution. La fragmentation passe par la multiplication de régimes de financement couvrant des populations différentes, l'incapacité de redistribuer les revenus d'une entité territoriale à une autre dans le cadre d'un système décentralisé ou la multiplication des programmes verticaux qui drainent différents fonds pour différentes

conditions (c'est le cas des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose ou le paludisme)(World Health Organization 2019b).

La constitution du panier de soins et le rationnement Elle comprend à la fois les soins et services couverts et l'ensemble des processus de décisions qui régissent leur inclusion ou leur exclusion, ainsi que les conditions pour en bénéficier. Le rationnement découle du fait qu'aucun système de santé ne peut fournir tous les services à tous les individus. Chaque pays, en fonction des ressources accumulées organise un rationnement explicite (copaiement, liste d'attente officielle, ou liste noire de services) ou un rationnement implicite (indisponibilité des services, refus d'octroi de soins, paiements officieux) (World Health Organization 2019b).

L'achat des services Il est souvent assuré par les ministères de la santé, les organismes d'assurance, des autorités locales et de plus en plus par des institutions autonomes mises en place à cet effet. Les revenus accumulés vont permettre d'acheter des prestations de soins auprès des prestataires. On parle de plus en plus d'achat stratégique (qui s'oppose à l'achat passif) pour désigner une forme d'achat qui repose sur l'information et les connaissances telles que les besoins en santé des populations, les performances des prestataires de soins, les prix, la qualité des soins. L'achat stratégique garantit l'efficience des dépenses. Il existe plusieurs méthodes de paiement, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients : la rémunération à l'acte, la capitation ou rémunération forfaitaire, le paiement à la performance, le paiement par cas (basé sur les groupes homogènes fonctionnels « DRG » en anglais), les allocations budgétaires...(World Health Organization 2019b).

1.2.2. Taxinomie des mécanismes de financement de la CSU : systèmes non-contributifs vs. Systèmes contributifs

Il existe plusieurs mécanismes de financement de la CSU, mais en toute circonstance, ces arrangements doivent permettre d'atteindre des objectifs intermédiaires de la couverture universelle que sont une redistribution équitable des ressources, une utilisation plus efficiente et un système plus transparent et plus redevable. Au vu de la structure de l'emploi dans les pays à revenu faible et intermédiaire, caractérisé par un fort niveau d'informalité, les réformes du financement de la CSU appartiennent à deux grands

groupes selon la taxinomie de Kutzin *et al.* (2016) : les systèmes non-contributifs et les systèmes contributifs. Les pays qui choisissent de mettre en place des réformes uniquement basées sur les systèmes contributifs comme l'assurance maladie sociale couplée au salariat offre une couverture santé au secteur formel, tandis que le secteur informel doit recourir à un système d'assurance volontaire, subventionnée ou non pour les non-pauvres et totalement ou partiellement prise en charge pour les plus vulnérables. On pense par exemple aux mutuelles de santé répandues dans les pays en développement. Les systèmes non-contributifs peuvent être des systèmes publics offrant un accès universel aux soins, ou un accès aux personnes en dehors de la protection sociale en santé. Ils peuvent aussi s'agir de programmes offrant un certain nombre de soins et services de santé à une population spécifique ou alors d'un accès universel à des soins et services de santé spécifiques. Le système beveridgien est un système universel, plus répandu dans les pays développés, tandis que les politiques de gratuité et les politiques d'exemption sont répandus en Afrique subsaharienne, notamment au Sénégal. (Kutzin 2013; Kutzin et al. 2016)

1.3. Contexte

Le Sénégal est un pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) selon le classement de la banque mondiale. C'est un pays d'une superficie de 196712 Km² situé en Afrique de l'Ouest. Il est limité par l'Océan Atlantique à l'Ouest, à l'Est par le Mali, au Nord par la Mauritanie et au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. Le Sénégal compte environ 17 millions d'habitants, soit une densité de 88 habitants au km². Le pays compte 14 régions administratives et sa capitale Dakar d'une superficie de 550 km² concentre près d'un quart de la population totale. Environ 43% de la population a moins de 15 ans et 2% a plus de 60 ans. L'espérance de vie à la naissance est de 68,6 ans (70,1 pour les femmes et 66,8 pour les hommes). Avec un indice de développement humain de 0,512 en 2019, le Sénégal est classé 205^{ème} sur 228 pays et 46,7 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Le tableau 1 dresse quelques indicateurs économiques et sanitaires du pays (Population Data 2021; The World Bank 2021a; World Health Organization 2021b, 2021c).

État de santé

Des progrès importants ont été faits dans la santé maternelle, néonatale, infantile, et infanto-juvénile même si de nombreux défis restent encore à relever. En 2019, la mortalité infantile (moins d'un an) est de 37,1 pour mille naissances vivantes, la mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 49 pour mille naissances vivantes (contre respectivement 70,3 et 135,6 en 1990). Quant à la mortalité maternelle, elle est en baisse constante depuis 2000, passant de 553 décès pour 100.000 naissances vivantes contre 315 en 2017 ; elle reste cependant élevée, notamment en milieu rural. Les affections néonatales, les infections respiratoires aiguës, le paludisme, les maladies diarrhéiques ou encore la tuberculose sont les principales causes de décès. Même si on observe un recul de certaines maladies transmissibles comme le VIH/Sida, ou la méningite, ces dix dernières années ont été marquées par l'émergence des maladies non transmissibles comme le diabète, la maladie rénale chronique qui sont maintenant parmi les 10 premières causes de décès et coïncide avec la montée des facteurs de risque comme l'hypertension artérielle ou l'obésité. Inversement, l'indice de couverture en soins et services essentiels a peu évolué en 30 ans, passant de 32 en 1990 à 49, en 2019 (The World Bank 2021a; World Health Organization 2021c).

Système de santé

L'élaboration des politiques de santé est déclinée à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). La pyramide sanitaire se présente en trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. On trouve, au niveau central le ministère de la santé et les différents directions et services nationaux, au niveau intermédiaire, les régions médicales et services régionaux et au niveau périphérique les districts sanitaires, les centres de promotion et de réinsertion sociale. Chacun de ces niveaux s'est vu attribuer des compétences dans le cadre de la décentralisation (gestion des structures de santé, entretien, équipement, mise en œuvre des mesures d'hygiène ou de prévention). Au sommet de la pyramide sanitaire se trouvent les hôpitaux de niveaux 3, tous situés dans la région de Dakar sauf un situé dans la région de Diourbel. Au niveau périphérique se trouvent les hôpitaux de niveau 2, appelés hôpitaux régionaux et au niveau périphérique l'offre publique de soins est assurée par les hôpitaux de niveau 1, les centres et les postes de santé. Le plateau médical évolue à mesure qu'on monte dans la pyramide, cependant, certains établissements publics de santé (EPS) de niveau 3 ne sont

pas aux normes et manquent par exemple de médecins spécialisés. En outre, l'absence de médecins spécialisés est plus récurrente dans certaines régions. En 2019, il n'y avait pas de néphrologues, de neurologues ou de cardiologues dans 80% des hôpitaux. Cette insuffisance pourrait être comblée par le secteur privé dont l'offre n'est cependant pas suffisamment mise à profit d'après le PNDS 2019-2028 (Ministère de la Santé et de l'Action sociale 2019).

Dakar concentre une grande partie des ressources humaines et des infrastructures sanitaires, tandis que les régions comme Kédougou, Sédhiou ou Kolda (au Sud) sont les régions les moins dotées en ressources humaines et matérielles. Il semblerait aussi que les performances du système de santé, mesurées par la baisse des taux de mortalité maternelle, infanto-juvénile ou de décès liés au paludisme ou autres maladies transmissibles, évoluent conformément à la distribution des ressources financières, matérielles et humaines. Ces inégalités interrégionales et la baisse constante des dépenses publiques en santé en pourcentage des dépenses totales du gouvernement depuis 2000 contrastent avec les objectifs du pays en termes de CSU. L'indice de couverture en services essentiels est estimé à 45 en 2017 et les paiements directs de ménages représentent près de 55% des dépenses totales de santé. De ce fait, l'extension de la couverture en soins et services de qualité et la protection contre le risque de dépenses catastrophiques sont deux des orientations principales de la stratégie nationale de financement de la santé, de même que le renforcement des interventions multisectorielles et la mobilisation de nouvelles ressources financières (Ministère de la Santé et de l'Action sociale 2019; World Health Organization 2021c).

Tableau 1 : Statistiques et indicateurs des Objectifs de Développement Durable (ODD)

Indicateurs	Burkina					
	Sénégal	Mali	Faso	Monde	Europe	
Ratio de mortalité maternelle (par 100 000 naissances vivantes)	315	562	320	211	13	
Taux de mortalité néonatale (par 1000 naissances vivantes)	21,96	32,13	25,94	17,47	4	
Taux de mortalité infantile (probabilité % de décès entre 0 mois et 1 an sur 1000 naissances vivantes)	32,7	60,21	53,94	28,23	7	
Mortalité infantile par cause (nombre de décès)						
	<i>VIH/SIDA</i>	236	760	255	74.605	623
	<i>Maladies diarrhéiques</i>	1841	7765	4584	424.478	2.984
	<i>Paludisme</i>	1071	11458	11651	263.179	0,41
Taux de mortalité standardisé due aux MNTs (sur 100 000 hbts)	551,4	611,4	647,8	478,8	427,1	
Nombre de docteurs (pour 10.000 hbts)	0,88	1,29	0,94	17,54	47,24	
Infirmiers et sage-femmes (pour 10.000 hbts)	5,4	4,41	9,27	39,05	83,21	
Population (en million)	16,74	20,25	20,90	-	-	
PIB par habitant (\$ US courants)	1 487,8	858,9	830,9	-	-	
IDH	0,512	0,434	0,434	0,731	-	
Espérance de vie à la naissance	68	59	62	73,31	78,24	

Sources: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/world-health-statistics>
<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur>
<https://www.populationdata.net/palmares/idh/>

1.3.1. Financement de la santé au Sénégal de 1960 à 2010

Le Sénégal a hérité ses régimes de sécurité sociale de l'administration coloniale française. À l'époque, l'administration française entendait garantir aux fonctionnaires les mêmes avantages sociaux que leurs homologues résidant en métropole, tout en offrant également une couverture aux dirigeants des compagnies privées. Cette population privilégiée bénéficie alors d'une assurance maladie entre autres avantages, financée par les cotisations salariales et patronales. Ces avantages vont progressivement s'étendre aux Sénégalais travaillant pour l'administration d'antan. C'est donc tout naturellement que le premier gouvernement post colonial adopte une loi instituant la sécurité sociale des fonctionnaires dès 1961. Contrairement au modèle laissé par les Français (de type Bismarckien), le régime des fonctionnaires est entièrement financé par l'Etat. Dans les années 70, un autre dispositif appelé Institut de Prévoyance Maladie (IPM), visant à protéger les salariés du secteur privé a été créé. Les soins de santé sont gratuits pour le reste de la population jusque dans les années 80 (Alenda-Demoutiez et al. 2019; Baumann 2010). A ces deux régimes principaux, s'ajoute le régime des retraités et le régime du centre des œuvres universitaires qui couvre les étudiants et bien sûr les assurances privées.

Le contexte économique des années 80 va également toucher le Sénégal, et le pays adopte les recommandations de l'IB en instaurant le recouvrement des coûts pour soutenir le financement du système de santé. Cette décennie est aussi caractérisée par la mise en place de la première mutuelle de santé d'initiative communautaire dans un village de la région Thiès qui va petit-à-petit servir de référence à d'autres communautés. Les mutuelles vont finir par se répandre sur le territoire, soutenues techniquement par les partenaires étrangers. Elles échoueront néanmoins à couvrir l'ensemble du secteur informel (80% de la population) et à assurer de larges garanties à leurs adhérents malgré l'implication de l'Etat entre 2003 et 2004. Les mécanismes de financement de la santé au Sénégal ne connaissent pas une évolution majeure et accueillent, à partir de là, des politiques de gratuité qui participent à fragmenter davantage le système de financement.

1.3.1. Régimes de protection sociale en santé pour le secteur formel : Imputation budgétaire et Instituts de Prévoyances Maladie (IPM)

Les programmes incrémentaux financés par les recettes publiques et dont on détaillera les principes et les impacts dans les sections suivantes cohabitent donc encore aujourd'hui avec les régimes contributifs et non contributifs obligatoires à savoir les instituts de prévoyance maladie et le régime des fonctionnaires. Ce dernier est financé par le budget de l'Etat sous forme d'imputations budgétaires. Concrètement, les fonctionnaires en services et agents non-fonctionnaires bénéficient d'une couverture à hauteur de 80% de leurs soins et services médicaux, à l'exclusion des médicaments. La couverture s'étend aux conjoints et aux enfants mineurs. L'imputation budgétaire est délivrée par le ministère des finances qui rembourse à son tour les établissements de santé.

Selon la loi, les IPMs doivent quant à elles être mises en place par toute entreprise qui emploie plus de 100 salariés, tandis que les salariés des plus petites entreprises peuvent rejoindre d'autres IPMs. L'arrêté ministériel en date du 18 février 2013 dresse la liste des services pris en charge par ces institutions, de même qu'une liste des prestations exclues des paniers de soins. Le taux de couverture varie de 50% à 80% des prestations telles que les consultations de médecine générale ou spécialisée, les analyses médicales, les hospitalisations, les médicaments, les soins dentaires, et ophtalmologiques etc. dans les établissements privés ou publics agréés par l'institution. Les revenus proviennent des cotisations salariales et patronales, avec un taux maximal de 15% réparti également entre l'employeur et l'employé appliqué sur une assiette plafonnée à 250.000 FCFA (environ 380 euros). Les bénéfices s'étendent aussi aux conjoints et aux enfants à charge. En 2015, le Sénégal comptait 117 IPMs pour 1766 entreprises couvrant un peu plus de 300.000 individus, dont 36% sont des affiliés-contributeurs, 17% sont des conjoints, 17% sont des enfants de moins de 5 ans et 30% des enfants de 5 à 21 ans. Comme pour le régime des fonctionnaires, ce régime fonctionne aussi sur le modèle du paiement à l'acte (Agence Nationale de la Statistique et de la démographie 2016; Ministère de la fonction publique 2013).

Selon les comptes de la santé 2014-2016, les dépenses courantes de santé (les dépenses de consommation finale d'unités résidentes en biens et services de santé) des

régimes obligatoires représentaient entre 53% et 59% des dépenses courantes totales des régimes d'assurance sur la période. Entre 2014 et 2016, les dépenses des IPMs représentaient presque le double de celles du régime des fonctionnaires, ce qui s'expliquent entre autres par la prédominance des produits pharmaceutiques parmi les facteurs de prestations, qui inclus dans les paniers de soins des IPM mais exclus du régime de la fonction publique. En effet, en 2015, 48% des dépenses de prestations engagées par les IPM sont liées à l'achat de médicaments. (Agence Nationale de la Statistique et de la démographie 2016; Ministère de la santé et de l'action sociale 2014)

L'Enquête Démographique et Santé 2017 estime que plus de 80% de la population n'a aucune assurance maladie (Agence Nationale de la Statistique et de la démographie 2017). Ce sont pour une grande partie des travailleurs du secteur informel et des populations vivant en zones rurales. Les mutuelles de santé communautaires et politiques de gratuité des soins, lancées au début des années 2000 et ciblant certaines sous-populations avaient donc pour principal objectif de surmonter les défis liés aux problèmes d'accès et d'équité.

1.3.2. Mutuelles de santé communautaires

Contrairement à un pays comme le Rwanda où l'idée de la mutualisation des risques est dès ses débuts encouragée et même initiée par l'action gouvernementale, au Sénégal elle est d'abord une proposition et une initiative rurale et locale (la première mutuelle de santé communautaire du pays est née dans un village du nom de Fandène). Les mutuelles de santé communautaires possèdent six caractéristiques essentielles qu'il est important d'intégrer pour comprendre leur évolution et pour les différencier des mutuelles privées ou professionnelles telles qu'on les connaît dans les pays comme la Belgique ou la France et qui existent aussi au Sénégal (depuis les années 70):

- La participation des communautés et de ses membres dans sa mise en place et sa gestion ;
- Des prépaiements visant une mutualisation des risques et des ressources financières de la communauté regroupée selon des critères géographiques, religieux... ;

- Les cotisations des membres sont du même montant, indépendamment des risques et des ressources ;
- La cotisation offre le droit aux prestations ;
- L'affiliation est volontaire ;
- Leur caractère d'organisation à but non lucratif ;

En effet, certaines de ces caractéristiques différencient ces organisations des mutuelles dites complémentaires. Les mutuelles complémentaires sont des organisations qui prennent en charge les prestations non offertes par le régime obligatoire, tandis que les mutuelles « au premier franc » comme les mutuelles communautaires sont organisées par communauté géographique (Mathauer et al. 2017a; République du Sénégal 2004).

Ce n'est qu'à la fin des années 1990 que ces institutions attirent l'attention du gouvernement et d'autres acteurs étrangers, et sont considérées comme une alternative aux paiements directs, avec la mise en place d'une cellule d'appui aux mutuelles de santé par le ministère de la santé, et l'adoption en 2003 de la loi relative aux mutuelles de santé. Ce premier engagement de l'Etat se manifeste d'abord par la définition d'un cadre juridique pour ces institutions, et par un appui à toutes les formes de mutuelles, afin d'en améliorer les capacités de gestion grâce à leur promotion, et à l'adaptation de leurs potentialités au contexte économique et social du pays. Une première évaluation de leur potentiel de développement fait état d'une faible capacité de collecte des revenus des mutuelles de santé communautaires contrairement aux autres types de mutuelles, liées certainement au faible taux de cotisation, à une faible attractivité des paniers de soins et à des modalités de paiement des prestataires qui offrent peu de moyens de contrôle (République du Sénégal 2004).

Le premier plan stratégique pour le développement des mutuelles de santé (PSDMS) est établi en 2004, le Sénégal compte alors 79 mutuelles fonctionnelles. Le PSDMS intervient comme un élément de la stratégie de réduction de la pauvreté et vise à améliorer l'accès des populations à des soins de qualité quel que soit leur niveau de revenu à travers le développement des mutuelles. Il compte essentiellement sur les exemples de réussite qui existe déjà sur le territoire, sur l'apprentissage et les effets de

diffusion. Les axes d'intervention en ce qui concerne les mutuelles de santé communautaires sont les suivantes :

- Le renforcement des mutuelles existantes
- La promotion de l'extension à toutes les régions
- L'établissement de contrats de performance portant sur l'évolution du nombre de mutuelles avec chaque coordination régionale

En 2007, le Sénégal comptait 129 mutuelles de santé et 237 en 2011 (après la loi de 2009 portant l'application de la loi de 2003), soit un taux de couverture de la population de 4,35% en 2010 (Deville, Fecher-Bourgeois, et al. 2018; République du Sénégal 2004, 2013). Le faible taux d'enrôlement et de capacité de mobilisation des prépaiements ainsi que les limites de la prise en charge des grands risques n'ont pas été endigués dans le première décennie 2000 comme le prévoyait le PNDMS. En réalité, l'implication des parties prenantes est restée limitée, et les pratiques non homogènes aussi bien dans la gestion que dans la contractualisation dénote un manque d'engagement de l'Etat sur la période malgré les promesses du plan stratégique. (République du Sénégal 2004)

En dépit de ces résultats peu encourageants, le Sénégal est considéré, du moins jusqu'au début des années 2000, comme un exemple dans la sous-région et en Afrique subsaharienne en matière de mutualité. Par ailleurs, des analyses empiriques ont montré des résultats plutôt positifs sur l'impact des mutuelles de santé communautaires. Nous en avons identifié trois sur la période :

Tine (2000) a examiné les déterminants de l'adhésion à une mutuelle communautaire et l'impact de ces derniers sur la demande de soins et sur les dépenses de santé des ménages en milieu rural. Les résultats identifient le statut économique, la religion, le niveau d'éducation et l'ethnicité comme étant les principaux déterminants de l'adhésion. Les effets sur la demande de soins sont positifs, avec une plus forte utilisation de certains services de santé comme les hospitalisations chez les adhérents (2 fois plus d'hospitalisations). Les impacts sur les dépenses de santé des ménages sont

aussi en faveur des adhérents qui paient jusqu'à 36% moins que les non-adhérents, et ont moins de chance de s'endetter pour les soins.

Dans la continuité de cette étude, Jütting, (2001,2004) grâce à un modèle Logit et log-linéaire a confirmé les résultats de Tine quant aux déterminants de l'adhésion, auxquels s'ajoute l'appartenance à une association et des effets villages. Quant à la demande de soins et (aux dépenses de santé) plus importante (moins importantes) chez les adhérents, elles sont tout aussi bien expliquées par le niveau de revenu, le genre, l'épisode de maladie et l'effet village. Ces résultats mettent aussi l'accent sur la nécessité de renforcer l'enrôlement, notamment celle des populations les plus démunies qui ne peuvent pas contribuer (Jütting 2001, 2004; Tine 2000).

Enfin, Smith et Sulzbach (2008) ont montré qu'au Sénégal, si les femmes adhérentes à une mutuelle de santé communautaire et les non-adhérentes ont la même probabilité de recourir à des soins prénataux, les femmes membres de mutuelles de santé prenant en charge les accouchements sont plus susceptibles d'accoucher dans un établissement de santé et paient en moyenne moins que les non-adhérentes (Smith and Sulzbach 2008).

1.3.3. Les politiques de gratuité des soins

Au début des années 2000, suivant l'exemple d'autres pays africains, le Sénégal a mis en place des politiques de gratuité des soins. Entre 2000 et 2010, deux programmes sont effectivement mis en place :

- La politique de gratuité des accouchements et des césariennes
- La politique de gratuité des soins pour les personnes âgées de plus de 60 ans (ou plan Sésame)

La politique de gratuité des accouchements et de la césarienne (PGAC)

En 2005, le Sénégal lançait la phase pilote du programme de gratuité dédiée aux soins de santé maternelle dans cinq régions du Sénégal qui enregistraient de forts taux de pauvreté et de mortalité maternelle (Fatick, Kolda, Matam, Tambacounda, Ziguinchor). L'initiative est ensuite étendue progressivement à toutes les régions du Sénégal à l'exception de la capitale Dakar en 2006, puis à tous les départements à l'exception de celui de Dakar et enfin à l'ensemble du territoire national à partir de 2014.

L'objectif de cette politique est d'améliorer l'accès aux soins de santé maternelle et l'accès au personnel qualifié afin de minimiser les risques liés à la maternité. À l'origine, les bénéficiaires de cette politique comprennent donc les accouchements au niveau des centres et des postes de santé et les césariennes pratiquées dans les centres de santé à soins obstétricaux d'urgences et dans les hôpitaux. Le système fonctionnait grâce à un préfinancement de l'Etat Sénégalais, une allocation budgétaire versée aux structures de soins, puis a évolué vers un système de remboursement forfaitaire. Concrètement, les établissements de santé concernés recevaient un préfinancement pour les césariennes plus des kits d'accouchement et de césarienne de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement en lieu et place du paiement direct qui s'imposait avant. Par la suite, l'Etat a remplacé le préfinancement par un montant forfaitaire de 55000FCFA (83,7 euros) par césarienne.

D'après les évaluations effectuées, le programme connaît des lacunes dans son implantation et dans sa gestion par les pouvoirs publics : kits en nombre insuffisant ou à composition inadéquate, manque de suivi et de contrôle des actes déclarés dans les structures de santé, surfinancement des césariennes, irrégularités dans l'attribution des fonds, absence d'indications claires sur la répartition des kits par établissement de santé. La mise en place de ce programme s'est accompagnée d'une augmentation des accouchements et césariennes. Le nombre d'accouchements dans les postes et centres de santé a augmenté de 77% entre 2004 et 2006 dans les régions où la politique a initialement été implantée et de seulement 19% dans les régions hors PGAC. Il est aussi noté une augmentation des césariennes pratiquées en proportion du nombre total d'accouchements en milieu hospitalier à tout niveau de la pyramide sanitaire. Entre

2005 et 2006, les hôpitaux auraient reçu un surfinancement d'au moins 18% par rapport au nombre de césariennes effectivement pratiquées (Witter et al. 2010).

Ces constats sont confirmés par Mbaye et al (2011). D'après ces auteurs, la politique est soupçonnée d'avoir anormalement augmenté le nombre de césariennes pratiquées en milieu hospitalier, soit parce que les hôpitaux déclarent plus de césariennes qu'ils n'en ont effectivement pratiquées, soit parce que les praticiens multiplient les césariennes de convenance pour bénéficier de subventions. Les services obstétricaux sont devenus les plus importants financeurs des centres hospitaliers car conformément au principe de l'unicité des caisses, les fonds versés par le gouvernement au titre de l'initiative de gratuité rentrent dans le budget de l'hôpital et peuvent servir à n'importe quel poste de dépense (Mbaye et al. 2011).

La seule étude qui analyse l'effet causal de ce programme à court terme sur l'utilisation des services de soins maternels à partir des données de la phase pilote fait état d'un impact négatif, quoique non robuste du PGAC, avec un impact non significatif en zone urbaine ; cet effet inattendu s'explique selon l'auteur par certains manquements évoqués tantôt : une communication peu claire autour de la politique, la composition du panier de soins, les coûts indirects, le manque de transparence sur la composition du kit, les ruptures de stocks, l'insuffisance en personnel de santé et leur manque de motivation (Nkoumou Ngoa 2021).

On note aussi que la version 2017 du manuel de procédures des initiatives de gratuité exclut la prise en charge des accouchements simples ; le panier des soins offert aux bénéficiaires ne concerne que les césariennes et comprend le bilan préopératoire, l'acte opératoire, le kit de médicaments et les intrants, le séjour hospitalier n'excédant pas 5 jours, les produits et médicaments nécessaires à une réanimation éventuelle et le bilan post opératoire y afférent (Agence de la Couverture Maladie Universelle 2017a).

Le plan Sésame

Le plan Sésame a été annoncé lors du discours à la nation du 3 Avril 2006, et représentait à l'époque une politique inédite, la première du genre en Afrique de l'Ouest. Contrairement à la croyance populaire, le plan Sésame ne se limitait pas à son seul volet sanitaire, mais comprenait tout un volet social à l'origine, qui a été progressivement abandonné à la suite de problèmes de financement (Mbaye et al. 2013). Le décret instituant le plan Sésame donne droit à tous les Sénégalais âgés de 60 ans et plus l'accès gratuit ou à coûts réduits aux services de soins de santé (limités à certaines prestations) sur toute l'étendue du territoire (Republique du Sénégal 2008). Il s'agit de couvrir le restant à charge des retraités de l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) et du Fonds National de Retraite (FNR), et la totalité des soins pour les personnes âgées sans couverture maladie. La gratuité est valable à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à condition d'en respecter le système de référence c'est-à-dire de ne se présenter à l'hôpital qu'après avoir été référé par un poste ou centre de santé ou en cas d'urgence. Les avantages sont limités aux consultations, médicaments essentiels, hospitalisations, examens complémentaires, et actes médico-chirurgicaux (Agence de la Couverture Maladie Universelle 2017a; Ministère de la Santé et de la Prévention 2008).

Le plan Sésame est souvent qualifié de décision purement politicienne pour deux principales raisons. Premièrement, l'annonce du programme intervient à la veille des élections présidentielles de 2007 et sa mise en œuvre commence bien avant la signature du décret présidentiel en 2008. Deuxièmement, sa mise en place est freinée par un manque de préparation et d'anticipation flagrant et dénoncé sur le terrain, notamment le manque de financement. Cela conduira à l'abandon des autres volets du plan, qui est désormais réduit à la seule exemption de paiement des soins (Mbaye et al. 2013). Mais malgré un préfinancement de 800 millions de FCFA (environ 1,2 million d'euros), le programme accumulait déjà des retards de remboursement et une dette de près de 600 Millions de FCFA (plus de 900 mille euros) auprès des établissements de santé deux ans après sa mise en place et de 4 Milliards de Fcfa (plus de - million d'euros) en 2011 (Mbaye et al. 2013; Ministère de la Santé et de la Prévention 2008). A ce problème de financement, va s'ajouter la lourdeur administrative, surtout pour les

patients, et encore plus pour ceux vivant en milieu rural, loin des services dont ils ont besoin, souvent concentrés dans les grandes villes, mais aussi pour les prestataires de services qui doivent rigoureusement suivre la procédure de remboursement et respecter des délais sous peine de se voir refuser leur demande de remboursement (Agence de la Couverture Maladie Universelle 2017a; Ridde, Queuille, et al. 2012).

Autant de raisons pour les établissements de refuser de prendre en charge les personnes âgées dans le cadre de cette politique de gratuité. Si le recours aux soins a augmenté dès l'introduction de la mesure, elle a commencé à baisser dans certains hôpitaux pendant les années qui ont suivi car des prestataires ont refusé d'appliquer la gratuité qui est devenu un gouffre financier pour les hôpitaux au fil des années. A cela s'ajoute aussi les difficultés liés au manque de personnel, et accentuées par une augmentation de la fréquentation des hôpitaux (Leye et al. 2012).

Des études ont montré que la politique est inéquitable et a beaucoup plus bénéficié aux personnes aisées, spécialement dans les villes (Mbaye et al. 2013; Parmar et al. 2014). Les retraités du secteur public ou privé et pensionné de l'IPRES ont plutôt bien bénéficié des avantages du plan Sésame, comparé au reste de la population cible, mais une étude multi-épistémologique explique que ce n'est pas forcément signe d'une exclusion sociale. L'étude met aussi en exergue la place du capital social dans l'accès à la gratuité, notamment les relations au personnel médical. Une autre raison à ces inégalités est en partie liée au manque d'informations et de communication doublé parfois d'une volonté claire et assumée de la part des prestataires de ne pas parler des avantages du Plan Sésame avec les potentiels bénéficiaires (Mladovsky and Ba 2017). Le plan Sésame pourrait aussi avoir augmenté les dépenses de santé des ménages. A cause du temps d'attente trop long pour obtenir un bulletin de référence, ou de l'indisponibilité de certains médicaments, certains patients finissaient par payer le ticket modérateur ou par acheter leurs médicaments dans des officines privées. La surfacturation des prestations demeure toujours une crainte des autorités de santé, de même que l'inadéquation des paniers de soins effectivement offerts aux patients (Mbaye et al. 2013; Ridde, Queuille, et al. 2012). Pour certains gestionnaires et directeurs d'hôpitaux, le préfinancement des dépenses du plan Sésame était du pain béni pour le budget, dans la mesure où il gonflait leurs recettes et permettait de résoudre des besoins hors plan Sésame (Leye et al. 2012; Mbaye et al. 2013). Enfin, le

Plan Sésame a permis de diagnostiquer certaines pathologies qui seraient passées inaperçues si l'accès aux soins demeurait payant, même si selon certains chefs de laboratoire, ce serait au prix d'analyses médicales beaucoup trop coûteuses, qui allaient bien au-delà des prescriptions habituelles (Leye et al. 2012).

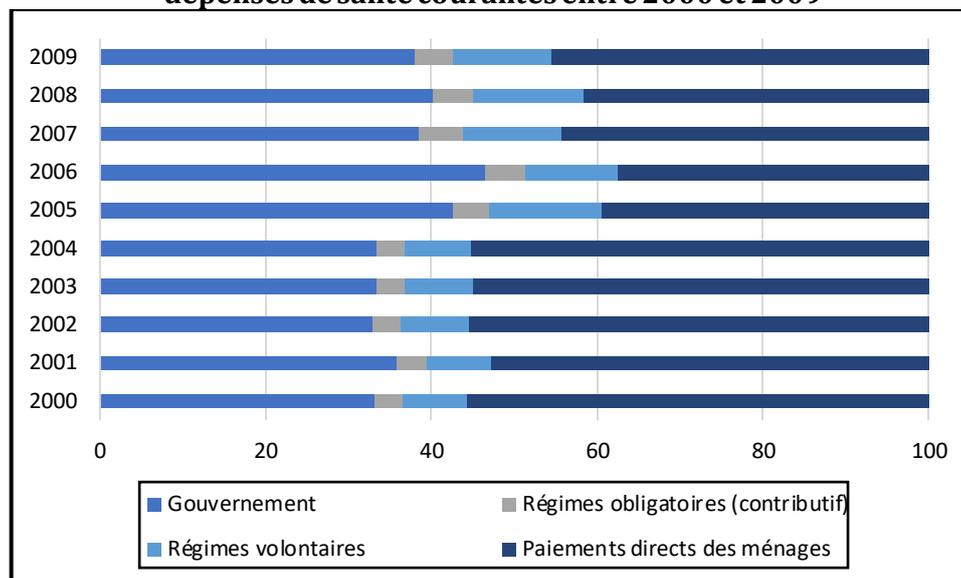
1.3.4. Structure des dépenses de santé de 2000 à 2009

On ne saurait cependant rédiger le chapitre introductif sans évoquer les principaux indicateurs du financement de la santé sur la période 2000-2009. La figure 2 traduit la situation qui prévaut à l'époque. Jusqu'en 2004, les paiements directs des ménages représentent plus de 50% des dépenses de santé courantes. Ce ratio connaît une baisse drastique de 15% à partir de 2005 et atteint même 37% en 2006. Sans confirmer une relation de cause à effet, on remarque une évolution inverse des dépenses issues des régimes du gouvernement, particulièrement en 2005 et 2006, gonflées sans doute par les nouveaux programmes de gratuité. La part des régimes volontaires et obligatoires contributifs est restée stable sur la période.

Le tableau 2 dresse quant à lui quelques indicateurs essentiels du financement de la santé et autres agrégats sur la période. Tout comme le PIB par habitant, les dépenses de santé par tête ont plus que doublé entre 2000-2009, malgré une baisse constatée entre 2005 et 2006. L'engagement de l'Etat dans le secteur, mesuré par le niveau des dépenses publiques pour la santé en pourcentage du total des dépenses du gouvernement (DPGS %DPG) était stabilisé à 9% entre 2000 et 2005, ce qui constitue le niveau le plus proche de l'objectif d'Abuja (15%) que le pays n'a jamais atteint. Depuis 2006, ce ratio est en baisse constante.

En somme, jusque dans la première décennie des années 2000, hormis le secteur formel qui bénéficie d'une protection sociale en santé mais qui ne représente qu'environ 20% de la population, le reste du pays ne possède pas d'assurance maladie et est donc exposé aux dépenses catastrophiques. Le PGAC et le Plan Sésame ne concernent qu'une infime partie de la population et les mutuelles de santé ont un faible taux d'enrôlement, et pose d'importants problèmes de viabilité.

Figure 1 : Evolution des dépenses de santé par régimes de financement en % des dépenses de santé courantes entre 2000 et 2009



Source: Organisation Mondiale de la santé–Global Health Expenditures Database
[<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>]

Tableau 2 : Statistiques sur les dépenses de santé entre 2000 et 2009

Indicateurs	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dépenses publiques de santé par habitant, en US \$	22	24	27	36	43	36	39	41	49	50
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé (DPGS%TDS)	35	38	34	36	36	43	47	39	40	37
Dépenses directes des ménages en % des dépenses totales de santé (DDM %TDS)	56	53	55	55	55	40	37	44	42	46
Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totales (DPGS %DPG)	9	9	9	9	9	9	8	6	7	7
PIB par habitant en US\$	607	615	657	824	941	994	1 041	1 222	1 412	1 317

Sources: Organisation Mondiale de la santé–Global Health Expenditures Database
[<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>]

1.4. Objectif général et résumé des chapitres de thèse

Notre travail s'intéresse essentiellement à la période post 2010. Celle-ci est marquée par de nombreux changements. On assiste en 2012 à une seconde alternance démocratique, avec l'arrivée du Président Sall qui s'engage alors à atteindre une couverture de 75% de la population à l'horizon 2017 grâce à une vitalisation (ou revitalisation) de la mutualité, à la réorganisation des instituts de prévoyance maladie, et un renforcement des programmes de gratuité déjà existants. Le pays met alors en place un plan stratégique de développement de la couverture maladie universelle⁵ qui constitue un plan d'actions sur la période 2013-2017 pour une couverture de la population à l'horizon 2022.

La stratégie nationale d'extension de la CSU repose sur l'amélioration des programmes de gratuité, les réformes de l'assurance maladie obligatoire et le développement des mutuelles de santé communautaires. Notre travail de recherche tourne autour de cette stratégie définie à partir de 2012 et concerne essentiellement le programme de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans mis en place en 2013, le programme de gratuité de la dialyse lancé en 2012, et les mutuelles de santé communales qui se sont développées dans la même période. Tous ces programmes s'inscrivent dans un processus décisionnel influencé par des facteurs économiques et politiques qui déterminent l'importance et l'applicabilité des mécanismes à adopter en vue d'atteindre la CSU. Les deux premiers chapitres évaluent l'équité dans l'accès aux soins dans le cadre des politiques de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et pour les patients en dialyse, le chapitre trois est une évaluation de l'impact des mutuelles de santé sur l'utilisation des services de santé et sur les paiements directs, l'équité dans l'enrôlement ainsi que le rôle des transferts conditionnels ; le dernier chapitre s'intéresse à l'analyse des politiques publiques de santé adoptées au Sénégal en vue d'atteindre la CSU comparativement à d'autres pays à revenu faible et

⁵ La couverture maladie universelle (CMU) est l'appellation commune que l'on donne à la couverture universelle en santé au Sénégal. Dans le document stratégique, elle est définie comme la situation « où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion à l'horizon 2022. »

intermédiaire. La méthodologie utilisée est déclinée dans chacun des chapitres résumés dans les sous sections suivantes.

1.4.1. Politiques publiques de santé et inégalités : le programme de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans au Sénégal

En 2013, le Sénégal a lancé une nouvelle initiative de gratuité des soins dédiée aux enfants de moins de cinq ans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Un projet pilote est en cours visant l'intégration de ce programme aux mutuelles de santé pour réduire la fragmentation du financement et offrir un panier de soins plus attractif. Cependant, il n'existe pas encore une évaluation de l'équité du programme, antérieure aux nouveaux arrangements institutionnels prévus.

Dans ce chapitre, nous identifions les déterminants et mesurons les inégalités d'accès à l'initiative de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans. Pour ce faire, nous utilisons une régression logistique pour identifier les déterminants de l'accès au programme, et l'indice de concentration pour mesurer les inégalités d'accès.

Nos résultats montrent une concentration des bénéficiaires chez les enfants issus des ménages les moins pauvres, en zone urbaine comme en zone rurale, tandis que les principaux déterminants du programme sont le statut économique, le lien de parenté avec le chef de ménage, l'affiliation à un régime d'assurance sociale ou à une mutuelle de santé, et la région de résidence. La relation négative entre le programme et le fait d'être enrôlé dans une mutuelle de santé est une confirmation de la préférence des usagers pour les mutuelles qui proposent un panier de soins plus avantageux que celui du programme de gratuité.

A priori, l'intégration devrait au moins réduire les inégalités entre les enfants qui bénéficient de l'assurance sociale de leurs parents et les enfants non assurés. Cependant, le succès de la future réforme est conditionné au versement régulier des subventions par l'Etat aux mutuelles de santé et par un bon ciblage des enfants issus des ménages les plus pauvres.

1.4.2. Les principes éthiques du rationnement de la thérapie rénale

Depuis 2012, le Sénégal a lancé le programme de gratuité de la dialyse dans les hôpitaux publics et les centres agréés par l'Etat pour les patients sénégalais atteints d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Compte tenu de la demande croissante et de l'offre insuffisante dans le secteur public, les directives nationales recommandent un rationnement grâce à des listes d'attente, et des comités sont mis en place dans les hôpitaux à cet effet. Alors que les recommandations nationales sont connues, les critères appliqués dans les hôpitaux pour enrôler les patients restent flous. Notre étude analyse les principes de justice sociale appliqués pour rationner la thérapie rénale dans les centres publics et cela passe par l'identification des prédicteurs de l'enrôlement dans le public.

Nous avons mené une analyse de régression Logit multivariée en utilisant les données recueillies auprès de 201 patients interrogés dans huit centres publics et privés pour identifier les facteurs socioéconomiques ou sociodémographiques qui déterminent l'enrôlement. Sachant que l'Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle (ANACMU) recommande tout d'abord une approche dite égalitaire (premier arrivé, premier servi) ; notre hypothèse est que la durée de la maladie (mesurée par la période qui s'écoule entre le diagnostic de l'IRCT et le jour de notre enquête) devrait être un des principaux déterminants du programme.

La durée est le prédicteur le plus robuste d'après nos résultats, quels que soient les autres caractéristiques (assurance, âge, statut socioéconomique ou appartenance à une association de patients). Ce résultat montre que des principes égalitaires sont effectivement appliqués, il n'existe pas de discrimination basée sur le revenu. Cependant, l'absence des individus les plus pauvres suggère que ces derniers n'ont accès ni au programme, ni aux centres privés. En effet, la règle du « premier arrivé, premier servi » est favorable aux patients les plus aisés puisque l'inscription et le maintien sur une liste d'attente sont conditionnés à la capacité de payer ses séances de dialyse dans le secteur privé en attendant une place dans le public. L'enrôlement dans le programme n'est donc pas si égalitaire et reste favorable aux moins défavorisés, ce qui soulève d'importants problèmes éthiques, dans la mesure où la dialyse est nécessaire à la survie des patients en IRCT.

1.4.3. Mutuelles de santé et transferts monétaires conditionnels au Sénégal

Depuis une dizaine d'années, il y a eu un intérêt politique croissant pour les mutuelles de santé, à travers laquelle le gouvernement sénégalais entend étendre la couverture sanitaire universelle au Sénégal. Le pays fournit des efforts importants pour résoudre les problèmes d'équité et le faible taux d'enrôlement. L'objectif de ce chapitre est d'identifier les déterminants de l'enrôlement, de mesurer leur impact sur l'utilisation des soins de santé et les paiements directs et enfin de mesurer les inégalités dans l'enrôlement liées au statut socioéconomique. Tout au long de l'analyse, nous insistons sur les différences entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires du programme de transferts monétaires conditionnels. L'apport de ce chapitre réside dans le fait qu'il prend en compte les changements introduits dans la mutualité au Sénégal depuis 2012. Nous utilisons les données transversales de l'enquête EDS 2017 collectées auprès de 8380 ménages sénégalais. Un modèle Logit est utilisé pour les déterminants. Nous analysons l'impact des mutuelles de santé grâce à la méthode des « *Covariate Balancing Propensity Score* ». Les inégalités sont mesurées avec l'indice de concentration de Wagstaff. Le programme national de bourses de sécurité familiale (PNBSF) qui fournit un registre social unique est utilisé pour identifier les plus démunis et les inscrire graduellement dans les mutuelles de santé. Cette initiative, susceptible de réduire les limites liées à la demande d'assurance, fait aussi du gouvernement le premier contributeur de ce régime assurantiel. L'influence des pairs et le programme sont associés à une probabilité plus élevée d'être enrôlés. Globalement, les mutuelles de santé ont un effet positif sur l'utilisation des services de santé et sur les paiements directs, qu'ils soient bénéficiaires ou non des transferts conditionnels. L'indice de concentration de Wagstaff indique un enrôlement favorable aux pauvres. Bien que positifs, ces résultats soulèvent aussi des inquiétudes quant à la soutenabilité des mutuelles de santé, surtout à cause des retards des subventions, observés. Le succès des mutuelles à assurer une protection financière effective aux adhérents dépend aussi de l'adhésion massive des moins pauvres et des moins malades et surtout de la capacité de l'Etat à honorer les subventions à temps, deux conditions qui pour l'heure ne sont pas réunies.

1.4.4. Analyse quali-quantitative comparée des réformes de financement de la couverture universelle en santé dans 10 pays à revenu faible et intermédiaire

Le Sénégal s'est politiquement engagé depuis 2012 sur la longue route vers la CSU. Sa stratégie d'extension s'appuie principalement sur (i) les mutuelles de santé et (ii) sur les initiatives de gratuité des soins. Une vague de réformes s'observe depuis 2013 dans le financement et la gouvernance du système de santé, après des années de relatif statu quo. Par ce choix, le pays s'est engagé sans doute dans une démarche « lindblomiste⁶ » ou incrémentale de la prise de décision caractérisée par un recours aux politiques, programmes ou activités antérieures pour implanter les nouvelles réformes, au lieu d'une démarche dite rationnelle qui consisterait à analyser tous les choix possibles, leurs avantages et leurs conséquences. En effet, les pays à revenu faible et intermédiaire ont au cours de ces deux dernières décennies adopté et implanté avec plus ou moins de succès différentes réformes afin d'étendre la CSU à la population non affiliée à une assurance sociale. L'objectif de ce chapitre est de comparer le processus de prise de décision entre dix pays dont le Sénégal qui ont adopté des réformes différentes et ont aussi enregistré des performances différentes. Pour ce faire, nous avons entrepris une analyse qualitative comparée par la méthode des fuzzy-set (ensembles flous) qui nous permet de comparer et d'expliquer le résultat des processus politiques. Les résultats soulignent l'importance de la distribution et/ou de la concentration du pouvoir, d'une évolution ponctuée des réformes, de l'engagement politique et de la gouvernance dans l'atteinte des objectifs de CSU.

⁶ De l'auteur Lindblom, précurseur de la théorie de l'incrémentalisme dans le processus de prise de décision publique.

Chapitre II : Politiques publiques de santé et inégalités : la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans au Sénégal

2.1. Introduction

Dans les années 1980, les politiques d'ajustement structurel en Afrique n'ont pas épargné les systèmes de santé qui ont subi un déficit de financement. Le recouvrement des coûts auprès des usagers, galvanisé à l'époque par des institutions internationales telles que l'Unicef et l'OMS (dans une moindre mesure) est apparu comme un moyen de financer les systèmes de santé et de promouvoir son efficacité et son équité (Ridde 2004).

L'intérêt du maintien du recouvrement des coûts a suscité de nombreux débats au cours des dernières années. Pour de nombreux auteurs, les résultats attendus par Akin et ses co-auteurs dans leur agenda de réformes (Akin et al. 1987) étaient loin de la réalité : les frais d'utilisation ont réduit la fréquentation des structures de santé, surtout parmi les pauvres, même si pour un petit nombre d'auteurs, le recouvrement des coûts avait au moins permis d'améliorer la qualité des soins et donc les taux de fréquentation des établissements de santé (Audibert and Mathonnat 2000; Litvack and Bodart 1993; Soucat et al. 1997). Mais de manière générale, les recherches empiriques ont plutôt mis en évidence les limites des frais d'utilisation notamment la baisse de la fréquentation des services de santé surtout parmi les plus pauvres et l'augmentation des dépenses de santé catastrophiques des ménages. Ces résultats expliquent l'engouement suscité par les politiques de gratuité des soins vers les années 2000, initiées par de nombreux pays en développement⁷ avec l'appui technique et financier des organisations internationales, dont la Banque mondiale (Ridde 2015; Robert and Ridde 2013; Yates 2009).

La politique de gratuité consiste à supprimer les frais de santé au point de service, sans évaluation des revenus de l'utilisateur. Contrairement à la politique d'exemption, la politique de gratuité ne requiert pas d'évaluer les revenus des utilisateurs, elle peut autant profiter aux personnes économiquement vulnérables qu'aux plus riches (Mathauer et al. 2017b). Dans la plupart des pays d'Afrique Subsaharienne, ces

⁷ L'Ouganda, l'Afrique du Sud et le Malawi sont les premiers pays d'Afrique subsaharienne à supprimer les frais d'utilisation des services de santé. Ils seront suivis dans les années 2000 par d'autres pays comme le Sénégal, le Mali, le Burkina Faso.

politiques ont cependant ciblé les populations vulnérables : les plus pauvres, les enfants de moins de cinq ans, les femmes (Burkina Faso, Sénégal, Mali, Ghana, Afrique du Sud), les personnes atteintes de maladies transmissibles comme la tuberculose ou le VIH et exceptionnellement les personnes âgées (Sénégal). Dans de rares cas, elles concernent l'ensemble de la population : les soins de santé primaires sont fournis à toute la population au Lesotho, au Liberia, en Ouganda et en Zambie. La décision d'abolir les frais d'utilisation découle souvent de considérations électorales ou politiques et n'implique alors aucun mécanisme participatif : en Ouganda, par exemple, la décision avait été annoncée au cours d'une campagne électorale, au Sénégal, le président Wade avait annoncé la mise en place du plan sésame (gratuité des soins pour les personnes âgées) pendant les élections présidentielles de 2007. Cela explique en partie les nombreux obstacles liés au processus de mise en œuvre, qui naissent de l'absence de planification, du manque de communication ou de l'insuffisance du financement (McPake et al. 2011; Meessen et al. 2011).

Plusieurs travaux ont évalué les politiques de gratuité, en termes d'accès, de qualité des soins perçues ou de dépenses de santé. Malgré les limites observées dans leur mise en place, les résultats sont quasi unanimes : l'abolition des frais d'utilisation a augmenté la fréquentation des établissements de soins de santé tout en réduisant partiellement les dépenses des ménages (Mbaye et al. 2011, 2013; Ridde et al. 2010; Witter et al. 2008). Au Burkina Faso, la politique d'exemption en faveur des femmes enceintes a contribué à baisser les dépenses de santé, surtout chez les femmes les plus pauvres vivant à moins de cinq kilomètres de la structure de santé (Ridde, Kouanda, et al. 2012a). Quant à la politique de gratuité dédiée aux enfants de moins de cinq ans, elle a augmenté le recours aux services de santé et a eu un effet positif en termes d'équité, même si, sur la durée, elle a davantage profité aux enfants vivant à proximité des centres de santé (Ridde et al. 2011).

Cependant, l'augmentation de l'utilisation des services n'est pas toujours en faveur des plus démunis. Malgré des résultats positifs, certaines études concluent que l'accès aux soins gratuits étaient dans certains cas inéquitables et que l'initiative en question a échoué à réduire considérablement les dépenses de santé des ménages les plus pauvres (Asante et al. 2007; De Allegri et al. 2012; Ridde, Kouanda, et al. 2012b). Au

Ghana, malgré la gratuité des accouchements et des césariennes dans les régions centrales et Volta, les plus riches bénéficiaient davantage de la politique d'exemption que les ménages les plus pauvres. Les paiements directs ont diminué de 21,51% pour les plus riches (5^{ème} quintile) contre 13,8 % pour les pauvres (1^{er} quintile) (Asante et al. 2007). La même situation a prévalu au Mali, où les femmes les plus riches représentaient 58% des femmes qui recevaient une césarienne gratuite, cinq ans après la mise en œuvre de la politique (El-Khoury et al. 2012). En Ouganda, bien que les ménages les plus pauvres aient le plus bénéficié de la politique d'exemption, la faible qualité des services de santé, notamment la pénurie de médicaments et de consommables, a souvent amené les usagers à payer les médicaments et consommables ou à recourir aux services de santé privés, faute de prise en charge correcte et ce quel que soit le statut économique (Nabyonga Orem et al. 2011).

La mortalité des enfants de moins de cinq ans reste élevé en Afrique, même si de grands progrès ont été observés (World Health Organization 2020a). Les politiques de gratuité destinées aux enfants de moins de cinq ans ont essaimé et se justifient par le risque encore élevé dû aux maladies évitables comme le paludisme, la malnutrition ou la pneumonie. Le Sénégal enregistre en 2017 un taux de mortalité de 48,8 décès d'enfants de moins de cinq ans sur mille naissances vivantes, contre 129 décès en 2000 (The World Bank 2021b). Les maladies diarrhéiques, le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies nutritionnelles et autres maladies transmissibles restent les principales causes de ces décès (World Health Organization 2018a). Le pays a instauré la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans en 2013, emboitant ainsi le pas à l'Afrique du Sud (1994), au Burundi (2006), au Niger (2007), au Burkina Faso (2011), et à la Sierra Leone (2010). Cette mesure est applicable à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du secteur public. Les services concernés ne couvrent que les soins essentiels et comprennent :

- Au niveau des postes de santé: les consultations, les médicaments et la vaccination ;
- Au niveau des centres de santé: les consultations, les hospitalisations d'une durée maximale de sept jours, les médicaments et la vaccination ;

- Au niveau des hôpitaux : les consultations d'urgence et la prise en charge des cas référés (Agence de la Couverture Maladie Universelle 2017a).

Cette initiative reste cependant très peu, sinon pas documentée. A notre connaissance, il n'y a pas eu d'évaluation de cette politique en termes d'équité dans l'accès aux soins gratuits.

Pour surmonter les problèmes d'efficience et de financement des politiques de gratuité, mais également pour rendre le panier de soins (ensemble des services et soins de santé couverts par le programme) plus avantageux, l'ANACMU a décidé d'intégrer cette politique de gratuité des soins aux mutuelles de santé communautaires (Daff et al. 2020). Concrètement, il s'agit d'un « transfert progressif de la gestion des bénéficiaires vers les mutuelles de santé » ; les soins sont toujours gratuits et resteraient financés par l'Etat (ou ses partenaires financiers)⁸ mais à travers l'enrôlement dans les mutuelles de santé (Agence de la Couverture Maladie Universelle 2019a). L'objectif de ce chapitre est donc d'évaluer les inégalités d'accès aux soins gratuits chez les enfants de moins de cinq ans afin de voir dans quelles mesures les nouvelles réformes visant à intégrer ce programme de gratuité aux mutuelles de santé pourraient profiter aux populations les plus vulnérables. Comme objectif secondaire, nous allons identifier les déterminants de l'accès aux soins gratuits des enfants de moins de cinq ans.

2.2. Données et échantillons

Les données sont extraites de l'Enquête Démographique Santé 2017 du Sénégal (EDS). Pour identifier les déterminants de l'accès au programme de gratuité, nous sélectionnons tous les enfants de moins de cinq ans, ayant eu recours à des soins de santé les 12 derniers mois précédant l'enquête. L'EDS fournit une variable indiquant si l'enfant bénéficie ou pas du programme de gratuité (qu'il ait ou non utilisé les services de santé dans les 12 derniers mois). Cette variable comporte des limites. En premier lieu l'éligibilité au programme est déterminée au point de services (contrôle de l'âge, soins requis compris dans le panier de soins...), ce qui signifie que si l'enfant n'a pas

⁸ Dans le cadre de cette intégration, le programme pilote initié en 2019 a été appuyé par l'USAID et la Banque Mondiale. Cette dernière a financé les prestations de soins via les mutuelles de santé.

utilisé de service de santé récemment, le répondant peut ne pas se souvenir si l'enfant était éligible. Le cas échéant, la réponse peut être biaisée. Ensuite, même si l'enfant a effectivement utilisé les services de santé, on ne peut considérer qu'il a bénéficié du programme que s'il n'a rien payé. Or 34,31% des enfants, déclarés bénéficiaires du programme de gratuité, ont payé leur consultation. Il faut donc aller au-delà de la simple éligibilité et prendre en compte le panier de soins. En effet, un enfant peut utiliser les services de santé et être éligible, mais avoir eu recours à des services hors panier de soins. Etant donné que notre population d'intérêt est réduite aux seuls usagers des services de santé, nous considérons que seuls les enfants qui ont été déclarés couverts par le programme et qui en plus n'ont pas payé leur consultation en ont effectivement bénéficié. Cependant, les enfants couverts par un mécanisme d'assurance répondent aussi à ce profil. Ils ne sont pas exclus du programme, mais peuvent utiliser les services de santé sans payer du fait d'une assurance maladie et non à cause du programme de gratuité. Nous prendrons en compte ce facteur dans notre analyse.

2.3. Méthodologie

Les déterminants du recours aux soins gratuits sont mesurés grâce à un modèle Logit. Notre échantillon, est composé des enfants qui ont utilisé les services de santé les 12 derniers mois. Pour mesurer les inégalités dans l'accès au programme, nous utilisons l'indice de concentration (IC) et la courbe de concentration. L'IC mesure les inégalités en considérant la santé et le rang socioéconomique de chaque individu. Mesurer ces indices requiert de prendre en compte la nature de la variable de santé. Lorsque celle-ci est une variable binaire, l'indice de concentration dépend de la moyenne, comme c'est le cas pour toute variable bornée. Il existe deux propriétés que l'indice de concentration doit respecter dans le cas des variables bornées telles que les variables binaires : la quasi relativité et la propriété miroir (Erreygers and Van Ourti 2011). L'IC modifié possède la première propriété, c'est-à-dire qu'il est insensible à toute transformation « possible » et proportionnelle de la variable de santé. Un indice d'inégalité doit aussi respecter la propriété « miroir », c'est-à-dire qu'on doit obtenir des inégalités de même amplitude (indices égaux en valeur absolue), qu'on se base sur

la réalisation ou la non-réalisation de l'événement. Prenons un exemple : si la variable de santé est la **mortalité** infantile (décès avant l'âge d'un an), l'IC doit être la même en valeur absolue que si la variable de santé était la **survie** à un an et donc $I(m) = -I(s)$. L'IC modifié ne respecte pas cette propriété et l'ordre des inégalités dépendrait de l'aspect considéré (mortalité ou survie). Les indices d'Erreygers et de Wagstaff possèdent cette propriété « miroir ». Dès lors, le chercheur doit choisir la propriété qu'il juge la plus importante et utiliser l'un ou l'autre de ces indices, car on ne peut satisfaire simultanément ces deux conditions. Le calcul de nos indices et de la courbe de concentration est fait avec la commande CONINDEX du logiciel STATA (O'Donnell et al. 2016).

2.4. Statistiques descriptives

Le programme de gratuité couvre à peine 63% des individus de notre échantillon. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer l'accès au programme de gratuité pour les enfants de moins de cinq ans. Il s'agit principalement des caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques du ménage auquel appartient l'enfant, mais également de la structure du ménage. Ces caractéristiques sont représentées dans cette étude par l'indice de richesse du ménage, le plus haut niveau d'éducation atteint par la mère, le sexe de l'enfant et du chef de ménage, ainsi que par le lieu de résidence (rural ou urbain). Les parents jouent un rôle important dans le développement de l'enfant, l'éducation de la mère est incluse dans notre analyse au vu du rôle central de la mère dans la santé de l'enfant surtout dans les pays en développement (Mensch et al. 2019). Suivant les recommandations de l'agence de la couverture maladie universelle, l'enfant doit présenter son extrait de naissance afin de pouvoir profiter de la gratuité ; une variable d'état civil montrant si l'enfant a été déclaré à la naissance est de ce fait introduite dans notre modèle. Quant à la structure du ménage, elle est illustrée par le nombre d'enfant de moins de cinq ans présents dans le ménage et par le lien de parenté avec le chef du ménage. Ce programme participant à la lutte contre la mortalité des enfants de moins de cinq ans, nous considérons aussi l'impact que peut avoir des maladies comme le paludisme et la malnutrition sur l'accès à la gratuité des soins. Pour ce faire, nous introduisons dans notre analyse des variables épidémiologiques. La

première décrit le profil épidémiologique du paludisme en subdivisant le pays en trois zones. A l'aide de l'EDS et de deux autres sources (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale 2017; Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme 2018), nous avons identifié trois profils basés sur le niveau d'incidence⁹ de la malaria en 2017. La première zone, ou zone de pré-élimination du paludisme regroupe l'ensemble des régions où l'incidence sur 1000 habitants est inférieure à 5 cas. La deuxième zone ou zone intermédiaire a une incidence comprise entre 5 et 15 cas pour 1000 habitants. Enfin la troisième zone ou zone de contrôle à une incidence supérieure à 15 pour 1000 habitants. A cette variable, nous ajoutons trois indicateurs de malnutrition que sont le retard de croissance (taille-pour-âge), l'émaciation (poids-pour-taille) et l'insuffisance pondérale (poids-pour-âge).

Le Tableau 3 permet de comparer les caractéristiques des bénéficiaires et des non-bénéficiaires de la politique de gratuité en termes de proportions. On remarque que la proportion des bénéficiaires du programme augmente avec le statut économique du ménage. De 13% pour le quintile le plus pauvre, elle passe à 26% pour les plus riches. Inversement, la proportion des non-bénéficiaires diminue avec l'indice de richesse. Ainsi, 13% des bénéficiaires du programme appartiennent au premier quintile de richesse (soit les plus pauvres), contre 34% des non-bénéficiaires appartenant à ce premier quintile. On observe que plus de la moitié (54%) des enfants bénéficiaires du programme vivent en zone urbaine, alors que 70% des non-bénéficiaires vivent en zone rurale. Parmi les enfants bénéficiaires, 71% vivent dans des ménages dont le chef est de sexe masculin. Les enfants dont la mère n'a pas reçu une éducation formelle représentent 53% des bénéficiaires et 61% des non-bénéficiaires. Cependant, la proportion d'enfants dont la mère a reçu une éducation de niveau secondaire ou supérieur est pratiquement la même dans les deux groupes (environ 18%). Parmi les bénéficiaires du programme, 82% ont pu justifier de leur éligibilité par un extrait d'acte de naissance, les autres n'en ont pas.

⁹ L'incidence d'une maladie est le nombre de nouveaux cas sur une période donnée. On obtient le taux d'incidence en divisant le nombre de nouveaux cas sur la période donnée par la population cible.

Tableau 3 : Caractéristiques des enfants de 0-5 ans bénéficiaire et non bénéficiaires de la politique de gratuité des soins en 2017 (en %)

Variables	Gratuité des soins	
	Non (37 %)	Oui (63%)
Indice de richesse		
Très pauvre	0,30	0,13
Pauvre	0,22	0,15
Moyen	0,17	0,22
Riche	0,16	0,24
Très riche	0,14	0,26
Zone de résidence		
Urbain	0,35	0,54
Rurale	0,65	0,46
Sexe de l'enfant		
Garçons	0,53	0,53
Filles	0,47	0,47
Sexe du chef de ménage		
Homme	0,74	0,71
Femme	0,26	0,29
Education de la mère		
Pas d'éducation	0,61	0,53
Primaire	0,21	0,28
Secondaire/Supérieur	0,18	0,19
A un certificat de naissance		
Non	0,21	0,10
Oui	0,65	0,82
Enregistré	0,12	0,07
Ne sait pas	0,02	0,01
Nombre d'enfants de moins de 5 ans dans le ménage	3,4	3,2
Relation avec le chef de ménage		
Fille/Fils	0,43	0,39
Petit-fils/petite-fille	0,31	0,35
Autres liens	0,24	0,22
Enfant adopté	0,01	0,02
Aucun lien	0,01	0,01
Mutuelle de santé		
Oui	0,02	0,01
Non	0,98	0,99
Assurances de santé secteur formel		
Oui	0,08	0,03
Non	0,92	0,97
Incidence du paludisme par zone		
<5‰	0,41	0,67
>5‰-<15‰	0,38	0,24
>15‰	0,21	0,09
Retard de croissance		
Non	0,82	0,86
Oui	0,18	0,14
Emaciation		
Non	0,90	0,91
Oui	0,10	0,09
Insuffisance pondérale		
Non	0,84	0,87
Oui	0,16	0,13

Source : Calcul de l'auteure à partir de EDS-Sénégal, 2017

La couverture maladie reste faible au Sénégal, mais les travailleurs du secteur formel peuvent fournir une assurance à leurs ayants-droits, leurs enfants notamment et ceux du secteur informel ont la possibilité d'enrôler les leurs dans une mutuelle de santé. Seul 1% à 3% des enfants bénéficiaires du programme sont respectivement affiliés à une mutuelle de santé ou à l'assurance sociale de leurs parents. Dans le groupe contrôle, 2% des enfants sont enrôlés dans une mutuelle de santé, et 8% dans l'assurance maladie. D'après le rapport de l'Enquête Démographique et Santé, les 14 régions du Sénégal sont inégalement desservies par le programme en termes de pourcentage d'enfants bénéficiaires. Le traitement du palu disme, responsable en 2017 de 8% des décès des enfants de moins de cinq ans (World Health Organization 2018a) est pris en charge gratuitement pour les enfants de moins de cinq ans. Les régions à plus faible incidence de paludisme ont aussi accueilli 67% des enfants qui ont reçu des soins gratuits, tandis que les régions à plus forte incidence n'ont enregistré que 9% de bénéficiaires. Quant aux maladies nutritionnelles, on remarque que les enfants en retard de croissance, émaciés ou en insuffisance pondérale représentent respectivement 14%, 9% et 13% des bénéficiaires du programme. Les enfants qui souffrent de carences nutritionnelles représentent une proportion légèrement supérieure des non-bénéficiaires, excepté pour les enfants en insuffisance pondérale (18%, 10% et 16% respectivement pour le retard de développement, l'émaciation et l'insuffisance pondérale).

2.5. Les déterminants de l'accès au programme

Pour mieux appréhender lesquelles de ces caractéristiques influencent positivement ou négativement la probabilité d'accéder au programme de gratuité, nous estimons trois différents modèles. Le premier le modèle n'inclut que les enfants sans assurance maladie ayant utilisé les services de santé. Nous ajoutons progressivement à ce modèle le statut d'assurance maladie (modèle 2) puis les indicateurs de malnutrition et l'incidence de la malaria (modèle 3). Dans chaque cas, la variable dépendante *Pol* est une variable binaire prenant la valeur 1 si l'enfant a bénéficié du programme, 0 sinon. L'effet de nos variables sur le programme est exprimé en odd-ratios ou rapports de cote.

Les résultats de la modélisation sont résumés dans le tableau 4. Il en ressort que les quintiles de bien-être économique influencent positivement l'accès aux soins gratuits (modèle 1). Les enfants issus des ménages les plus riches sont plus susceptibles de profiter de la gratuité des soins que les enfants les plus pauvres. Cela s'explique par le fait qu'ils sont confrontés à moins de barrières, financières et géographiques notamment : ils sont soit plus proches des structures de santé ou ont les moyens de s'y rendre le cas contraire. Les parents de ces enfants, souvent plus instruits, sont peut-être plus informés des droits de l'enfant et connaissent l'existence et l'effectivité du programme. Le milieu de résidence, le sexe de l'enfant et le nombre d'enfants de moins de cinq ans présents dans le ménage n'ont pas d'effet sur l'accès au programme. Appartenir à un ménage dont le chef de ménage est une femme a un effet négatif sur l'accès au programme comparé aux ménages dont le chef est un homme.

Les enfants couverts par l'assurance sociale de leurs parents ou par une mutuelle de santé sont moins susceptibles de profiter du programme de gratuité (modèle 2). Dans la mesure où seuls sont inclus dans l'échantillon les enfants ayant reçu aux services de santé dans les 12 derniers mois, deux raisons peuvent expliquer la relation négative entre ces assurances et le programme de gratuité : la composition du panier de soins financés par l'Etat (le programme couvre moins de soins), et le non-respect du système de référence (dans le cadre du programme, l'enfant doit obligatoirement être référé conformément à la pyramide sanitaire afin de pouvoir bénéficier de soins gratuits sauf en cas d'urgence). Enfin, on note que les enfants qui ont un certificat de naissance, adoptés ou accueillis au sein du ménage ont plus de chance de bénéficier de la gratuité que les enfants sans certificat de naissance et les enfants biologiques. La différence entre enfants biologiques et enfants accueillis pourrait s'expliquer par le statut d'assurance. En effet, lorsque l'on compare les deux premiers modèles, on observe aussi que cet effet augmente et est plus significatif dans le modèle 2 où on a introduit le statut d'assurance.

Tableau 4 : Déterminants de la gratuité des soins (Odd-ratio)

Variables	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Indice de richesse		Référence = très pauvre	
Pauvre	1,50** (0,25)	1,51** (0,25)	1,42** (0,24)
Moyen	2,54*** (0,58)	2,57*** (0,57)	2,27*** (0,53)
Riche	2,83*** (0,76)	2,90*** (0,76)	2,20*** (0,59)
Très riche	4,71*** (1,42)	4,35*** (1,21)	3,09*** (0,88)
Zone de résidence		Référence = urbaine	
Rurale	0,75 (0,16)	0,81 (0,17)	0,96 (0,21)
Sexe de l'enfant		Référence = garçons	
Filles	1,05 (0,08)	1,03 (0,08)	1,06 (0,09)
Sexe du chef de ménage		Référence = hommes	
Femme	0,77* (0,11)	0,80* (0,11)	0,75** (0,10)
Niveau éducation mère		Référence = sans éducation	
Primaire	1,06 (0,14)	1,07 (0,14)	1,12 (0,15)
Secondaire/Supérieur	0,83 (0,13)	0,76* (0,11)	0,83 (0,13)
Mutuelles de santé		Référence = Non	
Oui		0,20*** (0,08)	0,17*** (0,08)
Assurances de santé secteur formel		Référence = Non	
Oui		0,16*** (0,05)	0,14*** (0,04)
A un certificat de naissance		Référence = sans certificat	
Certificat	1,98*** (0,24)	1,96*** (0,24)	1,92*** (0,26)
Enregistré	0,89 (0,19)	0,85 (0,21)	0,81 (0,21)
Ne sait pas	1,18 (0,46)	1,24 (0,48)	1,18 (0,48)
Nombre d'enfants de - 5 ans	0,99 (0,03)	0,99 (0,03)	1,01 (0,03)
Relation avec le chef de ménage		Référence = enfants du chef de ménage	
Petit-fils/petite-fille	1,03 (0,14)	1,15 (0,15)	1,08 (0,14)
Autres liens	0,87 (0,11)	0,96 (0,12)	0,97 (0,13)
Enfant adopté	2,14** (0,70)	2,48*** (0,81)	2,62*** (0,87)
Aucun lien	1,31 (0,67)	1,13 (0,48)	1,15 (0,57)
Zone épidémiologique palustre		Référence=Zone de pré-élimination du paludisme	
Zone intermédiaire	-	-	0,42*** (0,08)
Zone de contrôle	-	-	0,36*** (0,08)
Retard de croissance		Référence=croissance normale	
Oui	-	-	1,06 (0,12)
Emaciation		Référence=Non	
Oui	-	-	1,03 (0,16)
Insuffisance pondérale		Référence=Non	
Oui	-	-	1,04 (0,15)
Constant	0,77 (0,21)	0,68 (0,18)	1,05 (0,30)
Observations	3837	4069	3839

NB : Ecarts-type entre parenthèses. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Un odd-ratio supérieur à 1 traduit une relation positive entre les caractéristiques retenues et l'enrôlement dans le programme, tandis qu'un odd-ratio inférieur à 1 traduira une relation négative.

Cela confirme que les enfants biologiques des chefs de ménage bénéficient très peu de la politique de gratuité, probablement parce qu'ils sont couverts par l'assurance de leurs parents ou sont enrôlés dans les mutuelles de santé, chacun de ces deux régimes offrant des paniers de soins plus avantageux.

L'introduction de nos variables de santé (plus particulièrement l'incidence du paludisme) a très légèrement diminué l'effet des quintiles de bien-être économique (en termes d'amplitude) sur l'enrôlement dans le programme (modèle 3), surtout celui du dernier quintile. Les indicateurs de malnutrition quant à eux n'impactent pas l'accès au programme. Il n'y a pas de différence significative entre les enfants en retard de croissance, émaciés ou en insuffisance pondérale et les enfants sans problème de malnutrition en termes d'accès. Cependant, les zones à plus forte transmission de paludisme sont aussi les moins desservies par le programme, comparé à la zone de pré-élimination du paludisme (Dakar, Thiès, Louga, Saint-Louis, Kaffrine). De manière générale, les modèles restent robustes à l'introduction du statut d'assurance et des variables épidémiologiques.

2.6. Inégalités pro-riches ou pro-pauvres ?

L'équité est un principe fondamental des droits de l'homme qui se décline dans plusieurs domaines, notamment au niveau de la santé et à l'accès aux soins de qualité. Selon l'OMS, ce principe se traduit par « le droit et l'opportunité pour chaque individu d'avoir la meilleure santé possible, l'objectif n'étant pas que tous les individus aient le même état de santé, mais plutôt que les disparités ne s'expliquent pas par une appartenance à un certain groupe, à une certaine région, religion ou race » (Whitehead 1991).

En effet, il existe certaines disparités au niveau de l'état de santé des individus qui sont inévitables (ou naturelles) comme celles liées à l'âge ou aux facteurs biologiques et d'autres évitables qui ne sont ni nécessaires, ni justes comme celles liées au statut socioéconomique des individus. Dans le même esprit que l'OMS (World Health Organization 2018b), Braveman et Gruskin définissent ainsi l'équité en santé comme l'absence d'inégalités entre des groupes d'individus appartenant à des catégories

sociales différentes (Braveman and Gruskin 2003). Ces inégalités peuvent être le fait d'une différence de revenu, de sexe, de race, d'ethnie, d'orientation sexuelle ou de religion. Le même principe peut s'appliquer à plusieurs niveaux : état de santé des individus, accès aux soins, qualité et financement des soins et services de santé.

Dans la suite, nous tâchons de mesurer les inégalités d'accès aux soins gratuits des enfants de moins de cinq ans. L'indice de Gini est la mesure des inégalités la plus connue. C'est un indicateur synthétique qui permet de mesurer les inégalités de revenus, de salaires, ou de niveaux de vie d'une population. Sa valeur varie de 0 à 1, 0 représentant une égalité parfaite et 1 une complète inégalité. L'indice de Gini est cependant une mesure unidimensionnelle et ne prend pas en compte la dimension socioéconomique des inégalités, contrairement aux indices de concentration qui classent les individus en fonction de leur statut socio-économique.

Nous privilégions dans notre étude l'indice et la courbe de concentration (Wagstaff et al. 1991). L'indice de concentration (IC) mesure des inégalités induites par le statut socioéconomique. Il est largement utilisé dans la mesure des inégalités relatives à la santé (État de santé, accès à des soins essentiels, politiques de subvention). Pour construire la courbe de concentration ou calculer l'indice, il faut donc disposer de deux variables : la variable d'intérêt dont on souhaite étudier la distribution (ici la variable qui mesure si l'enfant a bénéficié ou non du programme de gratuité) et une variable qui mesure le statut socioéconomique de l'enfant (ici l'indice de richesse). C'est ainsi que l'indice calculé nous renseigne sur comment l'accès aux soins gratuits est distribué en fonction du statut socioéconomique des ménages auxquels appartiennent les enfants. L'indice de concentration est deux fois l'aire entre la courbe de concentration et la ligne d'égalité, c'est-à-dire la première bissectrice du repère, qui traduit l'absence d'inégalités. Nous présenterons trois indices de concentration : l'indice de concentration modifié, l'indice de Wagstaff et l'indice de Erreygers. Pour prendre en compte la propriété miroir évoquée plus haut, la variable *pol* mesure l'accès aux soins gratuits et la variable *s_pol* mesure l'accès aux soins payants. Lorsque la courbe de concentration est au-dessus de la ligne d'égalité, l'indice est négatif et traduit la présence d'inégalités favorables aux plus pauvres. Dans le cas contraire, l'indice est

positif, et traduit une concentration de la variable d'intérêt chez les plus riches (figures 1a et 1b).

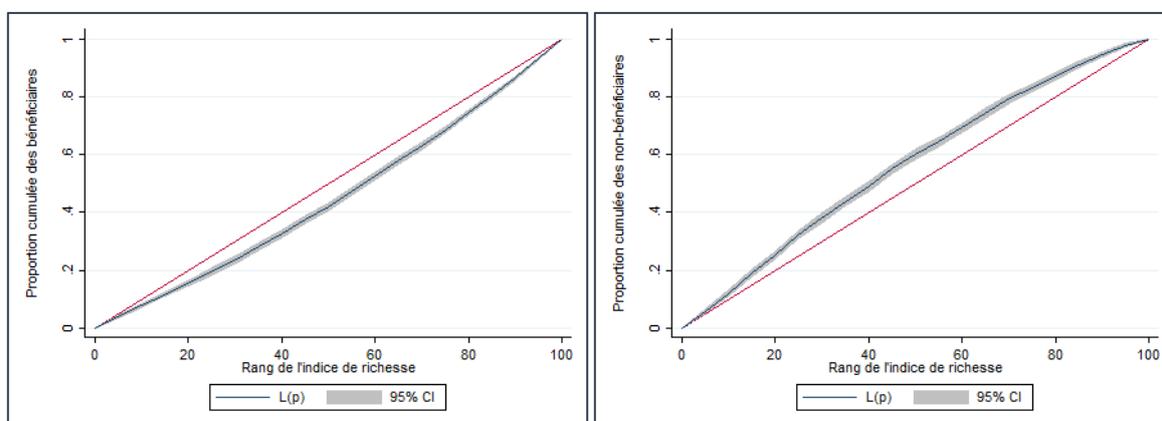
Le tableau 5 résume les résultats obtenus concernant la mesure des inégalités. Il en ressort que l'indice de concentration modifié donne des résultats différents (en valeur absolue) selon la variable utilisée, preuve qu'il ne respecte pas la propriété miroir. Le signe positif de l'indice (CI=0,13) montre néanmoins que l'utilisation des soins gratuits est concentrée chez les enfants issus de ménages aisés. Les inégalités sont plus importantes en valeur absolue lorsqu'on considère la variable « soins payants », démontrant ainsi une concentration d'amplitude supérieure des soins payants chez les plus pauvres (CI=-0,24). L'indice de Wagstaff et l'indice de Erreygers satisfont, quant à eux, la propriété miroir. Les résultats montrent une concentration des bénéficiaires du programme de gratuité parmi les enfants appartenant aux ménages les plus riches (CI=0,35 pour l'indice de Wagstaff et CI=0,32 pour l'indice de Erreygers) ; et une concentration d'égale amplitude en valeur absolue des soins payants chez les enfants issus des ménages les plus pauvres.

Le tableau 6 montre que les inégalités varient en fonction de la zone de résidence. Nous privilégions ici les indices de concentration qui respectent la propriété miroir. En zone rurale, les ménages les plus aisés ont davantage accès au programme (CI=0,25 pour l'indice de Wagstaff et CI=0,24 pour l'indice d'Erreygers), mais ces inégalités pro-riches existent aussi en zone urbaine (CI=0,23 pour l'indice de Wagstaff et CI=0,16 pour l'indice d'Erreygers). La différence entre les indices de concentration dans les deux zones bien que faible, reste significative et montre que les inégalités restent plus prononcées en zone rurale.

Figure 2 : Courbes de concentration

a) Pour les soins gratuits

b) pour les soins payants

**Tableau 5 : Indices de concentration**

Index	Pol	S_pol	Ecart types robustes	P-value
IC modifié	0,13	-0,24	0,028	0.000
IC Wagstaff	0,35	-0,35	0,041	0.000
IC Erreygers	0,32	-0,32	0,037	0.000

*Source : Calcul de l'auteure***Tableau 6 : Indices de concentration parmi les usagers des services de santé par zone de résidence**

Index	Zone de résidence	Valeur IC	Ecart-types robustes	P-value
IC	Urbaine	0,23	0,0571	0,0001
Wagstaff	Rurale	0,25	0,0538	0,0000
IC	Urbaine	0,16	0,0402	0,0001
Erreygers	Rurale	0,24	0,0531	0,0000

Source : Calcul de l'auteure

2.7. Discussion et conclusion

Suivant l'exemple d'autres pays d'Afrique Subsaharienne, la politique de gratuité des soins destinées aux enfants de moins de cinq ans a été mise en place en 2013 au Sénégal pour réduire la mortalité infantile en rendant facile l'accès aux soins pour les plus vulnérables. Cette politique reste très peu documentée comparée aux programmes de gratuité destinés aux femmes enceintes ou aux personnes âgées.

La présente étude vise à combler en partie ce vide et a eu comme objectif d'identifier les facteurs qui influencent la probabilité d'être couvert ou non par le programme lorsque les conditions le permettent. L'indice de richesse, le sexe du chef de ménage, l'affiliation à un régime d'assurance maladie, la déclaration à la naissance et le lien de parenté avec le chef de ménage sont des facteurs déterminants. Plus le ménage est riche, plus les enfants de moins de cinq ans sont susceptibles de bénéficier du programme. Les résultats montrent également que quand les enfants sont assurés par la couverture sociale de leur parents, le programme de gratuité n'est pas utilisé pour financer les soins et services de santé. L'effet négatif du système d'assurance maladie basé sur l'emploi est fortement significatif dans notre modèle. Ce qui confirme que même si le programme ne cible pas un statut socioéconomique en particulier, les enfants sans couverture maladie ont plus de chance d'en bénéficier.

S'agissant du caractère redistributif du programme, l'indice et la courbe de concentration montrent que l'utilisation des services de santé gratuits est concentrée chez les enfants issus des ménages les plus riches. Nous avons comparé les résultats selon la zone de résidence. Même si le lieu de résidence ne détermine pas l'accès au programme, on remarque que les inégalités d'accès au programme sont aussi bien présentes en zone urbaine qu'en zone rurale, mais reste plus prononcées en zone rurale.

Les résultats confirment que les politiques de gratuité qui ciblent une certaine population sur la base de caractéristiques facilement identifiables (femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, personnes âgées) ne sont pas pro-pauvres, contrairement aux politiques d'exemption. Au Sénégal, la gratuité ne concerne que les soins essentiels et n'inclut pas tous les soins, encore moins les coûts indirects comme les frais de transport pour se déplacer jusqu'à la structure de santé. Cela est encore plus vrai en zone rurale dans le cas où par exemple le patient doit se rendre en ville pour une consultation ou une hospitalisation qu'il ne pourrait obtenir en zone rurale. Les politiques de gratuité se heurtent souvent à des contraintes qui rendent l'accès difficile aux plus pauvres (Atchessi et al. 2016). Il existe aussi des différences d'État de santé qui peuvent jouer un rôle déterminant. Les besoins sont hétérogènes et nos résultats pourraient tout aussi bien signifier que les enfants les plus pauvres, sont en plus

mauvaise santé que ceux des ménages aisés ce qui induit le recours aux soins de santé plus coûteux et donc non-couverts par le programme de gratuité.

Les régions qui profitent le moins de la politique sont les régions de Kolda, de Tambacounda, Kédougou et Ziguinchor (Agence Nationale de la Statistique et de la démographie 2017). Notre analyse confirme également que ces régions correspondent aux zones où le paludisme sévit encore avec une incidence supérieure à 5 cas pour mille habitants. Les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, toute cause confondue, sont pourtant plus élevés dans cette partie du pays. Kolda notamment, enregistre le plus fort taux de mortalité en 2017 (81,41‰), suivi de Kédougou (71,36‰) et Tambacounda (62,79‰) (UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation 2020). Au-delà des inégalités liées au revenu observées dans notre étude, il existe aussi des inégalités interrégionales, défavorables aux régions enregistrant les taux de mortalité les plus élevés.

Cette politique pourrait aussi être comparée aux programmes qui lui ont précédé, comme le plan sésame visant les plus de 60 ans et le programme de gratuité ciblant les femmes enceintes. Les lacunes liées à la mise en place de ces deux programmes peuvent aussi expliquer les inégalités identifiées par cette thèse. Il s'agit des ruptures de stocks, du manque d'informations concernant la gratuité et les soins pris en charge, du manque de personnel, ou de la faible qualité des soins. Les retards de remboursement de l'Agence de la Couverture Maladie aux hôpitaux peuvent également créer de la réticence du personnel de santé envers la gratuité des soins et de ce fait rendre le programme non-effectif dans certaines zones.

De son côté, l'Agence se veut aussi lutter contre les irrégularités liées aux prestations effectivement fournies dans le cadre de la gratuité, comme les paniers de soins incomplets, et néanmoins facturés par les établissements. Pour contenir les coûts et assurer un financement durable du programme de gratuité, les autorités sénégalaises ont décidé d'intégrer cette politique dans les mutuelles de santé. Le financement restera à la charge de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle, qui assurera désormais l'achat des prestations de soins par l'intermédiaire des mutuelles de santé. En plus de réduire la fragmentation du financement, cette mesure va permettre de proposer un panier de soins plus attractif qui puisse satisfaire les bénéficiaires.

Cependant, sans mesure d'accompagnement, cette réforme risque juste de transférer les inégalités d'un programme à un autre. C'est la raison pour laquelle cette intégration gagnerait à être accompagnée d'un ciblage des populations des plus vulnérables. Cela se fait déjà pour l'enrôlement dans les mutuelles des populations les plus pauvres pour lesquelles les cotisations sont entièrement prises en charge par l'Etat à travers le Programme National de Bourses de Sécurité Familiale (PNBSF). L'objectif de ce programme est d'octroyer des transferts sociaux aux ménages les plus vulnérables, sur la base d'une évaluation de leur statut socioéconomique. Les bénéficiaires de ces bourses sont progressivement enrôlés dans les mutuelles de santé, à la charge de l'Etat. Ce ciblage sera mis à profit par la réforme portant sur l'intégration des initiatives de gratuité aux mutuelles. Un projet pilote lancé en 2018 dans la région de Kaffrine a d'ailleurs permis l'enrôlement administratif des enfants de moins de cinq y compris ceux bénéficiaires du PNBSF.

La réforme prévoit que les soins restent néanmoins gratuits pour tous les enfants de moins de cinq ans malgré le transfert de la gestion des bénéficiaires aux mutuelles. Dans le long terme, pour assurer la soutenabilité, il est nécessaire que les avantages soient assez attractifs pour encourager les ménages les moins démunis à enrôler leurs enfants aux mutuelles de santé, moyennant des contributions plus ou moins subventionnées selon leur niveau de revenu, tandis qu'un ciblage adéquat à plus grande échelle permettrait de contribuer pour les enfants issus de ménages les plus vulnérables. Enfin, il est nécessaire de réduire les inégalités interrégionales d'accès au programme en identifiant les principales barrières qui expliquent le faible recours aux soins dans certaines parties du pays malgré la gratuité.

Chapitre III : Les principes éthiques du rationnement de la thérapie de remplacement rénale¹⁰

¹⁰ Ce chapitre est actuellement en révision pour la revue *Renal Replacement Therapy*, sous le titre « The ethical principles of renal replacement therapy in Senegal » (avec Martine Audibert).

3.1. Introduction

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) décrit «la perte irréversible de la fonction rénale qui, sans traitement, est susceptible d'entraîner des complications mortelles telles qu'une hyperkaliémie ou un œdème pulmonaire sur plusieurs jours ou semaines »(Rodger 2012). Cette phase terminale est la cinquième étape de l'évolution d'une maladie rénale chronique décrite dans le tableau 7; chaque phase dépendant d'un niveau spécifique de taux de filtration glomérulaire, le meilleur indicateur de la fonction rénale. Au stade 5, les patients ont besoin d'une thérapie de remplacement rénal pour survivre. La thérapie de remplacement rénal peut être soit une hémodialyse (HD), une dialyse péritonéale (DP) ou une transplantation rénale.

La maladie rénale chronique entraîne 2,4 millions de décès par an dans le monde (Crews et al. 2019) et est devenue l'une des 10 premières causes de mortalité dans en 2019 (World Health Organization 2020b) ; il devient de plus en plus crucial d'assurer l'accès à la dialyse ou à la transplantation, en particulier dans les pays en développement. En raison du coût élevé du traitement, des pays à revenu faible et intermédiaire ont mis en place des programmes nationaux qui couvrent toutes ou une partie des charges liées à la thérapie de remplacement rénal (Barsoum et al. 2015). C'est le cas du Sénégal qui a ciblé l'IRCT comme une partie de sa stratégie d'extension de la couverture santé universelle. C'est une initiative ambitieuse, étant donné que les maladies non transmissibles sont connues pour être d'importants facteurs de coûts, quel que soit le niveau de revenu du pays, mais encore plus dans les pays en développement.

Au Sénégal, les principales causes d'insuffisance rénale sont le diabète et l'hypertension artérielle. En 2009, le diabète et la maladie rénale chronique étaient respectivement les 12^{ème} et 13^{ème} cause de mortalité au Sénégal. En 2019, le diabète a causé 30% de décès en plus et l'insuffisance rénale chronique 22,6% décès supplémentaires, faisant d'eux respectivement les 8^{ème} et 9^{ème} cause de décès, tandis que l'hypertension artérielle reste l'un des premiers facteurs de risque de décès et d'incapacité (Abbafati et al. 2020a, 2020b).

Tableau 7 : L'évolution de la maladie rénale chronique

Phases de la maladie rénale chronique		DFG* (ml/min/1.73m ²)
Phase 1	Lésions rénales avec fonction rénale normale	90 ou plus
Phase 2	Lésions rénales avec perte légère de la fonction rénale	89 to 60
Phase 3a	Perte légère à modérée de la fonction rénale	59 to 45
Phase 3b	Perte modérée à sévère de la fonction rénale	44 to 30
Phase 4	Perte sévère de la fonction rénale	29 to 15
Phase 5	Insuffisance rénale terminale	Moins de 15

**Débit de filtration glomérulaire*

Source: National Kidney Foundation (USA).

Dans les pays développés, où la survie semble garantie, la qualité de vie des patients est au cœur des décisions médicales et de l'allocation des ressources, contrairement aux pays en développement où la priorité reste dans l'accès : « la préservation de la vie est la préoccupation - la qualité de vie n'est pas l'objectif principal » (Awuah *et al.* 2013). Cependant, supprimer le poids financier assure la survie des patients, surtout les plus défavorisés mais devrait aussi garantir une meilleure qualité de vie, ne serait-ce que par l'aspect psychologique. Pour l'heure, le plus grand défi pour les pays en développement est de fournir l'accès à la dialyse à chaque patient qui en a besoin. En 2015, 10% de la population mondiale souffrait d'insuffisance rénale chronique ; environ 2 millions de personnes avaient accès à la dialyse en 2010 (National Kidney Foundation 2015). Liyanage *et al.* ont estimé que cela ne représentait que la moitié de ceux qui en avaient besoin ; au moins 2 millions de personnes meurent chaque année en raison du manque de traitement (Liyanage *et al.* 2015).

Comme de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, il y a un manque de données sur l'IRCT au Sénégal. Cependant, un papier de Niang et Lemrabott, publié en 2020, a fourni un aperçu de la progression de la maladie. L'accès à la thérapie rénale a connu une grande amélioration notamment grâce au développement des centres de dialyse (2 centres fonctionnels en 2000, 13 en 2017, 17 en 2019). Environ 1092 patients ont eu des séances de dialyse en 2019, 590 patients en 2017 contre seulement 25 en 2004. Le coût moyen d'une séance de dialyse est de 60.000FCFA en moyenne (environ 91 euros la séance), et trois séances sont nécessaires par semaine (Boucar and Ucad 2017; Niang and Lemrabott 2020).

A ses débuts, le programme national de dialyse consistait juste en une subvention partielle des frais. En 2012, l'Etat a instauré une exemption totale. Les recommandations nationales stipulent que chaque citoyen diagnostiqué a droit à trois séances de dialyse gratuites dans le secteur public par semaine. Après le diagnostic, le patient remplit un formulaire et adresse une lettre de demande manuscrite au directeur d'un hôpital qui possède un centre de dialyse. L'ANACMU recommande d'inscrire les patients atteints d'IRCT sur une liste d'attente en raison du nombre limité de lits de dialyse et du nombre croissant de patients. Cette stratégie est une forme de rationnement. Comme chaque hôpital gère sa propre liste d'attente, un patient peut s'inscrire sur plusieurs listes en même temps. En attendant une place, celui-ci peut recourir au secteur privé s'il en a les moyens. En moyenne, 1000 patients sont régulièrement inscrits sur des listes d'attente et environ 75% des patients atteints d'IRCT décèdent par manque de dialyse (Agence de la Couverture Maladie Universelle 2017a; Niang and Lemrabott 2020).

Au niveau des hôpitaux, des comités décident de l'enrôlement des patients. L'allocation des ressources de soins de santé doit respecter certains principes éthiques regroupés en trois catégories : traiter les gens de manière égale, donner la priorité aux plus démunis et maximiser le bien-être total (Persad *et al.* 2009). Les stratégies de rationnement ne sont pas exclusives et peuvent être utilisées simultanément. En Afrique du Sud, par exemple, où le rationnement de la dialyse est pratiqué à grande échelle, des comités ont été mis en place pour prendre les décisions finales sur l'enrôlement des patients dans les structures de dialyse (Moosa and Kidd 2006). En 2009, les directives nationales recommandaient que le premier critère pour recevoir une dialyse soit l'éligibilité à une transplantation rénale (Department of Health 2009), ce qui exclut les personnes qui ont un mauvais État de santé. Le processus de sélection répond donc à des principes utilitaristes. Une étude rétrospective menée dans un centre situé à Cape Town a révélé que parmi ces patients éligibles, les patients les plus jeunes (âgés de 20 à 40 ans), les non diabétiques, les plus riches et les blancs étaient plus susceptibles de bénéficier de la dialyse que les autres. Certains de ces critères, comme la présence de comorbidités sont utilitaristes (les non-diabétiques ont de meilleurs résultats en dialyse que les patients diabétiques). D'autres, comme l'âge,

sont fondés sur le prioritarisme (les jeunes patients sont les plus désavantagés en termes d'espérance de vie s'ils ne sont pas traités) (Moosa and Kidd 2006).

3.2. Principes éthiques du rationnement

Beaucoup d'auteurs s'accordent sur l'inévitabilité du rationnement des soins médicaux que ce soit dans des pays développés ou dans les pays en développement. Cependant, il ne fait aucun doute que le rationnement est plus critique dans les pays pauvres en raison de la faible part du budget consacrée au secteur. Il se produit à n'importe quel niveau du système de santé, des décideurs qui allouent un budget, aux patients lorsqu'ils prennent la décision de ne pas se soigner pour des raisons financières. Le rationnement est induit par un principe fondamental de la définition de l'économie de Lionel Robbins : la rareté. En effet, la rareté entraîne le contrôle de la répartition des ressources et de certains services au sein d'une population. Le rationnement des soins de santé est défini comme le refus d'un traitement potentiellement bénéfique à un patient en raison de sa rareté (Truog *et al.* 2006) .

Cependant, alors que Robbins soutient que l'économie est une science positive, en excluant notamment toute considération éthique, il est devenu évident pour d'autres auteurs que les aspects normatifs sont essentiels, en particulier lorsqu'il s'agit de la santé (Backhouse and Medema 2009). En effet, le rationnement de certains biens publics, comme les soins de santé, soulève des préoccupations éthiques, car par définition, le rationnement va priver des individus de soins dont elles ont besoin, parfois au détriment de leur propre vie ou de leur bien-être. Même s'il est nécessaire et inévitable, il doit donc être guidé par des principes de justice sociale (Scheunemann and White 2011). A qui doit-on offrir des soins, à qui doit-on les refuser et pour quels motifs ? Ce sont des questions qui s'imposent aux praticiens et aux preneurs de décisions. Il existe de nombreuses théories de justice sociale. Cependant, la littérature évoque souvent trois théories concernant le rationnement des soins de santé : l'utilitarisme, l'égalitarisme et le prioritarisme¹¹.

¹¹ Traduit du terme anglais prioritarianism.

Matérialisé aujourd'hui par l'analyse coût-bénéfice ou bénéfice-risque, l'utilitarisme né au XIXe siècle est une théorie sociale fondée sur l'utilité. Il met l'accent sur la maximisation du bien-être sociétal. En d'autres termes, selon cette théorie, une allocation équitable des ressources est celle qui maximise l'utilité dans la société tout entière. Cependant, l'utilitarisme a suscité certaines inquiétudes quant à la quantification des avantages pour la santé ou à leur répartition équitable (le plus grand avantage au plus grand nombre signifie qu'une minorité est lésée). Par conséquent, l'utilitarisme n'aborde pas nécessairement l'aspect moral du rationnement (Beauchamp and Childress 2019; Coulton and Rosenberg 1981) .

La théorie de John Rawls a largement influencé les théories égalitaires avec deux principes: le premier est l'importance de l'égalité des droits et des libertés fondamentales entre les citoyens. Le second principe comprend deux conditions : l'égalité des chances et le principe de différence. L'égalité des chances souligne que les inégalités moralement acceptables ne doivent pas être source d'injustice dans l'accès à certains biens sociaux. Le principe de différence stipule que si les inégalités sont permises, elles doivent pouvoir profiter aux plus défavorisés. L'égalitarisme repose sur l'idée que chaque individu devrait avoir une chance égale d'accéder aux ressources ou services. Le rationnement basé sur l'égalitarisme est, par exemple, la liste d'attente (stratégie du « premier arrivé, premier servi »), la loterie ou le triage. Appliqués seuls, ces processus égalitaires sont « aléatoires » et nécessitent peu d'informations, contrairement au rationnement basé sur le prioritarisme (Scheunemann and White 2011; Wenar 2017).

Le prioritarisme est la conviction que le rationnement des ressources devrait donner la priorité aux mal lotis. Il est difficile de délimiter la portée de la définition d'un mal loti cependant. Cela peut être une personne qui subit une perte d'espérance de vie importante, par exemple parce qu'elle est encore jeune et risque de mourir prématurément si elle ne reçoit pas les soins nécessaires. Une interrogation centrale abordée dans la littérature et discutée plus loin dans notre analyse est le rôle de des désavantages non liés à la santé dans la détermination du mal loti. Deux camps s'opposent: les exceptionnalistes et les pluralistes. Les premiers soutiennent que seules les considérations de santé devraient compter pour allouer les ressources, ce

qui est discutable. Selon les croyances pluralistes, nous devrions considérer que toutes les formes de désavantages sont pertinents et doivent être considérés, fussent-ils ou non liés à la santé (Hausman 2007; Sharp and Millum 2018).

3.3. Données et échantillons

Nous avons mené l'étude dans la zone urbaine de Dakar. Cette région compte plus de trois millions d'habitants et est la plus peuplée du Sénégal. Elle concentre la majorité des patients et des centres HD. C'est également la seule région qui fournit la dialyse aussi bien dans les centres publics et privés, offrant une alternative coûteuse aux patients qui n'ont pas de places dans les hôpitaux publics. Au moment où nous avons demandé les autorisations pour l'enquête, quatre centres publics et quatre centres privés étaient fonctionnels et offraient des séances de dialyse à Dakar. Notre stratégie empirique nécessitait des données des secteurs public et privé. Nous avons mené une étude transversale entre octobre 2018 et février 2019 dans l'ensemble des huit centres de dialyse¹². Nous avons interrogé 201 patients. Dans les centres publics (centres A, B et C), chaque patient a droit à trois séances de dialyse gratuites par semaine. Le centre D faisait exception à deux titres : d'une part, il est sous tutelle de l'armée, contrairement aux autres hôpitaux publics pilotés par le ministère de la santé. Deuxièmement, en raison du manque de ressources humaines (à l'époque), les patients de ce centre n'avaient que deux séances de dialyse par semaine au lieu de trois. Dans les centres privés, le nombre de séances de dialyse est fortement lié aux revenus et dépend de la capacité de paiement des patients :

- Dans le centre E, une thérapie de dialyse coûte 65.000 FCFA.
- Le centre F a signé une convention avec le ministère des finances. A ce titre, il reçoit les fonctionnaires et leurs ayants droit trois fois par semaine. Le régime non contributif des fonctionnaires prend en charge les frais de dialyse.

¹² Le questionnaire utilisé est dans l'annexe A2.

- Le centre G est un autre centre privé qui a signé une convention avec l'Agence de couverture sanitaire universelle qui subventionne partiellement les frais de dialyse mais uniquement pour un petit nombre de patients.
- Le centre H est un centre privé mis en place par une association de patients. Une séance de dialyse y coûte 10.000 FCFA (environ 15 euros).

En somme, nous avons mené des entretiens avec des patients dans des centres dans quatre communes de la région de Dakar et interrogé des patients de plus de 18 ans et en dialyse depuis au moins un mois. Les séances étant programmées différemment selon le type d'établissement, nous avons interviewé au hasard les patients en dialyse pendant la journée et sommes restés dans chaque centre pendant au moins trois jours. Nous avons interrogé 201 patients au total, dont l'un n'a pas terminé l'entretien parce que trop malade. Cinq patients ont décliné notre demande. Les entretiens ont duré environ 20 à 30 minutes et se sont déroulés soit en wolof soit en français

3.4. Méthodologie

L'objectif principal est de savoir si les recommandations nationales en termes d'enrôlement des patients diffèrent des critères appliqués au niveau des hôpitaux publics. Comme objectif secondaire, nous identifierons les principes de justice sociale potentiellement appliqués dans les hôpitaux. Pour ce faire, nous avons effectué une analyse de régression Logit multivariée pour identifier les déterminants de l'inclusion au programme. La variable à expliquer est si le patient est dialysé dans un hôpital public ou un centre privé, la réponse OUI signifiant qu'il bénéficie automatiquement du programme national de dialyse. Les variables de contrôle comprennent la chronicité et les caractéristiques socio-économiques telles que le statut de richesse, la répartition de l'assurance, le niveau d'éducation. La chronicité est définie comme l'état de tout ce qui est chronique ou qui a une longue durée. Nous la mesurons par la durée d'hémodialyse. Elle est estimée en années et représente le temps écoulé entre l'année ou le mois (si la durée est inférieure à une année) où le patient a eu sa première séance de dialyse et le jour de notre entretien. Nous émettons l'hypothèse que si le principe égalitaire est appliqué et que le « *premier arrivé est le premier servi* » comme stipulé par les recommandations, la durée de la maladie (ou la chronicité) devrait être un

prédicteur dominant de l'enrôlement. En outre, l'effet des facteurs socio-économiques ne devrait pas covarier entre les patients avec la même chronicité. En d'autres termes, pour deux patients avec le même niveau de chronicité, les probabilités d'être dialysés dans le secteur public ne devraient pas varier en fonction de leur statut socioéconomique par exemple.

3.5. Statistiques descriptives

Dans notre échantillon, 73% des patients sont sous dialyse depuis moins de cinq ans. Concernant la durée de la dialyse, nous avons constitué trois groupes :

- « Les nouveaux arrivants » c'est-à-dire tous les patients en dialyse depuis moins d'un an ;
- Les patients en dialyse entre une et cinq années ;
- « Les anciens », les patients en dialyse depuis plus de cinq ans.

L'indice de richesse est mesuré à l'aide d'une analyse en composantes principales basée sur les possessions¹³ des ménages. Nous avons également inclus des caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, les coûts de transport (dont la variable a été normalisée) comme indicateur de la distance aux centres de dialyse et l'adhésion à une organisation de patients. Ces dernières sont des plateformes d'autonomisation, de soutien et de partage d'informations et ont joué un rôle important dans la suppression des coûts de dialyse. Le statut d'assurance et le niveau d'éducation sont des variables binaires, tandis que l'âge est classé en trois classes : 18-40 ans, 40-60 ans et les plus de 60 ans.

Les patients dialysés depuis moins d'une année représentent 44 % des patients du secteur privé et seulement 14% du secteur public (tableau 8). Cependant, nous observons que lorsque la durée est supérieure à cinq ans, la proportion de patients dialysés inscrits au programme est plus importante (47%). Environ 80% des personnes inscrites au programme ne sont pas assurées, contre 54% dans les centres privés. Seuls 21% des patients dialysés dans les centres publics ont une assurance maladie.

¹³ Radio, tv5, abonnement canal, téléphone portable, machine à laver, cuisinière à gaz, climatisation, ordinateur, internet, voiture, compte bancaire, maison, terre, source d'eau : eau en bouteille, source d'énergie cuisine : gaz.

Tableau 8 : Répartition des patients selon les caractéristiques socioéconomiques et selon le type de centre

Variables	Pourcentage (n)—Moy ± écart Type	
	Dialyse gratuite	
	Non (n)	Oui (n)
Chronicité		
0 - 1 an	43.86 (50)	13.79 (12)
1 - 5 ans	44.74 (51)	39.08 (34)
+5 ans	11.40 (13)	47.13 (41)
Indice de richesse		
Quintile 1	19.64 (22)	20.93 (18)
Quintile 2	22.32 (25)	17.44 (15)
Quintile 3	20.54 (23)	18.60 (16)
Quintile 4	16.96 (19)	24.42 (21)
Quintile 5	20.54 (23)	18.60 (16)
Assurance		
Sans assurance	54.39 (62)	79.31 (69)
Assurés	45.61 (52)	20.69 (18)
Age		
18-40	19.30 (22)	32.18 (28)
40-60	50.88 (58)	49.43 (43)
+60	29.82 (34)	18.39 (16)
Education		
Sans éducation	19.30 (22)	33.33 (29)
Education	80.70 (92)	66.67 (58)
Associations de patients		
Non	80.70 (92)	57.47 (50)
Oui	19.30 (22)	42.53 (37)
Coûts de transport	0.13±0.15	0.08±0.09
N	114	87

Source : Calcul de l'auteur à partir des données recueillies

L'IRCT touche la population en âge de travailler : les personnes âgées de 40 à 60 ans représentent respectivement 51 % et 49 % des patients des centres privés et publics. Les jeunes sont plus représentés dans les hôpitaux publics que dans le secteur privé. Les patients qui n'ont pas un niveau d'éducation primaire sont sous représentés dans l'échantillon. Les résultats montrent que 67% des patients inscrits au programme ont au moins un niveau d'éducation primaire contre 81% dans le secteur privé. En proportion, il y a plus de patients impliqués dans une organisation de patients dans les centres de dialyse public que dans le secteur privé (43 % vs 19 %). En revanche, 81% des patients pris en charge dans les centres privés n'appartiennent à aucune association de patients. Dans notre modèle de régression, la variable indice de richesse classe les patients de notre échantillon des plus pauvres aux plus riches en fonction de leurs possessions et de leurs conditions d'habitation.

3.6. Résultats

Les résultats sont présentés dans les tableaux 9 et 10. Nous avons effectué une estimation des effets marginaux pour mieux interpréter les résultats du modèle Logit. Nos résultats montrent que la chronicité est le principal prédicteur du programme de dialyse. Les « nouveaux entrants » ont 43 % moins de chance d'être dialysés dans le secteur public que les anciens, et ceux sous dialyse depuis un à cinq ans sont 29 % moins susceptibles d'être dialysés dans le public. Cela est cohérent avec l'analyse statistique puisque la chronicité moyenne est deux fois plus élevée dans le secteur public que dans le secteur privé (tableau 11). Les patients dans le 4^{ème} quintile de richesse ont une probabilité plus élevée d'être inscrits au programme que les plus pauvres (+15%) et les patients assurés sont moins susceptibles d'être dialysés dans le secteur public, avec 19% moins de chance d'être enrôlés dans le programme.

Concernant le niveau d'instruction, la politique de gratuité semble défavorable aux plus instruits (-14%). Le comité hospitalier tient également compte de l'âge des patients dans certains cas et tend à favoriser les plus jeunes. Nos résultats confirment cette situation puisque les patients âgés sont moins susceptibles d'être enrôlés. Par rapport aux moins de 40 ans, les patients âgés de 40 à 60 ans ont 12 % de chances en moins d'être inclus et les personnes âgées de plus de 60 ans ont 21% de chance en moins. L'adhésion à une association augmente la probabilité d'entrer dans le programme. Les patients impliqués dans une organisation de patients sont 15% plus susceptibles de bénéficier de soins de dialyse gratuits. Nous considérons les coûts de transport comme une approximation de la distance jusqu'à un hôpital ou un centre de dialyse ; ils ne sont pas significatifs.

En somme, nos résultats montrent que la chronicité joue un rôle essentiel dans l'accès au programme. C'est aussi le cas et dans une certaine mesure pour l'éducation, l'âge, l'indice de richesse et l'organisation des patients. Pour savoir si l'effet de ces facteurs socioéconomiques varient pour un même niveau de chronicité, nous mesurons les effets marginaux moyens des variables socio-économiques pour chaque niveau de

chronicité. Autrement dit, pour chaque catégorie de variables de contrôle, nous évaluons les probabilités d'être dans le programme en tenant compte de la chronicité.

Nous venons ainsi d'établir que les patients en dialyse depuis moins de cinq sont moins susceptibles d'être dialysés dans le public que ceux qui font des séances de dialyse depuis plus de cinq, ce qui reste cohérents avec les recommandations nationales.

Le Tableau 10 compare les patients en dialyse depuis moins de cinq années aux patients en dialyse depuis plus de cinq ans (base) au sein de chaque catégorie des variables de richesse, d'assurance, d'âge, d'éducation et d'association. On sait par exemple que les « nouveaux entrants ont moins de chance d'être dialysés dans le secteur public, mais y observe-t-on une différence entre un nouvel entrant riche et un nouvel entrant pauvre ? Cela aurait pu être vérifié en créant des variables d'interaction mais l'interprétation des résultats en serait difficile.

Pour les nouveaux entrants nous observons que les plus pauvres d'entre eux sont 43% moins de chance d'avoir une place dans le secteur public que les anciens hémodialysés les plus pauvres. A travers les différents quintiles, les effets marginaux varient très légèrement (entre 40% et 43% selon le quintile). Si nous considérons par exemple les plus riches et les plus pauvres des nouveaux entrants, on constate qu'ils ont la même probabilité d'intégrer les structures publiques. En d'autres termes, les plus riches d'entre eux ne bénéficient pas d'un avantage supplémentaire lié à leur statut et les plus pauvres ne sont pas priorisés en raison de leurs vulnérabilités. Au vu de la très faible variation des effets marginaux à travers les différents quintiles, nous considérons donc que l'effet de la durée ne varie pas considérablement en fonction de la richesse. La même conclusion vaut pour les autres variables comme le niveau d'éducation et l'adhésion à une association de patients. Chez les nouveaux entrants, les individus assurés ont 5% de chance de plus d'intégrer le programme que les individus sans assurance. L'effet durée est similaire selon les niveaux d'éducation et selon l'appartenance ou non à une association de patients (-43%), et il covarie légèrement entre les tranches d'âge (1% à 3%).

Tableau 9 : Les déterminants de l'enrôlement dans le programme de gratuité

Variables	Effets marginaux
Durée (Référence = >5 ans)	
Nouveaux entrants(<1 an)	-0,42*** (0,097)
(1-5 ans)	-0,27*** (0,078)
Quintiles de richesse (Référence = Q1)	
Q2	-0,05 (0,075)
Q3	0,02 (0,085)
Q4	0,17* (0,086)
Q5	0,07 (0,096)
Assurance (Référence = non)	
Oui	-0,19*** (0,07)
Age (Référence = 18- 40ans)	
40-60	-0,12* (0,072)
+60	-0,20** (0,088)
Education (Référence = non)	
Oui	-0,15** (0,068)
Association de patients (Référence = non)	
Oui	0,14** (0,072)
Coûts de transport	
	-0,43 (0,345)
Observations	200

*** $p \leq 0.01$, ** $p \leq 0.05$, * $p \leq 0.1$, Ecart-types 0

Note: dy/dx for factor levels is the discrete change from the base level

Pour les patients en dialyse entre une et cinq années, l'effet de durée varie légèrement pour les patients dialysés à travers les catégories des variables de richesse, d'assurance, d'éducation, d'âge et d'appartenance à une association de patients. Les probabilités d'enrôlement sont identiques pour tous les quintiles de richesse, sauf pour les individus du 4^{ème} quintile qui ont 4 % de chance en plus d'être inscrits que les patients des quintiles restants dont les effets marginaux sont fixés à -29%. Les plus jeunes patients ont une probabilité d'enrôlement plus élevée (+3%) que les plus âgés, les patients sans éducation ont une probabilité supérieure de bénéficier de dialyse gratuite (+3%) comparés aux patients instruits, et enfin, les patients qui appartiennent à des associations sont plus susceptibles d'être dialysés dans le public que ceux qui n'en font pas partie (+3%).

3.7. Principes de justice sociale

Les coûts du traitement de l'insuffisance rénale terminale chez les non assurés en particulier augmentent les risques d'expérimenter des dépenses catastrophiques. Le lancement du programme de gratuité devrait donc constituer un soulagement pour les patients et leurs familles. Mais au Sénégal, 75% des patients qui sont diagnostiqués et inscrits sur la liste d'attente sont incapables d'avoir des séances de dialyse et finissent par mourir malgré l'ouverture de nouveaux centres de dialyse sur toute l'étendue du territoire. Le gouvernement finance le programme national de dialyse grâce à une dotation spécifique gérée séparément par l'ANACMU est dédié à remplacer les frais d'utilisation. Les ressources publiques ne suffisent pas à absorber les besoins en dialyse et, par conséquent, de nombreux patients ne peuvent bénéficier des services publics. Ainsi, l'agence préconise un rationnement à travers la stratégie « du premier arrivé, premier servi » (principe égalitaire). Des entretiens avec des médecins et des infirmières ont révélé qu'outre les listes d'attente, les patients sont également sélectionnés en fonction de leur âge et de leur statut socio-économique (prioritarisme). Nous analysons ici les principes éthiques qui sous-tendent ces décisions.

L'égalitarisme implique « que chaque membre de la société, indépendamment de sa richesse ou de sa position, a un accès égal à un niveau de soins de santé adéquat, bien que non maximal, le niveau exact d'accès étant subordonné aux ressources disponibles et aux processus publics de prise de décision » (Beauchamp and Childress 2019). La loterie et les listes d'attente sont considérées comme des méthodes égalitaires d'allocation des ressources. La stratégie du premier arrivé, premier servi est une variante de la liste d'attente, mais est-elle égalitaire ? Considérant notre modèle et les déterminants de l'enrôlement des patients dans les structures publiques, la chronicité pourrait être un indicateur de ce principe de justice sociale. Si le processus est égalitaire, deux conditions doivent être remplies cependant : premièrement, la durée doit être un prédicteur robuste du modèle ce qui est le cas car plus la durée de l'hémodialyse est longue, plus la probabilité d'entrer dans le programme est élevée. La deuxième condition exige que les patients aient une chance égale d'accéder au programme pour un même niveau de chronicité, quels que soient les autres

déterminants (niveau d'éducation, de revenu, assurance, âge). Nos résultats remplissent ces deux conditions. D'un point de vue Rawlsien, le processus de rationnement suit la deuxième règle éthique de Rawls : la différence de richesse ou d'éducation, par exemple, ne menace pas l'égalité des chances d'accéder à la thérapie de remplacement rénal gratuite dans les structures publiques.

Cependant, l'ensemble du processus pourrait ne pas être aussi égalitaire que nous le pensons dès lors qu'on s'intéresse aux caractéristiques des individus qui s'inscrivent en liste d'attente. Et plus important quelles sont les caractéristiques des individus qui ne sont inscrits sur aucune liste ? Considérant que le risque de décès est certain chez les insuffisants rénaux qui ne reçoivent pas de dialyse, les listes d'attente sont constituées de ceux qui peuvent au moins avoir des séances de dialyse dans des centres privés en attendant leur tour dans le public. Par conséquent, les personnes qui ont finalement intégré le programme seraient celles qui ont survécu assez longtemps, c'est-à-dire celles qui pouvaient s'offrir des séances de dialyse dans le secteur privé entre temps. Le taux de mortalité élevé parmi les personnes inscrites sur les listes d'attente peut indiquer que les patients appauvris meurent probablement avant d'avoir une place en dialyse en raison du coût élevé dans le secteur privé. De plus, l'insuffisance rénale chronique étant une condition silencieuse ; cela peut prendre des années avant d'atteindre le stade terminal, qui correspond souvent au moment où elle est diagnostiquée. Cela rend les personnes qui peuvent accéder fréquemment aux services de santé plus susceptibles d'être les premières sur les listes d'attente.

Le capital social et l'accès à l'information peuvent également jouer un rôle clé dans l'accès aux centres publics. L'exemple du centre D est illustratif. Ce centre est devenu fonctionnel quelques semaines avant notre enquête. À l'époque, à peine une dizaine de patients étaient dialysés dans ce centre deux fois par semaine. On remarque dans le tableau 11 une différence considérable entre le centre D et les autres centres publics en termes de chronicité (durée moyenne 0,85 contre 5,29 pour les centres publics en général). Ce centre a des caractéristiques similaires au centre privé en termes de chronicité; il a d'ailleurs des caractéristiques similaires au centre E. Supposons que la liste d'attente ait été respectée et que les patients dans ce centre aient été enrôlés par ordre d'inscription. La durée moyenne de la dialyse dans ce centre public signifierait

que les patients vivants et encore inscrits sur les listes d'attente ont préféré rester dans le privé, ou qu'ils ne se sont pas du tout inscrits sur les listes d'attente. La première hypothèse est plausible, notamment chez les hémodialysés qui ont une bonne assurance, mais très improbable chez les non assurés qui sont sous dialyse depuis des années. Cela soulève l'importance de la transparence dans l'application d'une approche égalitaire du rationnement. Cependant, celle-ci est rendue difficile par la non-centralité des listes d'attente. L'ouverture de ces listes dans chaque centre pourrait faciliter la corruption et donner aux médecins ou aux gestionnaires un pouvoir discrétionnaire ou réduire la possibilité pour les patients de recevoir de bonnes informations en temps voulu. Sans transparence totale, un patient aisé et nouvellement diagnostiqué peut bénéficier d'un avantage au détriment considérable des moins privilégiés qui n'ont pas eu l'information concernant l'ouverture du nouveau centre et ne se sont pas inscrits sur sa liste d'attente de ce fait. Une telle situation poserait des problèmes éthiques.

Le prioritarisme consiste à favoriser les plus mal lotis dans l'allocation des ressources, par exemple en utilisant le facteur âge. Pour répondre à cette question, nous devons d'abord décider qui nous considérons comme le plus défavorisé. Ici, nous adopterons la vision pluraliste du prioritarisme selon laquelle l'allocation de dialyse devrait prendre en compte toutes les privations, liées à la santé ou au statut socioéconomique. Certains critères de rationnement comme l'âge peuvent être parfaitement justifiables. Cette stratégie est fréquente pour la transplantation. Un organe peut être attribué à un jeune au détriment d'un plus âgé car le premier vivra plus longtemps s'il en bénéficie. D'un point de vue de l'utilitarisme et du prioritarisme, un tel choix serait justifiable (Beauchamp and Childress 2019).

Nos résultats suggèrent que plus les patients sont âgés, plus leur chance d'entrer dans le programme est petite. Cependant, cela n'est pas suffisant pour confirmer que les patients plus jeunes ont la priorité sur les personnes âgées à durée égale. Les effets marginaux sont presque les mêmes dans toutes les catégories d'âge ; les nouveaux entrants sont 42% à 45% moins susceptibles d'être enrôlés dans programme que les anciens, selon leur classe d'âge. En outre, les nouveaux entrants âgés ont de meilleures chances (-42%) que les nouveaux entrants qui ont entre 40 et 60 ans (-45%) d'être

enrôlés. Cependant, pour les patients dialysés depuis un à cinq ans, l'avantage est légèrement en faveur des plus jeunes (+ 3 %).

Tableau 10 : Effets marginaux selon le niveau de chronicité

Variables	Effets marginaux	Ecarts-type
<i>< 1 an</i>		
Quintiles		
Q1	-0.429***	(0.099)
Q2	-0.400 ***	(0.095)
Q3	-0.426 ***	(0.097)
Q4	-0.412 ***	(0.103)
Q5	-0.432***	(0.098)
Assurance		
Non	-0.463 ***	(0.105)
Oui	-0.411 ***	(0.095)
Age		
18-40	-0.433***	(0.103)
40-60	-0.446***	(0.101)
> 60	-0.420***	(0.097)
Niveau d'éducation		
Non	-0.432***	(0.102)
Oui	-0.437 ***	(0.097)
Association de patients		
Non	-0.432***	(0.102)
Oui	-0.433***	(0.096)
<i>1 à 5 ans</i>		
Quintiles		
Q1	-0.291***	(0.079)
Q2	-0.286***	(0.080)
Q3	-0.291***	(0.080)
Q4	-0.254***	(0.069)
Q5	-0.286***	(0.078)
Assurance		
Non	-0.298 ***	(0.076)
Oui	-0.303***	(0.087)
Age		
18-40	-0.269***	(0.071)
40-60	-0.302***	(0.081)
> 60	-0.299***	(0.084)
Education		
Non	-0.271***	(0.073)
Oui	-0.300 ***	(0.081)
Association de patients		
Non	-0.299***	(0.075)
Oui	-0.272***	(0.080)
<i>>5 ans</i>		
Observations	Base 200	Base

*** $p \leq 0.01$, ** $p \leq 0.05$, * $p \leq 0.1$

Note: dy/dx for factor levels is the discrete change from the base level

Bien qu'un assistant social soit présent dans les comités pour évaluer les revenus des patients, nos résultats ne montrent pas d'importantes différences entre les quintiles de

richesse en ce qui concerne l'accès à la dialyse dans le public, même lorsque la durée augmente. Les nouveaux entrants les plus pauvres et les nouveaux entrants les plus riches ont des probabilités égales d'être enrôlés.

Tableau 11 : Durée moyenne de la dialyse ou chronicité par centre en années

Type de centres	Centres	Durée moyenne	Min (années)	Max (années)
Public		5.29		
(28)	A	5.2	0.50	9
(11)	B	4.76	0.83	15
(41)	C	6.24	0.42	14
(07)	D	0.85	0.17	2
Privé		2.39		
(18)	E	0.94	0.02	3
(39)	F	2.89	0.08	11
(39)	G	2.5	0.08	20
(18)	H	2.5	0.50	7
N=201				

() Nombre de patients interviewés
Sources: Calculs de l'auteur

Qui utilise les services de dialyse ? Dans nos analyses précédentes nous comparons des patients qui, d'une manière ou d'une autre (dans le public ou le privé), ont déjà accès à une thérapie rénale. Pour approfondir la question, nous recalculons l'indice de richesse en nous basant sur la méthode de Thiede *et al.* (Thiede *et al.* 2004), également recommandé dans le cas d'un échantillon spécifique comme le nôtre (O'donnell *et al.* 2008). Précédemment, nous avons construit l'indice de richesse en classant et en comparant les patients de notre échantillon les uns par rapport aux autres. La méthode de Thiede *et al.*, permet de construire un indice de richesse qui classe les patients en fonction de la population urbaine de Dakar. En utilisant les mêmes actifs et conditions de logement enregistrés dans l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2015, nous avons extrait les pondérations utilisées pour construire l'indice de richesse dans l'EDS. Nous les avons appliquées à notre échantillon, pour obtenir un nouvel indice qui classe nos patients les uns par rapport aux autres, mais aussi par rapport à la population urbaine de Dakar. En d'autres termes, avec cette nouvelle variable obtenue, un patient appartenant par exemple au premier quintile dans notre échantillon appartiendrait également au premier quintile s'il était interviewé dans l'EDS en 2015,

et les statuts socioéconomiques des patients de notre échantillon sont évalués conformément à ceux de la population urbaine de Dakar.

Comme le montre le tableau 12, la population de référence est la zone urbaine de Dakar extraite de l'EDS 2015 composée de 325 ménages. Les quintiles de richesse les plus bas représentent à peine 23 % de la population de référence et une part très faible des patients hémodialysés (seulement 3,5%). Les deux quintiles supérieurs de richesse représentent environ 54 % de la population de référence et 87 % des patients en dialyse. Les patients plus aisés sont surreprésentés dans le programme (86%) par rapport aux plus pauvres quasi absents aussi bien des structures privées que des structures publiques.

Tableau 12 : Répartition de la population de Dakar et des patients hémodialysés par quintiles de richesse

Quintiles	% Population Dakar	% Patients en dialyse	% Public	% Privé
Q1	6,77	0,5	1,15	0
Q2	16	3	1,15	4,42
Q3	23,38	9,5	11,49	7,96
Q4	27,08	31	24,14	36,28
Q5	26,77	56	62,07	51,33

Source: Calculs de l'auteure

La répartition de l'indice de richesse a deux implications : soit les plus riches sont plus affectés par l'IRCT que les plus pauvres, soit les plus pauvres n'ont pas accès à la dialyse pour des raisons financières. La première hypothèse est contredite par beaucoup d'études conduites dans différents contextes y compris en Afrique (Crews *et al.* 2010; Ramilitiana *et al.* 2016; Robles-Osorio and Sabath 2016; Sumaili *et al.* 2010; Ward 2008). Lorsque nous examinons les facteurs de risque d'IRCT, les résultats sont mitigés. Certains auteurs ont constaté que la prévalence du diabète, par exemple, est positivement corrélée à un revenu élevé dans les pays en développement (Espelt *et al.* 2008; Mutyambizi *et al.* 2019; Xu *et al.* 2017), tandis que l'hypertension est associée à un faible statut socioéconomique ou à un faible niveau d'éducation (Guwatudde *et al.* 2015; Leng *et al.* 2015). Par conséquent, étant donné que le diabète et l'hypertension sont les principales causes d'IRCT au Sénégal (Lemrabott *et al.* 2013), nous ne pouvons pas conclure que l'IRCT touche majoritairement les plus riches. Notre seconde

hypothèse, les individus les plus pauvres n'ayant pas accès à la dialyse, est alors très plausible compte tenu du taux de mortalité élevé parmi les personnes en attente d'un lit de dialyse dans les hôpitaux publics.

3.8. Discussion et conclusion

Au Sénégal, où le don et la transplantation d'organes ne sont pas encore disponibles, la dialyse est la seule thérapie de remplacement rénale possible pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique terminale. Cependant, la dialyse est un traitement coûteux et trois séances par semaine sont nécessaires pour maintenir une bonne qualité de vie, et l'absence de traitement est une condamnation à mort. En 2012, sous la pression des associations de patients hémodialysés, le gouvernement a supprimé les frais d'utilisation des services de dialyse dans les hôpitaux publics et a lancé une politique de gratuité dans le cadre de sa stratégie d'extension de la couverture sanitaire universelle. De plus, un partenariat public-privé permet à un petit nombre de patients qui ne peuvent pas être dialysés dans le secteur public de recevoir un traitement à coût réduit dans le privé en fonction de la disponibilité des machines. Les risques de dépenses catastrophiques augmentent avec le recours aux soins privés et poussent les patients à faire moins de séances de dialyse qu'ils ne le devraient. Si les patients ont trois séances par semaine dans le secteur public, ils sont enclins à rationner le nombre de leurs séances dans le secteur privé à cause des prix élevés. Dans notre étude, 87 % des patients non assurés font moins de trois séances par semaine.

Du fait du nombre limité de places dans les structures publiques et du nombre croissant de patients en demande de dialyse, l'autorité publique emploie un rationnement basé sur des listes d'attente. Bien que cette stratégie soit décrite comme un mécanisme de rationnement égalitaire, elle n'est pas exempte de corruption. Elle peut, par conséquent, être menacée par des problèmes de transparence, notamment lorsque les individus aisés utilisent leur influence pour réduire la durée d'attente et éviter les coûts dans le privé. De manière générale, nos résultats ne reflètent pas un double standard de recrutement pour les patients déjà présents dans les établissements de santé. Les anciens dialysés sont plus susceptibles de participer au programme que les patients nouvellement diagnostiqués, quels que

soient les quintiles de richesse, le niveau d'éducation, la classe d'âge. Ces facteurs ne modifient pas significativement la probabilité d'enrôlement, notamment pour les nouveaux entrants. Même si les patients assurés ont moins de chances d'être enrôlés dans le programme, les nouveaux entrants qui sont assurés ont seulement 5% de chance de plus d'être enrôlés dans le public que les nouveaux entrants non assurés.

Il y a peu d'études sur le rationnement de la dialyse dans les pays subsahariens. En Afrique du Sud, par exemple, la moitié des patients ne reçoivent pas de soins de dialyse. Les directives nationales mentionnaient que seuls les patients éligibles pour une greffe de rein pouvaient recevoir une dialyse (Department of Health 2009). Les critères de sélection au niveau hospitalier sont basés sur des caractéristiques socio-économiques telles que l'âge, le sexe, le revenu, la race, que le patient ait ou non des personnes à charge, le statut d'emploi, la distance jusqu'au centre de dialyse, l'éducation, le casier judiciaire, une mauvaise observance ou la toxicomanie (Moosa and Kidd 2006). Etheredge a critiqué le processus de sélection et souligné le manque d'équité et d'éthique de la sélection (Etheredge and Fabian 2017).

La Thaïlande est un excellent exemple de pays à revenu intermédiaire qui a atteint la couverture universelle en termes de thérapie de remplacement rénal. Les fonctionnaires et les régimes de sécurité sociale peuvent bénéficier de la thérapie rénale depuis 1980 et 1990 respectivement, et le régime de couverture universelle (UCS) depuis 2005 après une évaluation des coûts. Pour garantir que l'accès à la dialyse soit universel, le gouvernement thaïlandais a introduit la prise en charge par l'UCS de la dialyse péritonéale. La thérapie ne serait offerte gratuitement que si le patient acceptait de recevoir cette forme de traitement, qui est considérée moins coûteuse que l'hémodialyse. Cette stratégie a permis de contrôler les coûts. Le succès de cette politique a beaucoup à voir avec l'engagement de toutes les parties prenantes et pas seulement des patients concernés, la recherche, et l'augmentation du personnel de santé et du nombre d'unités de dialyse qui a permis de limiter le rationnement (Tantivess *et al.* 2013).

Comparé à la Thaïlande, le Sénégal n'a pas encore atteint l'accès universel à la dialyse. L'absence des patients les plus pauvres de notre échantillon est un mauvais signal et

suggère des inégalités d'accès. Le processus d'enrôlement des patients dans les centres publics cache une forme de sélection passive, dès lors que rester sur la liste d'attente a aussi un coût équivalent à la capacité du patient à recourir à l'offre privée de soins.

Des efforts doivent être faits pour faciliter l'accès aux soins de dialyse pour les personnes les plus vulnérables et leur donner la priorité si un rationnement est nécessaire. Comme solution de court terme, l'Etat pourrait subventionner plus de places de dialyse dans les centres privés, mais là encore, il semblerait que les capacités s'amenuisent avec l'augmentation du nombre de cas. La liste d'attente devrait être centralisée au niveau régional ou national et être pilotée par l'Agence de la couverture maladie universelle. L'agence serait de ce fait responsable de l'inscription des patients au programme de dialyse gratuite sur la base de critères objectifs, transparents et équitables. Davantage de centres de dialyse devrait être mis en place, parallèlement au renforcement du personnel de santé. Sur le long terme, la promotion et le développement des politiques de dépistage de la maladie rénale chronique, avant son stade terminal, surtout chez les patients diabétiques et ceux souffrant d'hypertension, seront déterminants. Pour l'instant, la politique de gratuité des soins offre probablement la même opportunité d'accéder aux structures publiques, mais en dehors de ces centres, des inégalités subsistent.

Chapitre IV : Les mutuelles de santé et les transferts monétaires conditionnels

4.1. Introduction

En Afrique subsaharienne, l'avènement des premières mutuelles de santé (MS) s'explique par quatre facteurs: un contexte de recouvrement des coûts, le dynamisme d'une société civile, une démocratisation sanitaire naissante et une volonté d'accéder à des soins de qualité, même plus coûteux (Atim 1998). Ces organisations étaient alors des mécanismes de solidarité, fondés par des membres d'une même communauté pour leur permettre d'avoir accès à des soins de qualité, souvent dans des structures non-étatiques. C'est le cas au Sénégal, avec la célèbre mutuelle de Fandène, la première dans le pays, fondée en 1988 dans la région de Thiès. Une mutuelle de santé communautaire est donc une organisation à but non lucratif, regroupant les membres d'une même communauté (géographique par exemple) impliqués dans sa gestion qui paient des contributions volontaires visant à mettre en commun les risques et les ressources financières (Mathauer et al. 2017a).

Dans un contexte général de recouvrement des coûts, des réformes telles que l'abolition des frais d'utilisation ont été mises en œuvre progressivement au Sénégal, en mettant l'accent sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (lutte contre les maladies infectieuses, amélioration des soins de santé infantiles et maternels...) Malgré leur lot d'imperfections, ces réformes viennent renforcer un système majoritairement favorable aux fonctionnaires et au secteur formel, laissant une grande partie de la population sans protection financière contre le risque maladie. Les mutuelles de santé communautaires sont alors apparues comme un moyen de réduire les dépenses catastrophiques surtout pour les travailleurs du secteur informel, soit près de 80% de la population Sénégalaise.

Le Sénégal a une longue tradition mutualiste. A partir de 1990, on assiste à la naissance de nouvelles mutuelles, d'abord dans la région de Thiès puis dans le reste du pays. Depuis, leur nombre a progressivement augmenté. Cependant, les années d'expérience ne garantissent pas l'engagement de l'Etat ou un taux d'enrôlement plus élevé. Le Rwanda, qui est reconnu pour son succès dans l'extension de la couverture maladie à travers ces mutuelles, a mis en place ses premières assurances communautaires bien après le génocide, à la fin des années 90 contrairement au Sénégal, où le taux

d' enrôlement reste faible. Leur nature volontaire est certes conforme à la structure de l'emploi des pays en développement, mais est aussi une des principales causes de la faible adhésion des communautés.

En effet, les premières études portant sur les potentiels de ces mutuelles de santé pointent du doigt le faible taux d'adhésion et donc une capacité limitée à assurer une protection financière adéquate. L'impact des mutuelles de santé communautaires, appelées en anglais *Community-Based Health Insurance* (CBHI) sur l'utilisation des services de santé ou sur les dépenses de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire a été largement étudié. Globalement, les résultats ont montré un effet positif sur la fréquentation des structures de santé (Alkenbrack and Lindelow 2015; Levine et al. 2016; Lu et al. 2012; Robyn, Fink, et al. 2012). Avoir une assurance est presque toujours corrélé à une augmentation de l'utilisation des services de santé. Robyn et al. (2012) ont mené deux études, une expérimentale et une autre non-expérimentale dans le district de Nouna au Burkina Faso : les deux ont conclu à un effet positif sur l'utilisation des services de santé (Robyn et al. (2012b)). Au Rwanda, une évaluation d'impact des mutuelles de santé entre 2000 et 2008 a également conclu à un effet positif sur l'utilisation des soins de santé maternelle et infantile. Les auteurs ont observé une augmentation de 20% de l'utilisation pour les moins de cinq ans, tandis que les naissances assistées par du personnel qualifié sont passées de 39% en 2000 à 67% en 2008. L'évaluation de l'effet causal a démontré que les individus assurés sont plus susceptibles d'avoir recours aux soins de santé que les patients sans assurance (Lu et al. 2012). Les résultats sont assez similaires dans les pays asiatiques, notamment au Cambodge et au Laos (Alkenbrack and Lindelow 2015; Levine et al. 2016). En Inde, un essai randomisé mené dans trois zones rurales n'a montré aucun effet significatif des mutuelles de santé sur l'utilisation des soins dans les trois zones d'études, tandis qu'une autre étude a, dans le même pays, révélé que ces assurances conduisent à une faible augmentation de l'utilisation des soins (Raza et al. 2016; Sheth 2013).

Les résultats concernant la protection financière sont plus modérés. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, les effets des mutuelles de santé sont généralement positifs (Lu et al. 2012; Parmar et al. 2012; Yilma et al. 2015a), alors qu'ils sont mixtes en Asie

(Levine et al. 2016; Raza et al. 2016; Sheth 2013). En Inde, aucun effet significatif sur les paiements directs n'a été trouvé dans trois communautés rurales. La qualité des soins, des prestations bien définies et un taux d'enrôlement assez élevé sont des conditions préalables essentielles à l'efficacité de ces organisations en tant que mécanisme de préfinancement, conditions qui ont fait défaut dans ces provinces indiennes. D'autres études menées dans le même pays ont quant à elles révélé des effets positifs sur les dépenses de santé des ménages (Sheth 2013).

Au Sénégal, les premières mutuelles communautaires ont été mises en place dans les zones rurales. Ce qu'on appelle la phase de naissance a vu émerger la première mutuelle communautaire à quelques kilomètres de la capitale. L'Etat et les partenaires se sont progressivement engagés dans leur développement vers la fin des années 90. La mise en place d'un plan stratégique de développement des mutuelles de santé au début des années 2000 confirmait l'implication de l'Etat du Sénégal dans le développement de ces organisations mais les taux d'enrôlement sont restés faibles et leur nombre a peu augmenté en 7 ans (28 en 2000 contre 129 en 2007) (Deville, Hane, et al. 2018).

Après les élections présidentielles de 2012, un changement de paradigme s'est opéré. La CSU est devenue un engagement politique ferme de l'Etat du Sénégal et les mutuelles de santé désignées comme principal instrument de sa mise en œuvre (Zezelew 2013). Cela a eu pour conséquence l'augmentation du nombre de mutuelles : de 237 mutuelles en 2011, leur nombre est passé à 671 en 2016. Conformément à l'approche DECAM ou « décentralisation de l'assurance maladie », chaque commune possède une mutuelle de santé. L'engagement de l'Etat s'est aussi traduit par des efforts significatifs pour résoudre les problèmes d'équité liés au paiement des cotisations. Chaque prime d'assurance est maintenant subventionné :

- À hauteur de 50% pour les individus en capacité de cotiser,
- Et à hauteur de 100% pour les familles bénéficiaires du programme national de bourse de sécurité familiale (PNBSF) et pour les personnes handicapées détentrices de la carte d'égalité des chances.

Les primes sont donc constituées de revenus publics et privés. L'enrôlement peut être individuel, au niveau du ménage, ou en groupes. Les primes vont de 3500FCFA à 9000FCFA (soit de 5,33 euros à 13,7 euros) par personne par an :

- Les personnes non-bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale (BSF) ne paient que 3500 FCFA, le gouvernement subventionnant la prime à hauteur de 3500 FCFA
- Les primes des bénéficiaires du programme de transferts monétaires sont entièrement couvertes à hauteur de 9000 FCFA par l'Etat, y compris le ticket modérateur.

Les maladies chroniques sont exclues du panier de soins comprenant les médicaments, les tests de diagnostic, les accouchements, les soins ambulatoires et hospitaliers (Sagna et al. 2016).

Les programmes de transferts monétaires conditionnels ont été utilisés dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire pour promouvoir des comportements positifs en matière d'éducation et de santé (Brésil, Mexique, Chili, Ghana, Tanzanie, etc.). Leurs impacts sur les comportements liés à la santé ont été largement étudiés. Une revue publiée récemment rapporte un effet globalement positif des transferts sur l'utilisation des services de santé, la couverture vaccinale, la réduction de la morbidité et la survenue de la maladie (Sun et al. 2021). Cependant, les liens entre ces transferts monétaires conditionnels et l'assurance maladie ont très peu été étudiés dans la littérature. À notre connaissance, seuls deux articles ont examiné cette question au Mexique et en Tanzanie. En Tanzanie, il a été constaté que les transferts monétaires augmentaient la probabilité d'adhérer à une assurance maladie communautaire de 36 points de pourcentage et réduisent les paiements directs (Evans et al. 2016). Au Mexique, le programme national de transferts monétaires « *Oportunidades* » est le principal déterminant de l'enrôlement dans le système public d'assurance. Le programme « *Oportunidades* » est d'ailleurs similaire à celui mis en place au Sénégal, et donne droit à une couverture maladie à tous les individus qui en bénéficient. De ce fait, Biosca et Brown n'ont pas directement étudié l'effet des transferts sur l'enrôlement mais plutôt l'association entre le programme et la connaissance que les bénéficiaires ont de leurs droits à une couverture assurantielle, en partant du principe que la

composante « sensibilisation » du programme favoriserait le partage d'informations (Biosca and Brown 2014).

Au Sénégal, il n'y a pas, à notre connaissance, d'études mesurant l'impact de ses mutuelles sur l'utilisation des services de santé ou sur les paiements directs des ménages depuis les changements intervenus à partir de 2012. Les études allant dans ce sens datent du début des années 2000 (Jütting 2001, 2004; Smith and Sulzbach 2008). Notre première contribution sera donc de combler un fossé entre le Sénégal et le reste du continent qui a largement évalué l'impact des mutuelles (Bodhisane and Pongpanich 2019; Ko et al. 2018; Mirach et al. 2019; Mladovsky 2014; Robyn, Hill, et al. 2012; Yilma et al. 2015b, 2015a). La deuxième contribution à la littérature est d'ordre méthodologique. Les études observationnelles transversales utilisent généralement des méthodes d'appariement par score de propension pour mesurer l'effet d'un programme. Nous utilisons une combinaison de la méthode du *Covariate Balancing Propensity Score* (CBPS) développée par (Imai and Ratkovic 2014) et des mesures des effets causaux. L'avantage de cette méthodologie est qu'elle peut assurer à la fois l'assignation du traitement tout en assurant le respect de la propriété équilibrante des variables, ce qui permet d'éviter la tautologie du score de propension.

Pour plus de clarté, nous parlerons respectivement de mutuelles de santé communautaires et de mutuelles de santé communales pour différencier celles mises en place avant 2012 de celles créées ou restructurées après 2012. De plus, et conformément au Larousse, nous désignerons mutualiste toute personne appartenant à une mutuelle. Au Sénégal, ce terme est souvent utilisé pour désigner ceux qui assurent la gestion des mutuelles de santé.

4.2. Le programme national de bourses de sécurité familiale (PNBSF) et les mutuelles de santé

Le PNBSF est un programme de transferts monétaires conditionnels sur cinq ans, lancé en 2013 pour lutter contre la pauvreté intergénérationnelle et l'exclusion sociale. Ces bourses sont conditionnées à certains comportements en matière d'éducation et de santé (inscription à l'école et fréquentation scolaire régulière, vaccination et enregistrement des naissances pour les enfants). Sur la base d'une évaluation des

ressources, le programme enrôle progressivement les ménages les plus vulnérables qui reçoivent une allocation annuelle de 100.000 FCFA (152,18 euros), versée par tranches de 25.000 FCFA (38 euros) par trimestre et par ménage, quelle qu'en soit la taille. Les objectifs du programme sont d'améliorer l'accès des enfants à l'éducation et aux services de vaccination et d'aider les familles à faire face aux chocs financiers et à sortir de l'extrême pauvreté.

Tableau 13 : Critères et modalités de ciblage

Critères	Modalités
Taille du ménage	Supérieur à 13 en milieu rural et 11 en milieu urbain
Niveau d'instruction du chef de ménage	Aucun niveau
Accès à l'eau potable	Source non protégée
Accès à l'assainissement (type de toilette)	Dans la nature, chez le voisin, cuvette, seau, édicule public
Fréquentation structure de santé	Un membre du ménage n'a pas pu consulter, faute de moyen
Nombre de repas par jour	Nombre de repas pris hier inférieur ou égal à 1
Statut d'occupation du logement	Non propriétaire (milieu urbain seulement)
Scolarisation des enfants	Présence d'enfants déscolarisés, faute de moyens
Travail des enfants	Présence d'enfant de moins de 17 ans qui travaille
Enfants de 0 à 5 ans	Nombre d'enfants de 0 à 5 ans
Handicap	Présence de personne handicapée physique ou mental
Maladie chronique	Présence de personne avec une maladie chronique
Personnes du 3ème âge	Présence de personne de 60 ans ou plus
Non possession de biens essentiels	Non possession d'ovins, de caprins, de porcins et de volaille
Type de logement	Baraque ou case en banco
Revêtement toit	Chaume, paille, tiges ou zinc
Revêtement sol	Banco ou sable
Revêtement mur	Bois, pisé, paille, tiges ou banco

Source : Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale

Grâce à son processus de ciblage, le programme fournit un registre social unique qui identifie les populations les plus démunies du Sénégal. Les bénéficiaires sont tous éligibles aux mutuelles de santé communales et leur enrôlement participe à l'élimination des défaillances liées à la demande des régimes d'assurance maladie. En effet, leurs contributions sont entièrement subventionnées, ce qui leur permet de bénéficier de soins de santé gratuits dans la limite des paniers de soins. Cependant, il convient de souligner que même si leur statut de bénéficiaire de la BSF leur donne droit à une souscription à une mutuelle, leur enrôlement n'est pas automatique, comme le démontre le tableau ci-dessous. Moins de 10% des personnes appartenant à un ménage

bénéficiaire d'une BSF sont effectivement enrôlées dans une mutuelle de santé. En revanche, plus d'un mutualiste sur deux est bénéficiaire de la BSF. En outre, le tableau 14 montre les différences entre les deux groupes en termes d'utilisation des services de santé et de paiements directs.

Tableau 14 : Répartition des individus selon l'enrôlement dans le PNBSF et dans les mutuelles de santé

Variables	Bourses de Sécurité Familiale	
	<i>Non</i>	<i>Oui</i>
Mutuelles de santé		
<i>Non</i>	0,98	0,91
<i>Oui</i>	0,02	0,09
Utilisation des SS (Non/Oui)		
<i>Non</i>	0,57	0,64
<i>Oui</i>	0,43	0,36
A payé (Non/Oui)		
<i>Non</i>	0,10	0,09
<i>Oui</i>	0,90	0,91
A payé (partiellement/totalement)		
<i>Partiellement</i>	0,09	0,06
<i>Totalement</i>	0,91	0,94

Calculs de l'auteure à partir des données de l'échantillon d'étude extrait de l'EDS 2017

Les objectifs de ce chapitre sont triples. D'abord, nous identifierons les principaux déterminants de l'enrôlement. Au vu des informations sur la proportion de bénéficiaires de BSF parmi les enrôlés, on peut présumer que les transferts monétaires sont un des principaux déterminants de l'enrôlement. Ensuite, nous mesurons l'impact des mutuelles sur l'utilisation des soins et sur les paiements directs. Enfin, nous évaluerons les inégalités dans la couverture en mutuelles, c'est-à-dire si l'adhésion est concentrée parmi les plus riches ou parmi les plus pauvres, ce que nous le verrons dans notre conclusion à des implications, notamment sur la soutenabilité de ce régime. Tout au long de notre analyse, nous soulignerons les différences entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires du programme de transferts monétaires conditionnels.

4.3. Données et échantillons

Un des objectifs de notre recherche est de mesurer l'impact des mutuelles de santé communales sur l'utilisation des services de santé et sur la probabilité de payer ces services. Pour ce faire, nous identifions d'abord les déterminants de l'adhésion et estimons les effets de traitement entre les bénéficiaires des mutuelles et les non-bénéficiaires.

Les données individuelles sont extraites de l'enquête démographie et santé de 2017 (EDS continue). L'EDS 2017 comprend des données sur la couverture maladie, elle couvre 8800 ménages à travers les 14 régions du Sénégal. Les informations collectées comprennent entre autres l'âge, le sexe, la taille des ménages, la zone de résidence, l'indice de richesse, le niveau d'éducation, les transferts conditionnels, le statut marital etc.

La première partie de notre étude consiste à mesurer les déterminants de l'enrôlement à une mutuelle. L'EDS comprend des individus couverts par une mutuelle et des individus non couverts par une mutuelle. Dans cette dernière population, on compte les individus qui ne sont pas assurés, les individus affiliés à l'assurance maladie obligatoire et les individus qui sont bénéficiaires des initiatives de gratuité. A priori, tout le monde est éligible à une mutuelle de santé, mais nous limitons notre échantillon d'intérêt aux personnes qui ne jouissent pas d'une initiative de gratuité et qui n'y sont pas éligibles. Cependant, les souscripteurs doivent être âgés de 21 ans au moins, et peuvent à ce titre contribuer pour d'autres personnes, les mineurs notamment. Nous utilisons donc indifféremment les termes « couverts », « enrôlés », « adhérents » ou « mutualistes » pour désigner le souscripteur assuré par la mutuelle de santé, les personnes pour qui il contribue, et bien sûr les bénéficiaires de la BSF enrôlés grâce à l'Etat.

Notre analyse sera réalisée à partir des données individuelles. Nous avons exclu les moins de cinq ans et les personnes âgées (plus de 60 ans) car elles sont susceptibles de bénéficier des politiques de gratuité des soins. Bien que les mutuelles de santé ciblent en priorité le secteur informel et les zones rurales, elles ne sont pas exclusives, et les

personnes déjà couvertes par un autre régime d'assurance pourrait aussi, pour quelque raison que ce soit, s'enrôler à une mutuelle de santé. Ceux-ci sont également exclus de l'analyse.

- Pour identifier les déterminants de la souscription à une mutuelle de santé et mesurer l'équité de la couverture, l'échantillon que nous utilisons comprend tous les individus âgés de 6 à 60 ans.
- Pour évaluer l'impact des mutuelles sur l'utilisation des soins de santé et les paiements directs, nous considérerons principalement deux groupes de contrôle ou témoin : C1 qui représente les personnes sans assurance et C2 qui est composée des adhérents de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

L'utilisation des services de santé est mesurée comme une variable dichotomique (1 si les individus ont utilisé les services de santé au cours des 12 derniers mois, et 0 sinon). Les deux variables de paiement direct sont également des variables dichotomiques (1 si l'usager a payé pour les services de santé et 0 sinon ; 1 s'il a payé entièrement et 0 s'il a payé partiellement). La variable de traitement est représentée par une variable dichotomique prenant la valeur 1 si l'individu est couvert par une mutuelle, 0 sinon.

4.4. Méthodologie

4.4.1. Déterminants de l'enrôlement

Dans cette section, nous identifions les caractéristiques qui déterminent l'adhésion à la mutuelle de santé. L'adhésion est représentée par une variable binaire $T = \{0,1\}$, avec $T = 0$ si la personne interrogée est non adhérente et $T = 1$ si la personne est adhérente. Nous utilisons un modèle Logit en exprimant l'enrôlement à une mutuelle (y_i) comme une fonction d'un ensemble de caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques relevées au niveau du ménage X_h ou au niveau individuel notées X_i . La forme linéarisée de notre modèle est donnée par :

$$y_i = \alpha + \beta_h X_{hi} + \beta_i X_i + \varepsilon_i \quad (16)$$

4.4.2. Analyse d'impact

L'absence d'une assignation aléatoire du programme nous oblige à recourir à une méthode quasi expérimentale pour mesurer les effets des mutuelles d'assurance sur nos variables de résultat. Pour ce faire, les chercheurs ont généralement recours à l'appariement par le score de propension. Le score de propension est la probabilité conditionnelle de bénéficier d'un traitement (ici d'être couvert par une mutuelle de santé) sur la base de certaines caractéristiques observées. Ce score résume donc l'ensemble des caractéristiques observées influençant l'enrôlement dans une mutuelle. Chaque individu du groupe traitement est ensuite apparié à un individu du groupe contrôle présentant le score de propension le plus proche. L'impact estimé d'un programme ou d'un traitement est donc la différence moyenne entre le résultat obtenu chez les traités et chez les non-traités appariés.

Cependant, le score de propension n'est pas connu, il doit être estimé. Une des propriétés fondamentales de l'estimation du score de propension est la propriété équilibrante appelé « balanced function ». Lorsqu'elle est respectée, les unités du groupe traité et du groupe non-traité ayant les mêmes scores de propension (donc les individus appariés) ont des distributions de caractéristiques observables similaires. Cette propriété est respectée par le « vrai » score de propension. Le score de propension est donc bien spécifié quand, après avoir procédé à l'appariement le chercheur trouve que les distributions des caractéristiques observées sont identiques. Généralement, il répète le processus en changeant le modèle (ajouter des variables ou en supprimer par exemple), jusqu'à ce qu'il trouve la meilleure spécification, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'équilibre entre les deux groupes soit atteint. C'est ce qu'on appelle communément la tautologie du score de propension.

La méthode du Covariate Balancing Propensity Score (CBPS) (Imai and Ratkovic 2014) agit sur cette propriété équilibrante du score de propension. Cette méthode permet de l'estimer de manière à optimiser cet équilibre, l'idée étant qu'un seul et unique modèle assure le mécanisme d'assignation du traitement et détermine les pondérations permettant de satisfaire la propriété équilibrante. Le CBPS génère les pondérations à

partir du score de propension. Ces propriétés la distinguent d'autres méthodes comme l'entropie développée par Hainmueller, qui consiste à construire des pondérations pour les unités du groupe contrôle de sorte que les moments des covariables observées soient les mêmes que pour les unités du groupe traité. Cependant, l'entropie ne prend pas en compte le mécanisme d'assignation du traitement (Hainmueller 2012).

Spécification du CBPS

Soit T une variable dichotomique, la variable de traitement, Y notre résultat d'intérêt et X_i est un vecteur de covariables. Nous suivons l'analyse de Rubin et Rosenbaum et supposons que la condition d'ignorabilité (*ignorability assumption*) est satisfaite i.e. que conditionnellement aux variables les résultats potentiels $Y_i(1)$ et $Y_i(0)$ du traitement sont indépendants du mécanisme d'assignation du traitement (hypothèse d'indépendance conditionnelle), et chaque unité a une probabilité positive de recevoir l'un ou l'autre des traitements (hypothèse de positivité). La condition s'écrit comme suit :

$$\{Y_i(1), Y_i(0)\} \perp\!\!\!\perp T_i | X_i \quad (1)$$

&

$$0 < \mathbb{P}(T_i = 1 | X_i) < 1 \quad (2)$$

Si l'ignorabilité du traitement conditionnellement aux covariables est vérifiée, donc on suppose aussi l'ignorabilité du traitement étant donné le « vrai » score de propension $\pi(X_i)$.

$$\{Y_i(1), Y_i(0)\} \perp\!\!\!\perp T_i | \pi(X_i) \quad (3)$$

Comme nous l'avons mentionné, le score de propension n'est pas connu et doit être estimé. Pour ce faire, on peut avoir recours à un modèle logistique spécifié comme suit :

$$\pi_\beta(X_i) = \Pr(T_i = 1 | X_i) = \frac{\exp(X_i^T \beta)}{1 + \exp(X_i^T \beta)} \quad (4)$$

Où β est un vecteur colonne de paramètres inconnus, β est estimé grâce au maximum de vraisemblance.

$$\hat{\beta}_{MLE} = \arg \max \sum_{i=1}^n T_i \log\{\pi_{\beta}(X_i)\} + (1 - T_i) \log\{1 - \pi_{\beta}(X_i)\} \quad (5)$$

La condition de 1^{er} ordre, encore appelée « score condition » s'écrit :

$$\frac{1}{N} \sum_{i=1}^n s_{\beta}(T_i, X_i) = 0 \quad ; \quad s_{\beta} = \frac{T_i \pi'_{\beta}(X_i)}{\pi_{\beta}(X_i)} - \frac{(1-T_i) \pi'_{\beta}(X_i)}{1-\pi_{\beta}(X_i)} \quad (7)$$

$$\mathbb{E}\left\{\frac{T_i \pi'_{\beta}(X_i)}{\pi_{\beta}(X_i)}\right\} = \mathbb{E}\left\{\frac{(1-T_i) \pi'_{\beta}(X_i)}{1-\pi_{\beta}(X_i)}\right\} \quad (8)$$

On peut lire ici que la condition de 1^{er} ordre est aussi la condition équilibrant une fonction particulière des covariables $f(\cdot)$. Ici $f(\cdot)$ est la dérivée première de $\pi_{\beta}(X_i)$. Plus généralement, pour toute fonction mesurable, $f(\cdot)$, on obtient :

$$\mathbb{E}\left\{\frac{T_i f(X_i)}{\pi_{\beta}(X_i)}\right\} = \mathbb{E}\left\{\frac{(1-T_i) f(X_i)}{1-\pi_{\beta}(X_i)}\right\} \quad (9)$$

Donc en posant $\tilde{X}_i = f(X_i) = X_i$, on trouve que les moyennes (moment de 1^{er} ordre) pondérées des covariables sont égales, ce qui établit la propriété équilibrante. Cette propriété peut aussi être satisfaite simultanément par les moments d'ordre 1 et 2 en spécifiant $f(X_i) = (X_i^T X_i^{2T})^T$

$$\mathbb{E}\left\{\frac{T_i X_i}{\pi_{\beta}(X_i)}\right\} = \mathbb{E}\left\{\frac{(1-T_i) X_i}{1-\pi_{\beta}(X_i)}\right\} \quad (10)$$

Estimation du CBPS

Le CBPS est estimé avec la méthode des moments généralisés. Par analogie au « condition score » (8) et à la condition d'équilibre des covariables (10), nous obtenons respectivement :

$$S_{\beta} \equiv \frac{T_i \pi'_{\beta}(X_i)}{\pi_{\beta}(X_i)} - \frac{(1-T_i) \pi'_{\beta}(X_i)}{1-\pi_{\beta}(X_i)} = \frac{T_i - \pi_{\beta}(X_i)}{\pi_{\beta}(X_i)(1-\pi_{\beta}(X_i))} \times \pi'_{\beta}(X_i) = 0 \quad (11)$$

&

$$W_{\beta} \equiv \frac{T_i - \pi_{\beta}(X_i)}{\pi_{\beta}(X_i)(1 - \pi_{\beta}(X_i))} \times X_i = 0 \quad (12)$$

(Imai and Ratkovic 2014) propose l'estimateur suivant :

$$\hat{\beta}_{GMM} = \operatorname{argmin}_{\beta \in \Theta} \bar{g}_{\beta}(T_i, X_i)^T \widehat{W} \bar{g}_{\beta}(T_i, X_i), \quad (13)$$

$$\text{Où } \bar{g}_{\beta}(T_i, X_i) = \frac{1}{N} \sum_{i=0}^n g_{\beta}(T_i, X_i) \quad \text{and } g_{\beta}(T_i, X_i) = \begin{pmatrix} s_{\beta}(X_i, T_i) \\ w_{\beta}(T_i, X_i) X_i \end{pmatrix}$$

Pour les besoins de notre étude, nous travaillerons avec un modèle juste identifié, i.e. $g_{\beta}(T_i, X_i) = w_{\beta}(T_i, X_i) X_i$. Autrement dit, nous satisfaisons la propriété équilibrante avec les moments d'ordre 1 des covariables.

Estimateurs de l'effet causal basés sur le CBPS : effet moyen du traitement et effet moyen sur les traités

Une fois les scores estimés, les effets du traitement peuvent être mesurés grâce aux estimateurs traditionnels d'appariement. Donc, avec les scores estimés conformément à la propriété équilibrante, les individus qui reçoivent le traitement sont appariés aux individus qui n'ont pas reçu le traitement. L'effet moyen du traitement et l'effet moyen du traitement sur les traités sont respectivement donnés par :

$$\tau(t) = \mathbb{E}(y_i(1) - y_i(0)) = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (Y_i(1) - \sum_{j=1}^K W(i, j) Y_{ij}(0)) \quad (14)$$

$$\lambda(t) = \mathbb{E}(y_i(1) - y_i(0) | T = 1) = \frac{1}{N_1} \sum_{i=1}^{N_1} (Y_i(1) - Y_i(0)) = \frac{1}{N_1} \sum_{i=1}^{N_1} (Y_i(1) - \sum_{j=1}^K W(i, j) Y_{ij}(0)) \quad (15)$$

$W(i, j)$ est la pondération pour un contrefactuel donné. Elle dépendra de l'estimateur choisi pour mesurer l'effet moyen du traitement. Nous en utiliserons 4 : les estimateurs des k plus proches voisins, Kernel, Radius et Mahalanobis.

L'estimateur des k plus proches voisins ($k : 1$) est un des plus connus. Dans sa forme la plus simple ($1 : 1$), il consiste à appairer chaque individu traité à l'individu non traité présentant le score de propension le plus proche ; mais il peut conduire à une réduction drastique de l'échantillon car il dispose de tous les individus non appariés. L'estimateur offre la possibilité de choisir les k voisins les plus proches, mais ce choix reste contraint par le risque d'avoir des voisins de plus en plus éloignés, d'où la nécessité de fixer une borne supérieure ou « caliper » à la distance entre deux unités. Pour un appariement simple $1 : 1$, $W(i, j) = 1$ et pour $k > 1$, $W(i, j) = 1/k$. Pour mesurer l'effet causal de l'enrôlement dans une mutuelle de santé, nous utiliserons l'estimateur des k plus proches voisins, avec $k=5$.

Les estimateurs Radius et Kernel utilisent tout le groupe contrôle. Le premier impose cependant un « caliper » dans la limite d'un certain rayon, d'où le terme radius. Le second appelé aussi appariement par noyaux tous les individus du groupe contrôle participent à l'appariement, et cette contribution varie en fonction de la distance entre son score et celui de l'individu traité. L'estimateur Mahalanobis va appairer des individus dont les caractéristiques sont proches en se servant de toutes les variables, et non pas des scores de propension per se.

En somme, nous estimons le CBPS qui nous le rappelons, est un score de propension pondéré de façon à satisfaire la propriété équilibrante. Une fois cette tâche correctement effectuée, nous combinons le score de propension CBPS à l'estimateur d'appariement pour mesurer l'effet moyen du traitement, et nous nous référons à cet estimateur comme le CBPS-NN (5) pour l'appariement au 5 voisins les plus proches. La première étape de l'estimation du score de propension est le choix des variables ou déterminants expliquant pourquoi chaque individu reçoit le traitement, c'est-à-dire est enrôlé dans une mutuelle de santé.

4.4.3. Mesure des inégalités : indice de concentration de Wagstaff

L'IC montre la distribution de l'enrôlement aux mutuelles de santé selon le statut socioéconomique. En raison de la nature binaire de notre variable liée à la santé, nous présenterons l'IC de Wagstaff donné par :

$$W(a y) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left(\frac{(a^{max} - a^{min}) a_i}{(a^{max} - \bar{a})(\bar{a} - a^{min})} (2R_i - 1) \right) = -W(s y) \quad (11)$$

Où a^{max} and a^{min} sont respectivement la limite supérieure et la limite inférieure de la variable de santé h_i , (enrôlement à une mutuelle dans la présente étude), et R_i est le rang fractionnaire relatif du i ème individu. L'IC de Wagstaff satisfait à la condition miroir, c'est-à-dire qu'en valeur absolue, l'indice de concentration de la couverture en mutuelles de santé est égale à l'indice concentration de le non-couverture en mutuelles de santé (Erreygers and Van Ourti 2011; Wagstaff et al. 1991).

4.5. Statistiques descriptives

Le choix de nos variables de contrôle s'appuie sur la littérature existante mais aussi sur le contexte du pays d'étude. Au niveau des ménages, les variables sociodémographiques comprennent le lieu de résidence (urbain, rural), la région de résidence, l'indice de richesse, le genre du chef de ménage, son âge au carré, son niveau d'éducation, si la famille bénéficie d'une bourse de sécurité familiale et si le ménage a connu une crise majeure (financière, décès ou maladie) les trois dernières années. Nous faisons l'hypothèse que des ménages qui ont connu des chocs d'ordre économique ou de santé peuvent être amenés à se protéger pour l'avenir. Une autre information qui nous a semblé pertinente est aussi la taille et la structure du ménage. Dans notre échantillon, les individus appartiennent à des ménages de grande taille en moyenne, et ont des liens de parenté plus ou moins directs avec le chef du ménage. Nous supposons l'existence d'effets de pair au sein d'un même ménage, c'est-à-dire que l'adhésion d'un individu à une mutuelle est fortement influencée par celle du chef de ménage ou d'un autre membre. Nous construisons la variable effet de pair qui pour

chaque individu mesure si le chef du ménage auquel il appartient ou tout autre membre de ce ménage est enrôlé dans une mutuelle de santé.

Les données individuelles sont l'âge de l'individu, son sexe, le niveau d'éducation, le statut marital. Nous incluons également des variables qui peuvent mesurer l'éducation financière comme la possession d'un compte bancaire ou le recours aux mécanismes plus traditionnels comme les tontines. Étant donné l'absence d'informations sur l'état de santé, nous incluons deux proxys qui sont l'exposition à la cigarette et la présence d'iode dans le sel de cuisine afin de contrôler la sélection adverse. La première variable proxy est indicatrice de l'apparition de certaines maladies chroniques comme les troubles de la respiration, tandis que la seconde est indicatrice de troubles de la nutrition.

Le tableau 15 présente des statistiques descriptives par statut d'assurance (l'intégralité du tableau est en annexe A4). La première chose à noter est la faible pénétration des mutuelles de santé avec un taux de couverture de 3,7%. Les services de santé sont utilisés dans la même proportion par les mutualistes et par les personnes sans assurance (environ 40%), les individus affiliés à l'assurance maladie obligatoire ont une plus grande probabilité d'utiliser les services de santé ces 12 derniers mois (60%). Par ailleurs, 69% des membres des mutuelles ont payé leur dernière consultation contre 49% pour les personnes couvertes par l'AMO et 95% pour les non assurés. Parmi les utilisateurs qui ont payé pour des services de santé, seulement 47 % des mutualistes ont payé entièrement les frais d'utilisation, alors que la proportion de non-membres ayant payé des frais d'utilisation est deux fois plus élevée.

Plus de 60% des individus enrôlés vivent en zone rurale, ce qui s'explique par le fait que ces zones sont l'une des principales cibles de ces régimes d'assurance. En moyenne, les ménages comptent au moins un membre de plus dans l'échantillon traité que dans les groupes témoins. Les proportions d'hommes et de femmes sont similaires dans les trois échantillons.

Tableau 15 : Statistiques descriptives

Variables	Mutuelles de santé n=2054	Sans assurance n=49046	AMO n=2406
Utilisation des SS (Non/Oui)			
<i>Non</i>	0,59	0,60	0,39
<i>Oui</i>	0,41	0,40	0,61
A payé (Non/Oui)			
<i>Non</i>	0,31	0,05	0,51
<i>Oui</i>	0,69	0,95	0,49
A payé (partiellement/totalement)			
<i>Partiellement</i>	0,53	0,04	0,58
<i>Totalement</i>	0,47	0,96	0,42
Zones géographiques			
<i>Zone 1</i>	0,36	0,52	0,83
<i>Zone 2</i>	0,47	0,27	0,11
<i>Zone 3</i>	0,17	0,20	0,07
Zone de résidence			
<i>Urbaine</i>	0,32	0,45	0,83
<i>Rurale</i>	0,68	0,55	0,17
Taille du ménage			
	9,71	8,09	6,43
Niveau d'éducation			
<i>Sans éducation</i>	0,45	0,46	0,11
<i>Niveau primaire (au moins)</i>	0,55	0,54	0,89
Indice de richesse			
<i>Plus pauvre</i>	0,27	0,19	0,01
<i>Pauvre</i>	0,23	0,20	0,03
<i>Q3</i>	0,27	0,20	0,11
<i>Riche</i>	0,13	0,21	0,19
<i>Plus riche</i>	0,10	0,19	0,67
Bourses de sécurité familiale			
<i>Non</i>	0,5	0,81	0,94
<i>Oui</i>	0,5	0,19	0,06
Crise au sein du ménage			
<i>Non</i>	0,31	0,34	0,29
<i>Oui</i>	0,69	0,66	0,71
Influence des pairs			
<i>Non</i>	0,14	0,97	0,98
<i>Oui</i>	0,86	0,03	0,02

Seuls 31% des membres des mutuelles ont un compte bancaire. Cependant, ils pourraient être plus familiers avec les services financiers mobiles d'autant que les

bénéficiaires de transferts monétaires conditionnels représentant la moitié des individus enrôlés reçoivent les allocations de sécurité familiale via ces services. Les plus riches représentent une faible proportion des mutualistes (10%), alors que les plus pauvres représentent 27% des enrôlés. De plus, un mutualiste sur deux appartient à un ménage bénéficiaire de la bourse de sécurité familiale. On observe que 86% des mutualistes appartiennent à des ménages où au moins deux autres membres **autres qu'eux-mêmes** sont déjà dans une mutuelle, contre seulement 2% chez les non-assurés.

Concernant les caractéristiques du ménage, on observe une femme chef de famille dans seulement 19 % des cas dans le groupe de traitement ; les femmes chefs de famille sont plus fréquentes dans les échantillons témoins. Nous avons subdivisé le territoire en trois zones géographiques : la zone 1 correspond aux régions situées au nord et à l'ouest (Dakar, Thiès, Louga, Saint-Louis, Matam), la zone 2 correspond au centre (Diourbel, Fatick, Kaolack, Kaffrine), et la zone 3 correspondent principalement aux régions du Sud et de l'Est (Kolda, Ziguinchor, Sédhiou, Kédougou et Tambacounda). On remarque que 47% des membres des mutuelles vivent au centre du pays ; c'est-à-dire qu'ils habitent à Diourbel, Kaolack, Fatick ou Kaffrine, alors que seuls 27% des non assurés habitent dans ces régions. Le pourcentage de mutualistes et des non-mutualistes résidant dans le sud est légèrement similaire (entre 17% et 20%, respectivement). Cependant, 52% des individus sans assurance sont originaires des régions de l'Ouest et du Nord du Sénégal. En ce qui concerne l'exposition à la cigarette, 70% des membres des mutuelles déclarent qu'ils ne sont jamais exposés à la cigarette en intérieur. Alors que 15% des mutualistes rapportent une exposition journalière, 21% des individus non assurés sont exposés quotidiennement, et 11% rapportent une exposition occasionnelle. L'iode est un sel minéral essentiel présent dans les aliments. Son absence dans le sel de cuisine est corrélée à la prévalence d'une carence en iode, qui peut provoquer fatigue, faiblesse, dépression, hypothyroïdie, etc. Dans chaque sous-échantillon, l'iode est présent dans le sel dans plus de 50% des cas.

4.6. Déterminants de l'enrôlement dans les mutuelles de santé

Pour trouver les principaux déterminants de l'enrôlement aux mutuelles, nous présentons trois différents modèles :

- Le modèle 1 est le modèle de base et comprend des caractéristiques individuelles et les caractéristiques du ménage,
- Nous incluons une variable supplémentaire qui mesure l'influence des pairs dans le modèle 2,
- Le modèle 3 nous permet de prendre en compte la méthode d'échantillonnage. En effet, l'EDS utilise à sondage aréolaire stratifié tiré à deux niveaux : les unités primaires de sondage tirées au premier niveau et les ménages tirés au sein de ces unités primaires au niveau 2. On présume que les résidus du modèle pour les membres d'un même ménage sont corrélés, alors qu'ils ne le sont pas d'un ménage à un autre. Dans ce modèle, nous contrôlons cette corrélation intra ménage des résidus grâce au clustering.

Le tableau 16 (dont l'intégralité est en annexe A4) présente les principaux déterminants de l'enrôlement. On a calculé les effets marginaux pour faciliter l'interprétation. Les bourses de sécurité familiale sont déterminantes. Toutefois, les bénéficiaires de ces transferts ont seulement 1% de chance de plus d'adhérer aux MS que les non-bénéficiaires (pourcentage estimé en termes d'effet marginal grâce à STATA). Or on sait que l'enrôlement n'est pas universel (seuls 3,7% de notre échantillon est effectivement enrôlé sur 19% de la population étudiée qui bénéficient de la BSF).

Tableau 16 : Déterminants de l' enrôlement dans les mutuelles de santé

Variables	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Taille du ménage	-0.030*** (0.004)	-0.075*** (0.005)	-0.075*** (0.009)
Age	-0.028*** (0.008)	-0.044*** (0.010)	-0.044*** (0.012)
Age^2	0.001*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.001*** (0.000)
Niveau d'éducation (réf: sans éducation)			
<i>Niveau primaire (au moins)</i>	0.363*** (0.055)	0.173* (0.074)	0.173* (0.084)
Zone de résidence (réf: urbaine)			
Rural	0.028 (0.062)	0.335*** (0.081)	0.335* (0.133)
Compte bancaire (réf: non)			
<i>Oui</i>	0.442*** (0.059)	0.176* (0.083)	0.176 (0.132)
Bourses de sécurité familiale (réf: non)			
<i>Oui</i>	1.621*** (0.051)	0.583*** (0.074)	0.583*** (0.113)
Zone géographique (réf: Zone 1)			
<i>Zone 2 (Centre)</i>	0.522*** (0.062)	0.179* (0.089)	0.179 (0.133)
<i>Zone 3 (Sud)</i>	-0.458*** (0.071)	-0.252* (0.099)	-0.252 (0.143)
Exposition cigarette (réf: jamais)			
<i>Journalière</i>	-0.443*** (0.067)	-0.374*** (0.093)	-0.374** (0.125)
<i>Occasionnelle</i>	0.034 (0.066)	0.305** (0.095)	0.305 (0.173)
Niveau d'éducation du chef de ménage(réf: niveau primaire au moins)			
<i>Sans éducation</i>	-0.310*** (0.057)	-0.316*** (0.077)	-0.316** (0.106)
Influence des pairs (réf: non)			
<i>Oui</i>		5.483*** (0.083)	5.483*** (0.134)
Constant	-3.474*** (0.157)	-4.652*** (0.222)	-4.652*** (0.307)
Observations	50330	50330	50330

*** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05
Ecart-type standard ()

Cet effet marginal faible (qui passe de 7% dans le modèle 1 à 1% dans le modèle 3) s'explique par l' enrôlement graduel des bénéficiaires des transferts monétaires aux

MS, à l'origine de la différence entre le nombre d'enrôlés et le nombre de bénéficiaires de BSF. L'influence des pairs est le plus important déterminant du modèle. Un individu a 47% de chance de plus d'être enrôlé dans une mutuelle de santé s'il vit dans un ménage où au moins deux membres (autres que lui-même) sont déjà enrôlés. Nous contrôlons la robustesse pour nous assurer que cet effet n'est pas induit par les transferts monétaires conditionnels et avons constaté que même parmi les personnes qui ne bénéficient pas de la BSF, l'influence des pairs reste significative (voir Annexe A4). Cependant, on peut s'interroger sur la capacité de cette variable à traduire une quelconque association, étant donné que la décision de contracter une assurance est souvent une décision prise au niveau même du ménage.

La taille du ménage et l'âge des membres sont négativement corrélés avec l'enrôlement. Les femmes ont plus de probabilité de s'enrôler que les hommes, bien qu'être une cheffe de ménage n'a pas d'effet significatif. Cependant d'autres caractéristiques du chef de ménage ont leur importance et peuvent positivement ou négativement avoir un effet sur l'adhésion des autres membres. Appartenir à un ménage où le chef n'a pas au moins un niveau d'éducation primaire affecte négativement l'adhésion des membres. En ce qui concerne les comportements à risque, nos résultats suggèrent qu'une exposition quotidienne à la cigarette est négativement associée à l'adhésion, comparé aux individus qui ne sont jamais exposés. En revanche, l'exposition occasionnelle a un effet positif.

4.7. Impact des mutuelles de santé sur l'utilisation des soins et sur les dépenses de santé des ménages

Grâce à la méthode utilisée qui assure l'équilibre des covariables, nous avons la latitude d'utiliser un nombre important de variables afin d'estimer les scores de propension. Cependant, les critères d'attribution des BSF dressés dans le tableau 13 se reflètent dans d'autres variables comme l'indice de richesse ou la taille du ménage. On peut alors craindre une redondance et un risque de surestimation ou de sous-estimation des effets de traitement. Nous utilisons ici les mêmes variables que dans la section 4.6. On

note aussi que la variable « influence des pairs » présente des risques d'endogénéité. Nous présenterons donc en guise de test de robustesse les effets de traitement sans les variables potentiellement redondantes ou soupçonnées d'endogénéité. Mais tout d'abord, nous vérifions que la propriété équilibrante est assurée avant de présenter les effets de traitement.

4.7.1. Vérification de la propriété équilibrante

Une fois les variables déterminantes sélectionnées, les scores de propension estimés grâce à la méthode du CBPS, et les individus appariés, on peut vérifier la propriété équilibrante. La méthode de la différence standardisée des moyennes ou « *standardized means differences* » ou SMD est la « différence des moyennes d'une variable dans le groupe traité et non traité, rapportée à une mesure de dispersion ; la variance empirique dans le groupe traité si l'effet moyen du traitement sur les traités est évalué ou la variance empirique « poolée » dans le cas de l'effet moyen du traitement sur toutes les unités » (Quantin 2018; Stuart 2010). Cette statistique permet de vérifier si les distributions des covariables sont bien équilibrées entre individus appariés traités et non traités. La différence standardisée pour une variable continue s'écrit comme suit :

$$SMD(X_k) = \frac{\bar{X}_k(1) - \bar{X}_k(0)}{\sqrt{\frac{1}{2}(s_{dk}^2(1) + s_{dk}^2(0))}} \quad (18)$$

Où le numérateur désigne la différence des moyennes empiriques \bar{X}_k de la covariable X_k entre les unités appariées traitées et non traitées, et s_{dk}^2 est la variance de X_k . Pour une variable dichotomique, la moyenne standardisée s'écrit :

$$SMD(X_k) = \frac{P_k(1) - P_k(0)}{\sqrt{\frac{1}{2}(P_k(1)(1 - P_k(1)) + P_k(0)(1 - P_k(0)))}} \quad (19)$$

Où $P_k(i = 0,1)$ désigne la prévalence de l'événement $X_k = 1$ dans les deux échantillons.

Ici, nous définissons un seuil à 0,1. Cela signifie que tout écart de plus de 10% entre les deux groupes suggèrera un mauvais appariement ou un déséquilibre entre les

covariables. Nous observons sur les figures suivantes que les scores de propension obtenus par le CBPS présentent des SMD dans l'intervalle fixé $[-0,1 \ 0,1]$: l'équilibre est donc bien assuré, contrairement aux scores de propension classiques et non pondérés.

Figure 3 : Représentation graphique de la différence standardisée des moyennes : mutualistes vs. Non-assurés

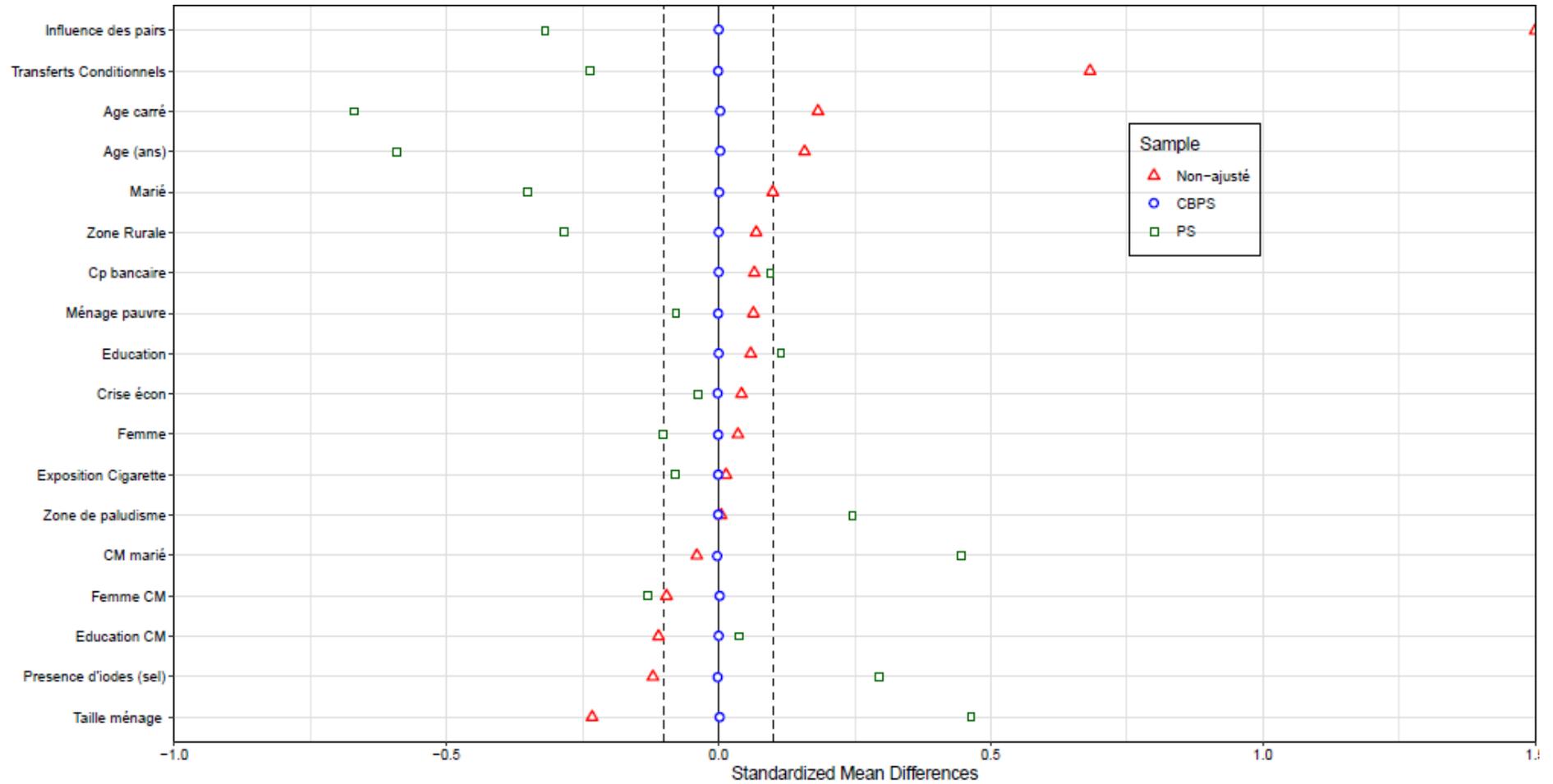
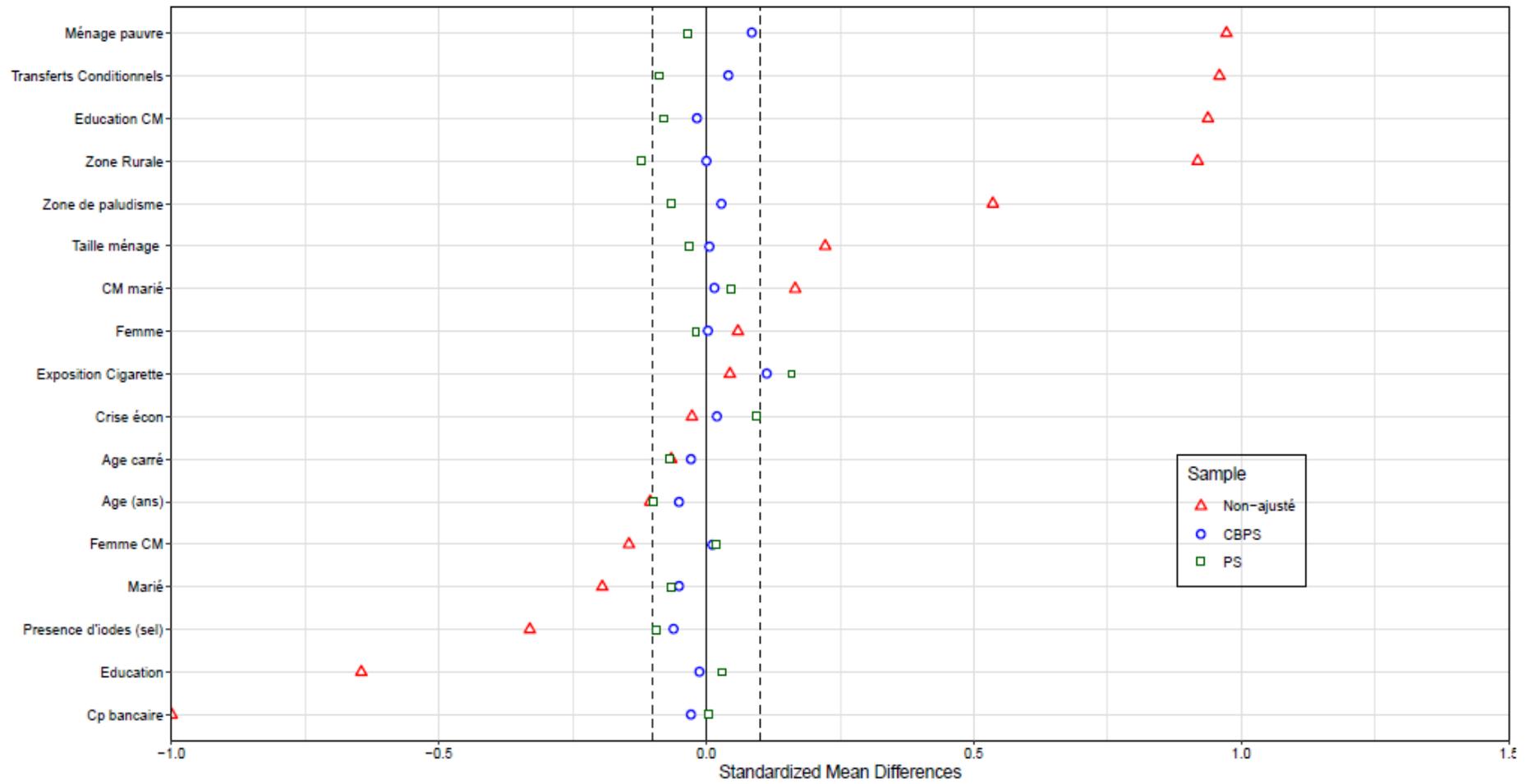


Figure 4 : Représentation graphique de la différence standardisée des moyennes : mutualistes vs. Assurés



4.7.2. Effets de traitement

Les scores de propension dérivés du CBPS sont ensuite utilisés pour estimer les effets moyens du traitement à l'aide de quatre estimateurs d'appariement différents : le 5 plus proches voisins, kernel, radius et Mahalanobis. Pour les résultats binaires comme dans la présente étude, les effets du traitement peuvent être interprétés comme la différence entre la proportion de sujets traités qui présentent le résultat évalué et la proportion de sujets non traités.

Utilisation des services de santé

Malgré le faible taux d'enrôlement, les mutuelles communales ont un impact positif sur l'utilisation des services de santé et la probabilité de payer des frais d'utilisation. Le tableau 17 présente les estimations des effets moyens de traitement. Les résultats du 5NN, du Kernel et du Radius indiquent que la proportion d'individus utilisant les services de santé est de 12% plus élevée parmi les membres des mutuelles de santé que dans le groupe témoin C1. La différence est de 13% avec l'estimateur de Mahalanobis.

Le tableau 18 présente les effets des mutuelles sur nos variables de résultat pour les bénéficiaires et les non-bénéficiaires de la BSF. Nous ne présentons que les estimations du 5NN et ne comparons que les membres des mutuelles et les individus non assurés. Les résultats montrent que chez les bénéficiaires de BSF, les assurés ont 12% de chance de plus d'utiliser les services, contre 13% chez les non-bénéficiaires.

Être enrôlé à une mutuelle de santé ne signifie pas nécessairement que les soins sont gratuits pour les usagers. Les adhérents doivent être à jour dans leurs contributions. Ils doivent également recourir à des services compris dans le panier de soins et auprès des établissements de santé qui ont contracté avec la mutuelle où ils sont inscrits. Une fois ces deux conditions respectées, 80% des dépenses de santé sont couverts par la mutuelle. À l'exception des bénéficiaires des transferts conditionnels dont les dépenses de santé sont intégralement prises en charge dans la limite du panier de soins, les 20% restants sont à la charge du patient.

La première variable de paiement compare les proportions de personnes qui ont payé pour des consultations. Nous avons observé qu'en terme de proportions, les membres des mutuelles sont moins susceptibles de payer pour les services de santé. Les estimateurs 5NN et Mahalanobis ont estimé une différence négative d'environ 26% entre les échantillons traités et les échantillons contrôle, ce qui signifie que les personnes non assurées ont plus de chance de payer des frais d'utilisation. Cette différence atteint -33% chez les bénéficiaires de bourses de sécurité familiale et tombe à -17% chez les non-bénéficiaires.

Tableau 17 : Effets moyens du traitement

Variables de résultat		NN (5)	Kernel	Radius	Mahalanobis
Mutualistes vs. Sans assurance (C1)					
A utilisé les services de santé (non/oui)	ATT	0,12***	0.12***	0,12***	0,13**
	N	49.161	49.161	49.161	50.330
A payé pour les services de santé (non/oui)	ATT	-0,26***	-0,26***	-0,26***	-0,26***
	N	17.432	17.432	17.432	18.020
A payé pour les services de santé (partiellement/entièrement)	ATT	-0,49***	-0,50***	-0,50***	-0,50***
	N	16.223	16.223	16.223	16.761
Mutualistes vs. AMO (C2)					
A utilisé les services de santé (non/oui)	ATT	-0,05	-0,05	-0,05	-0,00
	N	4.207	4.207	4.207	4.382
A payé pour les services de santé (non/oui)	ATT	-0,04	-0,03	-0,011	0,06
	N	2.071	2.071	2.071	2.146
A payé pour les services de santé (partiellement/entièrement)	ATT	0,09*	0,07	0,07	0,17**
	N	1.195	1.195	1.195	1.289

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.10

ATT= Average treatment effects on the Treated

Pour l'utilisation des services de santé les ATT expriment la différence entre la proportion de mutualistes et la proportion des individus sans assurance qui ont utilisé les services de santé.

La même logique s'applique pour les autres variables de résultat.

N est le nombre d'observations sur le support commun

La deuxième variable de résultat de paiement mesure si les individus ont payé entièrement les soins de santé ou si l'assurance en a couvert une partie. Nous avons trouvé qu'en termes de proportion, les mutualistes ont tendance à payer partiellement pour l'utilisation des services de santé. La différence de proportion d'individus payant des frais d'utilisation est estimée à -0,49 en moyenne entre les assurés et les non-assurés. En d'autres termes, les mutualistes sont moins susceptibles de payer

entièrement les frais d'utilisation, une partie étant couverte par leur assurance. Cette différence est moins importante dans le groupe des bénéficiaires de BSF (-39%) mais augmente et atteint -57 % chez les membres des mutuelles qui ne bénéficient pas de transferts monétaires.

Quant au deuxième groupe témoin le groupe C2 ou AMO, nous observons que les résultats sont moins significatifs. Il n'y a pas de différence en termes d'utilisation des services de santé entre les mutualistes et les assurés AMO. Cependant, les mutualistes sont plus susceptibles de payer entièrement leurs soins de santé que les assurés AMO.

Tableau 18 : Effets moyens du traitement: comparaison entre bénéficiaires du BSF et non-bénéficiaires du BSF

Variables de résultat	BSF	
	Oui	Non
	Mutuelles vs. Sans assurance (C1)	
Utilisé les services de santé (Non/oui)	0,12***	0,13***
N	11.646	36.379
A payé les services (Non/oui)	-0,33***	-0,17***
N	3.734	12.725
A payé les services (partiellement/totalement)	-0,39***	-0,57***
N	3.388	11.931

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.10
Standard errors enter parenthesis

4.8. Analyses de robustesse

La principale analyse de robustesse est un test de sensibilité appelé test de Mantel et Haenszel. Elle sera suivie d'autres analyses de robustesse pour remédier aux soupçons d'endogénéité.

4.8.1. Analyse de sensibilité

L'analyse de la sensibilité s'appuie sur les travaux de Paul Rosenbaum (Rosenbaum 2005). Les différences des caractéristiques de base observées entre les unités traitées et non traitées peuvent être corrigées mais qu'en est-il des caractéristiques

inobservées ? L'analyse de la sensibilité s'appuie sur le constat que deux individus peuvent présenter des caractéristiques de base similaires et donc être parfaitement comparable, mais différer complètement en termes de caractéristiques inobservées. L'analyse de la sensibilité nous dit à quel point le biais caché Γ peut être assez large pour que nos conclusions s'en trouvent changées.

Soit $P_i = P(X_i, u_i) = P_i(T_i = 1 | X_i, u_i) = F(\beta X_i + \gamma u_i)$, où F est une fonction logistique, X_i représente l'ensemble des caractéristiques observées et u_i les caractéristiques inobservées et γ l'effet de ses caractéristiques sur la décision d'être traité, de sorte qu'en l'absence de biais, $\gamma=0$. Le rapport de cotes entre deux individus i et j appariés compte tenu de leurs caractéristiques observées et non observées est donné par la quantité :

$$\Gamma = \frac{P_i/(1-P_i)}{P_j/(1-P_j)} = \frac{\exp(\beta X_i + \gamma u_i)}{\exp(\beta X_j + \gamma u_j)} = \exp[\gamma(u_i - u_j)] \quad (23)$$

On observe 3 scénarii :

- Les facteurs inobservés existent mais n'affectent pas la probabilité de recevoir le traitement ; de ce fait $\gamma = 0$ et $\Gamma = 1$.
- L'effet des facteurs inobservés est non-nul ($\gamma \neq 0$), les caractéristiques inobservées des individus i et j sont similaires ($u_i - u_j = 0$) et donc $\Gamma = 1$.
- Bien que possédant les mêmes caractéristiques observées, les facteurs inobservés ne le sont pas et ont un effet sur la probabilité d'assignation. $\gamma \neq 0$ et $(u_i - u_j) \neq 0$. C'est dans cette situation précise qu'une analyse de la sensibilité intervient, afin de voir dans quelles mesures l'effet du traitement pourrait être altérées par γ et $(u_i - u_j)$.

En posant $\Gamma = \exp(\gamma)$, Rosenbaum identifie les bornes des rapports de cotes avec l'inégalité suivante :

$$\frac{1}{\Gamma} \leq \frac{P_i/(1-P_i)}{P_j/(1-P_j)} \leq \Gamma \quad (24)$$

Nous utiliserons le test de Mantel et Haenszel appelé MH test adapté aux variables de résultats binaires. La statistique Q_{MH} est bornée par Q_{MH+} la valeur de Q_{MH} obtenue si on suppose que l'effet du traitement est surestimé et Q_{MH-} celle obtenue en cas de sous-estimation de l'effet du traitement.

Les résultats de l'analyse de sensibilité sont présentés dans le tableau 19. Sous l'hypothèse de l'absence de biais ($\Gamma = 1$), la statistique Q_{MH+} du test de Mantel et Haenszel montre que l'effet du traitement (être couvert par une mutuelle de santé) sur la variable de résultat *utilisation* est correctement estimé. Par exemple, une surestimation de l'effet du traitement sur l'utilisation des services de santé suggère qu'en raison d'un biais caché, les personnes les plus susceptibles de recourir à une mutuelle ont aussi la plus forte probabilité de consulter un professionnel de santé.

Tableau 19 : Analyse de sensibilité

Variables	Utilisé (oui/non)		Payé (oui/non)		Payé (partiellement/entièrement)	
	(p_mh+)	(p_mh-)	(p_mh+)	(p_mh-)	(p_mh+)	(p_mh-)
Gamma	Mutuelles vs. Sans assurance (C1)					
1	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1,1	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1,2	0,037	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1,3	0,302	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1,4	0,274	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1,5	0,045	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1,6	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1,7	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1,8	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1,9	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
2	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Mutuelles vs. AMO (C2)					
1	0,000	0,000	0,046	0,046	0,486	0,486
1,1	0,000	0,000	0,167	0,008	0,235	0,304
1,2	0,000	0,009	0,379	0,001	0,089	0,127
1,3	0,000	0,084	0,435	0,000	0,027	0,043
1,4	0,000	0,326	0,235	0,000	0,006	0,012
1,5	0,000	0,372	0,107	0,000	0,001	0,003
1,6	0,000	0,129	0,041	0,000	0,000	0,000
1,7	0,000	0,029	0,014	0,000	0,000	0,000
1,8	0,000	0,005	0,004	0,000	0,000	0,000
1,9	0,000	0,000	0,001	0,000	0,001	0,000
2	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Gamma: odds of differential assignment due to unobserved factors

p_mh+: significance level (assumption: over-estimation of treatment effect)

p_mh-: significance level (assumption: under-estimation of treatment effect)

Selon Rosenbaum, le biais potentiel est mesuré par rapport à Γ . Nous avons choisi $1 \leq \Gamma \leq 2$. Étant donné que la valeur réelle est inconnue, elle peut être déterminée en identifiant le changement du niveau de significativité de Γ . Avec le groupe témoin C1, les résultats sur l'utilisation des soins de santé peuvent être considérés comme

sensibles à une légère variation de la probabilité d'être traité. Nous avons observé une différence dans le niveau de significativité à partir de $\Gamma=1,3$. Les effets de traitement sur les variables de paiement restent robustes à un changement $\Gamma \leq 2$ de la probabilité de recevoir le traitement avec les groupes témoins C1. Cependant, les effets du traitement mesurés par rapport au groupe témoin C2 ne sont pas robustes et doivent donc être interprétés avec prudence.

4.8.2. Autres analyses de robustesse

Dans cette partie, nous reprenons les analyses précédentes en calculant les scores de propension pondérés et en supprimant certaines variables redondantes ou non exogènes. Les variables retenues sont les suivantes : le niveau d'éducation des membres du ménage, leur genre, le genre du chef de ménage, la possession d'un compte bancaire, la zone de résidence, la zone géographique, le niveau d'instruction du chef de ménage (mesuré par le fait d'appartenir à un ménage dont le chef a ou non au moins un niveau d'instruction primaire) et la BSF. L'ensemble des analyses sous-jacentes (SMD et analyse de sensibilité) est décliné en annexe A4.

Tableau 20 : Effets moyens du traitement (2)

Variables de résultat		NN (5)	Kernel	Radius	Mahalanobis
		Mutualistes vs. Sans assurance (C1)			
A utilisé les services de santé (non/oui)	ATT	0,094***	0.052***	0,052***	0,076**
	N	50.083	50.083	50.083	50.330
A payé pour les services de santé (non/oui)	ATT	-0,274***	-0,278***	-0,278***	-0,292***
	N	17.960	17.960	17.960	18.023
A payé pour les services de santé (partiellement/entièrement)	ATT	-0,507***	-0,498***	-0,498***	-0,494***
	N	16.705	16.705	16.705	16.763

On remarque que les résultats suivent une tendance similaire, mais les amplitudes des effets de traitement sont désormais plus faibles, surtout pour la variable de résultats « utilisation des services de santé ». En outre, le tableau 21 montre que les mutuelles

de santé n'ont aucun effet sur l'utilisation des services de santé chez les bénéficiaires de la BSF.

Tableau 21 : Effets moyens du traitement: comparaison entre bénéficiaires du BSF et non-bénéficiaires du BSF (2)

Variables de résultat	BSF	
	Oui	Non
	Mutuelles vs. Sans assurance (C1)	
Utilisé les services de santé (Non/oui)	0,04	0,152***
N	12.162	37.775
A payé les services (Non/oui)	-0,392***	-0,160***
N	4094	13805
A payé les services (partiellement/totalement)	-0,410***	-0,574***
N	3.591	12.941

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.10
Standard errors enter parenthesis

4.9. Discussion et conclusion

Les mutuelles de santé ont été considérées comme l'instrument le plus approprié pour atteindre la CSU au Sénégal. Malgré une longue tradition mutualiste, un pionnier en Afrique de l'Ouest, ce n'est qu'en 2012 que le gouvernement sénégalais s'est fermement engagé et a mis beaucoup de moyens dans le développement de ce régime d'assurance maladie, après un premier élan au début des années 2000, qui a conduit à l'établissement d'un premier plan stratégique de développement des mutuelles. Leur nombre a triplé au cours de la dernière décennie. L'Etat a institué des subventions pour les adhérents en fonction de leur niveau de revenu. La plupart des membres des mutuelles sont avant tout des bénéficiaires du programme national de transferts monétaires conditionnels qui en font des mutualistes de droit, même si le processus d'enrôlement effectif est graduel. Par conséquent, le programme national de bourse de sécurité familiale est parmi les principaux déterminants de l'enrôlement, avec l'influence des pairs. Les individus ont tendance à adhérer s'ils vivent dans un ménage où un autre membre est déjà enrôlé dans une mutuelle. L'influence des pairs existe

aussi au sein des familles qui ne bénéficient pas des bourses et peut être interprété comme la résultante d'une décision collective.

En ce qui concerne leur impact, nos résultats montrent que les mutuelles ont un effet positif sur l'utilisation des services de santé et les paiements directs des ménages. Les effets de traitement s'élèvent à 12% et sont d'égale amplitude chez les mutualistes bénéficiaires de la BSF et chez les mutualistes non bénéficiaires. Cependant, les analyses de robustesse montrent un effet plus réduit, voire nul chez les bénéficiaires de BSF. Quant au paiement direct, les adhérents sont moins susceptibles d'avoir recours aux paiements directs que les non assurés, encore moins lorsqu'ils reçoivent la BSF. En effet, étant donné que l'Etat subventionne toutes les primes, les mutualistes reçoivent des «soins de santé gratuits» (quand ils sont aussi bénéficiaires de la bourse) ou bénéficie d'un faible restant à charge (pour les adhérents classiques). Lorsqu'ils paient pour les soins de santé, les mutualistes ont une probabilité plus faible de payer entièrement, et les effets sont plus prononcés chez les individus sans BSF.

L'enrôlement est favorable aux pauvres, comme l'illustre l'indice de concentration. Le signe négatif de l'indice de concentration de Wagstaff indique que l'enrôlement aux mutuelles de santé est concentré parmi les plus pauvres (Wagstaff CI= -0,21, $p < 0,001$). En 2016, 66% des membres des mutuelles faisaient également partie du PNBSF. Pour les non-bénéficiaires, l'inscription est volontaire et partiellement financée par l'Etat, faisant du gouvernement le premier contributeur alors que seulement 33% des inscrits ont effectivement contribué. Cependant, ces efforts investis pour rendre la couverture en santé plus équitable pourraient être compromis par les retards de subventions soulignés dans une étude de terrain dont certaines des constatations sont confirmées par ce chapitre. En effet, les subventions différées provoquent une forte dépendance à l'égard des contributions volontaires et transforment les bénéficiaires des bourses de sécurité familiale en membres de seconde classe, bien que les gestionnaires de régime admettent qu'ils utilisent moins les services de santé (Deville, Fecher-Bourgeois, et al. 2018).

En effet, selon les auteurs, étant donné que les bénéficiaires des transferts ne contribuent pas volontairement, les subventions différées les rendent réticents à se rendre dans leur mutuelle, d'autant qu'ils sont accusés par les gérants de « tomber malade trop souvent ». Bien que les mutualistes qui ont une BSF soient plus

susceptibles d'avoir des soins de santé gratuits, les mutualistes classiques ont 57 points de pourcentage en moins de payer les soins de santé entièrement (contre 39% pour les bénéficiaires de BSF). Selon un rapport de 2017 cité par les mêmes auteurs, de nombreux bénéficiaires des bourses, en dépit de leur enrôlement dans les mutuelles, ne peuvent pas bénéficier d'une couverture affective à cause de ces retards de subventions, ce qui pourrait expliquer l'avantage des membres qui ont adhéré volontairement et ont effectivement contribué. Une autre explication possible tient aux déterminants socioéconomiques de la santé. Si les besoins des bénéficiaires ne sont pas couverts par le panier de soins, la souscription à une mutuelle de santé ne réduira pas les paiements directs. Or, on sait que les pauvres ont des besoins en santé plus importants, d'où l'importance d'adapter des paniers de soins aux besoins des populations.

Cette étude a ces limites cependant. Le caractère binaire de nos variables de résultat ne donne pas d'informations supplémentaires sur le type de services de santé auxquels les individus ont eu recours (médicaments, soins hospitaliers, soins ambulatoires), la fréquence d'utilisation des services de santé ou le montant du copaiement. Cependant, nous parvenons à corriger les lacunes des études observationnelles en utilisant le CBPS et en effectuant des analyses de robustesse.

Le principal problème soulevé par la prédominance des bénéficiaires du BSF dans les mutuelles de santé est la soutenabilité. Les retards des subventions pourraient être compensés par les contributions volontaires tant qu'on peut atteindre des taux d'enrôlement important surtout parmi les non bénéficiaires de BSF et que les risques sont diversifiés. Cependant, le taux d'enrôlement était estimé à seulement 19% en 2017, la plupart étant des bénéficiaires de transferts monétaires (Agence de la Couverture Maladie Universelle 2019b). La non-viabilité financière est exacerbée par les mauvais états de santé associés à un faible statut économique.

Le succès du PNBSF à combler les lacunes de l'assurance-maladie publique liées à la demande dépend de l'adhésion massive des moins pauvres et des moins malades et la capacité de l'Etat à verser les subventions régulièrement. Des campagnes de sensibilisation plus larges et régulières pourraient sensibiliser les populations sur les avantages des régimes d'assurance maladie, améliorer leur littéracie en assurance maladie, les encourager à s'inscrire et à les fidéliser. L'adoption d'une gestion

professionnelle devrait également renforcer la confiance des individus enrôlés. Enfin, l'Agence de la couverture sanitaire universelle pourrait exploiter l'influence des pairs au sein des ménages ou entre les ménages pour stimuler l'adhésion.

Chapitre V : Analyse Quali-Quantitative Comparée des réformes de financement de la couverture santé universelle dans 10 pays à revenu faible et intermédiaire

5.1. Introduction

Depuis le début des années 1990, beaucoup d'Etats africains se sont lancés dans des efforts de réduction ou de suppression des frais d'utilisation au point de service, après la preuve des effets adverses du recouvrement des coûts auprès des usagers, instauré à la suite de l'initiative de Bamako. Les politiques de gratuité, ciblant des groupes spécifiques (les plus pauvres, les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans) en étroite ligne avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement se sont donc multipliés en Afrique. Malgré toutes leurs limites (déficit de financement, inégalités d'accès, insuffisance des moyens), ces réformes ont, de manière générale, augmenté l'utilisation des services de santé, sans pour autant réduire les risques de dépenses catastrophiques des ménages.

Compte tenu de la structure de l'emploi dominé par le secteur informel dans les pays à faible revenu, la mise en place d'un régime contributif d'assurance sociale, financé par les travailleurs, est une stratégie limitée puisqu'elle ne permet pas de couvrir la majeure partie des individus. Les pays se sont alors dotés de régimes volontaires d'assurance maladie, subventionnés pour les plus pauvres. Les mutuelles de santé communautaires, bien que mises en place en Afrique, depuis près d'une trentaine d'années, peinent encore à mobiliser les ressources et à diversifier les risques, du moins dans leur forme traditionnelle. Le Rwanda fait figure d'exception avec une couverture nationale importante, qui n'est pas étrangère à la nature obligatoire de l'enrôlement et à la gestion professionnelle de ces institutions. Le Ghana a, depuis 2003, adopté un système national d'assurance maladie, obligatoire (en principe), financé en partie par des taxes, des prélèvements obligatoires (pour les salariés) et par les cotisations de ces membres issus de l'économie informelle. Malgré tous ces programmes et réformes entrepris depuis des années aussi bien au Rwanda qu'au Ghana, le taux de couverture et la protection financière, bien qu'ayant progressé, n'est pas encore à la hauteur de ce qu'on observe dans les pays développés.

En effet, assurer l'accès à des soins de qualité à tout individu qui en a besoin sans risque de difficultés financières, a un coût et parce que les ressources d'un Etat sont limitées, les politiques sont appelés à faire des choix et à établir des priorités. Comment la CSU devient-elle un intérêt national ? Qu'est ce qui en fait une priorité dans un pays et pas dans un autre ? Comment et par qui les politiques de CSU sont-elles conçues, adoptées

et implantées ? On évoque de plus en plus l'aspect politique de la CSU qui impliquerait plusieurs faits. D'abord une référence au concept du « *political will* » qui fait de l'engagement des décideurs politiques l'unique déterminant des réformes majeures, aussi coûteuses soient-elles (cf. le « Quoi qu'il en coûte », lancé par le président Emmanuel Macron, à propos de la Covid 19). Ensuite, parce que la CSU est à l'origine de réformes populaires bien accueillies par les populations, elle devient un objet de politique, que les candidats aux élections peuvent utiliser pour se faire élire. De plus, la nature redistributive de telles réformes, d'un point de vue idéologique, fait des gouvernements socialistes les plus favorables à la CSU. Enfin, parce que ces réformes demandent beaucoup de ressources financières, matérielles et humaines, elles deviennent souvent un sujet de conflits entre groupes d'intérêts et acteurs clés divergents réunis en coalitions qui négocient entre eux, arrivent ou non à des compromis, usent de leurs droits de veto : on parle alors d'économie politique de la CSU (Greer and Méndez 2015).

Au-delà de l'aspect financier ou même technique, il devient donc fondamental d'analyser les réformes de CSU sous l'angle de l'analyse des politiques publiques. D'après l'OMS, *une politique de santé définit un ensemble d'objectifs au niveau international, national ou local et spécifie les décisions, plans et actions à entreprendre pour atteindre ces objectifs*. On retrouve plusieurs définitions de l'analyse des politiques publiques.

Fisher et al. définissent l'analyse des politiques publiques comme *une discipline des sciences sociales appliquées qui utilise de multiples méthodes d'enquête et d'arguments pour produire et transformer des informations pertinentes pour les politiques publiques, pouvant être utilisées dans des contextes politiques pour résoudre des problèmes liés aux politiques publiques* (Fischer and Miller 2017). Le Health Policy Project (programme financé par l'USAID) définit l'analyse des politiques publiques *comme le processus par lequel les solutions politiques aux problèmes sociaux et aux problèmes de santé publique sont identifiées, analysées et présentées aux décideurs qui les prennent en considération* (Health Policy Project 2014). Nous retenons la définition de Wayne Parsons, qui est plus complète et correspond le mieux aux objectifs de ce chapitre. Parsons distingue *l'analyse du processus de politique publique et l'utilisation de techniques analytiques et de connaissances dans et pour la formulation des politiques publiques* (Parsons 1995).

- L'analyse du processus de politique publique répond aux questions suivantes - comment les problèmes sont définis et mis sur agenda, comment les politiques publiques sont formulées, comment les décisions sont évaluées et mises en œuvre,
- L'analyse dans et pour le processus de politique publique comprend l'utilisation des techniques d'analyse, de recherche et de plaidoyer dans la définition des problèmes, la prise de décision, l'évaluation et la mise en œuvre.

Il existe un certain nombre de théories et cadres utilisés pour analyser des politiques publiques et réformes de santé. Robert Reich, en préambule d'un papier publié en 1995, soulignait l'absence d'analyse politique dans l'implantation des réformes de santé et, d'une manière plus générale, des réformes économiques dans les pays en développement. Pendant longtemps, les réformistes ont eu une approche assez simpliste consistant à placer la seule volonté politique au cœur des réformes, sans autre forme de justifications ou de précision quant à la définition même de « la volonté politique ». Loin d'affirmer l'inutilité des techniciens, Reich affirme que leurs conclusions ne sauraient suffire à mettre en place des réformes pérennes, lorsqu'elles ne s'accompagnent pas d'une compréhension des contextes, de l'équilibre des pouvoirs, des valeurs, des acteurs et de leurs intérêts respectifs (Reich 1995).

En effet, les années 1990 constituent pour beaucoup de pays africains une période cruciale pour leurs systèmes de santé, impactés par la crise économique des années 1980 et les réductions budgétaires qui ont suivi les politiques d'ajustement structurel, la recrudescence et l'émergence de certaines maladies et des situations de conflits (Amat-Roze 2010). C'est dans ce contexte qu'est apparu le *World Development Report : Investing in health*, publié en 1993, qui promeut de développement de la santé à travers notamment une amélioration des conditions économiques, des interventions plus efficaces et équitables et enfin une diversification du financement et des prestations de soins (The World Bank 1993). Au-delà de ces recommandations, le rapport reste vague sur l'aspect politique et laisse peu de place au processus d'implantation et aux acteurs clés (Reich 1995; Walt and Gilson 1994). En Afrique, toutes les réformes initiées ou préconisées ces quarante dernières années, des soins de santé primaires des années 70 à la promotion de la gratuité des soins, en passant par l'initiative de Bamako et l'introduction du recouvrement des coûts, ont été propices au

développement de l'économie politique de la santé et de l'analyse des politiques publiques. Et s'il existait encore des doutes quant à la nécessité de bâtir un nouveau cadre de réflexion et d'analyse, les deux dernières décennies ont vu s'élargir ce champ de recherche, avec des théories, cadres analytiques ou théoriques, qui même s'ils ne sont pas l'apanage des experts en politiques de santé, permettent de mieux appréhender la mise en œuvre de la décision publique. L'objectif de ce chapitre est de comparer le processus de prise de décision entre dix pays, dont le Sénégal, qui ont adopté des réformes différentes et ont à ce jour des performances différentes en termes de CSU.

5.2. Soubassements théoriques et cadres conceptuels d'analyse des politiques publiques

Il existe plusieurs théories et cadres conceptuels d'analyse des politiques publiques, parmi lesquels nous pouvons citer le cadre de Walt et Gilson, la théorie de Kingdon, l'approche séquentielle, la théorie de l'équilibre ponctué, la coalition des causes, le cadre de Fox et Reich. Ces différentes approches ne sont pas exclusives et peuvent être utilisées simultanément. L'importance d'analyser les politiques de santé repose alors sur la certitude qu'il est fondamental de comprendre les paradigmes, d'identifier les parties prenantes et leurs intérêts qui, à un moment donné, influencent la conception et la mise en place de nouvelles réformes. Comprendre ces dynamiques, c'est aussi avoir le pouvoir d'agir sur elles et d'influencer le changement (Gilson et al. 2018).

Dès lors, l'analyse des réformes de santé ne se limite pas à la simple compréhension du contenu des réformes, mais nécessite de comprendre les interrelations, qui elles-mêmes naviguent dans des contextes politiques, économiques, idéologiques, plus ou moins favorables à l'émergence d'idées nouvelles. Ceci décrit sommairement l'un des premiers cadres conceptuels (sinon le premier), spécifique aux politiques de santé, une relation triangulaire dont les parties prenantes (les acteurs, gagnants ou perdants de la réforme) constituent le centre de gravité. (Walt and Gilson 1994). Le **cadre conceptuel de Walt et Gilson** a largement été utilisé. Une récente revue de la littérature a identifié une cinquantaine d'applications de ce cadre à des questions de santé ou de santé publique dans les pays à haut, moyen, et faible, revenu entre 2015 et

2019 (O'Brien et al. 2020). En Afrique Subsaharienne, il a par exemple été appliqué pour analyser des politiques de réponse et de prévention contre les maladies non-transmissibles dans des pays comme la Zambie, le Cameroun, le Kenya, l'Afrique du Sud, le Malawi et le Nigéria, la mise en œuvre de stratégies pour les accouchements par du personnel qualifié, la santé mentale et les politiques anti-tabac (Abiona et al. 2019; Juma et al. 2018; Mapa-Tassou et al. 2018; Wisdom et al. 2018).

L'approche séquentielle est l'un des cadres conceptuels les plus connus. Sans être spécifique aux politiques de santé pour lesquelles elle a d'ailleurs très peu été utilisée dans sa forme globale, elle subdivise le processus d'élaboration des politiques en cinq phases que sont *la mise sur agenda, la formulation, l'adoption, l'implantation et l'évaluation*, tout en discutant des facteurs influençant chacune de ces étapes (Sabatier 2007). Ce cadre conceptuel décrit une apparente linéarité du processus, qui est en réalité beaucoup plus complexe. Il constitue cependant un outil pratique, permettant de délimiter les différentes phases de l'élaboration des politiques qui, néanmoins, se structurent dans le temps et pas nécessairement dans un ordre idéal et rationnel. Une des principales limites de cette approche est qu'elle échoue à appréhender les actions et interactions simultanées ou incrémentales qui interviennent aux différentes étapes et n'identifie pas les moteurs des réformes. Enfin, Paul Sabatier dit de cette approche qu'elle n'est pas une théorie causale, mais qu'elle permet de résoudre des questions précises et d'élargir le champ de recherche pour une étape donnée (Sabatier 2007). Des auteurs ont par exemple mis l'accent sur la mise sur agenda (Shiffman 2007; Shiffman et al. 2004; Walt and Gilson 2014), tandis que d'autres auteurs comme Berlan *et al.*, en s'appuyant sur la littérature ont identifié les acteurs qui influencent les phases de formulation et d'adoption et les différentes actions inhérentes à ces deux étapes (Berlan et al. 2014). L'approche séquentielle est rarement utilisée seule pour analyser les politiques publiques de santé et est à peine employée comme un tremplin pour en délimiter les étapes inhérentes, au profit d'autres cadres conceptuels comme la théorie de Kingdon (Mannheimer et al. 2007).

En effet, les limites de l'approche séquentielle ont donné lieu au développement d'autres théories et cadres alternatifs. **La théorie de Kingdon (*Multiple streams approach*)** est relative à la mise sur agenda et repose sur trois principes : l'existence et la définition des problèmes, une ou des solutions formulées et enfin un contexte ou

un environnement politique. D'après Kingdon (2003), un problème, plus qu'un autre attirera l'attention au moyen d'indicateurs, d'événements clés ou de retour d'information qui renseignent les officiels sur une condition préexistante, une condition devenant un problème sujet à la mise sur agenda seulement si elle appelle au changement. L'émergence d'un problème dépendra aussi du contexte politique, les agendas variant d'une administration à une autre, d'une idéologie à une autre. Enfin, les entrepreneurs politiques visibles (les élus, parlementaires, journalistes, mouvements sociaux, autres experts etc.) sont déterminants à la mise sur agenda encore plus que les acteurs invisibles (académiciens, fonctionnaires et autres technocrates) qui joueront un rôle plus actif dans la formulation des idées ou solutions et dont l'acceptabilité est jugée selon des critères plus ou moins objectifs. Kingdon résume le processus de la mise sur agenda en ces termes « *problems, politics, and policies* ». Chacun de ces trois « streams » évoluent indépendamment l'un de l'autre, mais à la faveur d'une fenêtre d'opportunité (une élection et l'arrivée d'un nouveau régime, l'adoption d'une nouvelle constitution), toutes les conditions peuvent être réunies pour qu'un problème émerge dans l'agenda et gagne l'intérêt des preneurs de décisions (Kingdon 2003). La théorie de Kingdon a servi de cadre conceptuel pour analyser la mise en place du programme national d'assurance maladie en Inde en 2007 (Shroff et al. 2015), la reconnaissance des violences basées sur le genre comme un problème de santé majeur au Népal (Colombini et al. 2016), la résurgence de la tuberculose sur l'agenda international à travers l'utilisation de la stratégie *directly observed treatment, short-course* ou DOTS (Ogden et al. 2003).

Le modèle de l'équilibre ponctué permet de comprendre les raisons pour lesquelles le processus d'élaboration des politiques est une succession de « longues périodes de stabilité marquée par peu de changements ou alors par des politiques incrémentales, suivis par des périodes beaucoup plus courtes caractérisées par des transformations rapides et par des changements politiques majeurs » (Sabatier 2007; Walt et al. 2008a). La théorie de l'équilibre ponctué s'intéresse donc simultanément aux périodes de « stase¹⁴ » et aux périodes de changement et décrit un environnement politique où les idées et leurs défenseurs prévalent pendant une période (stase) mais sont à un moment ou un autre défiés par de nouveaux acteurs avec une vision différente d'un

¹⁴ Traduit de l'anglais « stasis » qui signifie une période ou un état d'inactivité ou d'équilibre

problème donné, qui vont pousser à une réforme d'envergure. Le modèle est issu de Frank R. Baumgartner et Bryan D. Jones (FR Baumgartner and Jones 2013) et s'inspire, comme l'indique le titre de leur livre, de la politique américaine. Les auteurs empruntent une partie de leur théorie à l'incrémentalisme de Lindblom qui décrit les politiques publiques comme des processus linéaires, lents et graduels, une continuation des actions de gouvernements passés avec des changements mineurs (Atkinson 2011; Kamnuansilpa and Minh 2019). Deux notions fondamentales de la théorie de l'équilibre ponctué sont les images politiques et les lieux politiques (appelés respectivement *policy images* et *policy venues*). Le premier renvoie à un « *mélange d'informations empiriques et d'appels émotionnels* » et représente la perception qu'on a d'une politique publique. Elle diffèrera donc d'un groupe d'intérêts à un autre. Une perception positive et largement partagée est susceptible de constituer un monopole politique, sujet au statut quo, tandis qu'une perception négative dominante est favorable à une ponctuation. Le lieu politique représente un ensemble d'individus ou d'institutions qui prennent une décision par rapport à une politique. Il peut tout aussi bien s'agir d'une institution de l'Etat, que d'une tribune médiatique ou même d'une institution purement scientifique. Ces institutions sont aussi différentes que peuvent l'être les images et sont aussi à l'origine des ponctuations, dès lors qu'une idée nouvelle ou ancienne devient orthodoxe et bouleverse la stase, d'où le lien fondamental entre image et lieu politique. L'industrie du tabac, ou l'énergie nucléaire ont par exemple été un tremplin économique aux USA pendant longtemps, jusqu'à l'émergence des idées anti-tabac et du mouvement antinucléaire portés notamment par les acteurs de santé publique et des défenseurs de l'environnement (Frank Baumgartner and Jones 2010; Sabatier 2007; Walt et al. 2008b). Schiffman *et al.* ont ainsi analysé l'arrivée des politiques de lutte contre des pandémies telles que le paludisme, la tuberculose ou la poliomyélite sur les agendas au plan international pendant la période post seconde guerre à l'aide de la théorie de l'équilibre ponctué, qu'il ont jugé plus adapté que l'incrémentalisme (Shiffman et al. 2002). Plus récemment, Amri et Drummond ont vu en la pandémie de la Covid 19 un rappel mordant des inconvénients du statut quo dans les systèmes de santé, marqués par le manque de personnel, de matériel, les inégalités socioéconomiques d'accès aux soins (Amri and Drummond 2020).

On note enfin **la coalition des causes** ou ***Advocacy Coalition Framework***, développée par Sabatier et Jenkins-Smith, qui est un cadre conceptuel qui sied bien à l'analyse de

la conception et de l'implantation des politiques. A ce titre, son principe de base selon Paul Sabatier « *est que des acteurs sont regroupés en une ou plusieurs coalitions de cause, dont les membres partagent un ensemble de croyances normatives et de perceptions du monde, et qu'ils agissent de concert afin de traduire leurs croyances en une politique publique* » (Sabatier 2010). Les parties prenantes (chercheurs, journalistes, officiels, groupes d'intérêts) par l'intermédiaire de ces coalitions vont influencer les politiques sur des points techniques, relatives à leurs spécialités et d'une manière qui correspond à leurs convictions. Le cadre part de deux principes : (i) l'élaboration des politiques passent par des technocrates, dont les actions, même si elles sont inscrites dans un sous-système, sont influencées par un contexte politique et socioéconomique plus large ; (ii) le modèle d'acteur individuel, capable d'altruisme, ancré dans un système de croyances normatives qui déterminent ses choix et ses actions est réfractaire aux informations dissonantes. Paul Sabatier explique donc qu'autant ces croyances renforcent les liens entre acteurs d'une même coalition de cause, autant elles opposeront les acteurs de coalitions de cause différentes (Sabatier 2010). Les dynamiques intra et inter-coalition rappellent celles des sous-systèmes décrits par la théorie de l'équilibre ponctué. En effet, Sabatier avance que les coalitions ont tendance à être stable dans le temps, puisque leurs croyances respectives restent les mêmes et « *qu' un changement majeur et profond de politiques publiques à l'intérieur d'un sous-système n'interviendrait que si des perturbations importantes venues d'autres secteurs de politique publique ou si les conditions socio-économiques du système dans son ensemble changeaient les ressources ou les croyances fondamentales des acteurs principaux, changement qui conduirait essentiellement au remplacement de la coalition dominante par une coalition auparavant minoritaire* » (Sabatier 2010). Cependant, des développements récents du cadre d'analyse indiquent que sous certaines conditions indépendantes des facteurs exogènes précités, les acteurs de coalitions différentes peuvent arriver à un consensus. La coalition des causes est beaucoup utilisée dans l'analyse de la mise en place des politiques de lutte contre les substances addictives comme la cigarette (Sato 1999), la drogue (Kübler 2001) et la chicha (Khayatzadeh-Mahani et al. 2017). Un article récent analyse les mécanismes de formation de coalitions autour des problématiques de santé maternelle et infantile au Nigéria et le rôle des facteurs externes (arrivée d'un nouveau gouvernement, indicateurs de mortalité élevé) dans la formation de ces coalitions (Nwalie 2019).

Le **cadre conceptuel de Fox et Reich** part de l'approche séquentielle et divise le cycle de mise en œuvre des politiques publiques en quatre phases que sont la mise sur agenda, la conception technique de la politique, son adoption et l'implantation. A chacune de ces phases, les auteurs identifient quatre facteurs susceptibles d'influencer le processus : les intérêts, les institutions, les idées et les idéologies. A ce titre, il résume d'une certaine manière d'autres théories et cadres comme l'approche séquentielle, la théorie de Kingdon, ou la coalition de cause. L'agenda est défini comme l'ensemble des sujets ou problèmes auxquels les officiels du gouvernement ou d'autres individus en dehors de cette sphère en lien avec le gouvernement prêtent une attention particulière à un certain moment. La conception technique renvoie au contenu de la politique ou de la réforme et l'adoption renvoie au processus législatif qui aboutit au passage de la réforme. L'implantation est l'application ou la mise en œuvre effective de la réforme (Fox and Reich 2015).

5.3. Objectifs du chapitre

L'objectif de ce chapitre est de comparer le processus de prise de décision entre dix pays, dont le Sénégal, qui ont adopté des réformes différentes et ont à ce jour des performances différentes en termes de CSU. Le Sénégal a fait le choix d'appuyer sa stratégie d'extension de la CSU principalement sur les mutuelles de santé. Une vague de réformes s'observe depuis 2013 dans le financement et la gouvernance du système de santé, après des années de relatif statu quo. Par ce choix, le pays s'engage sans doute vers une démarche « lindblomiste » ou incrémentale de la prise de décision caractérisée par un recours aux politiques, programmes ou activités antérieures pour implanter les nouvelles réformes et par une dépendance au sentier. En effet, les pays à revenu faible et intermédiaire ont au cours de ces deux dernières décennies adopté et implanté avec plus ou moins de succès différentes réformes afin d'améliorer l'accès à la santé à la population non affiliée à une assurance sociale. Nous comparons dix pays dont les processus politiques et les approches présentent des différences et des similitudes qui expliquent leur niveau de couverture respectif. Pour ce faire, nous avons entrepris une analyse qualitative comparée. Cette procédure nous permet d'identifier les conditions causales qui expliquent les progrès vers la CSU. Il ne s'agit

pas d'identifier la « meilleure recette » mais toutes les « recettes » possibles. Les mutuelles de santé telles qu'on les connaît au Sénégal et les arrangements institutionnels actuels sont une étape intermédiaire et à terme le Sénégal devra entreprendre des réformes plus importantes et peut-être emprunter un autre modèle de financement. Notre analyse nous permet d'explorer des stratégies alternatives adoptées dans d'autres contextes et de tirer des perspectives et des leçons pour le Sénégal.

5.4. Fondements de l'analyse quali-quantitative comparée

L'analyse quali-quantitative comparée (AQQC) est une méthode analytique permettant d'identifier les conditions nécessaires et/ou suffisantes à la survenue d'un phénomène. C'est une méthode répandue en sciences politiques et en sciences sociales développée dans les années 1970 par Charles Ragin. Basée sur des études de cas, elle a l'avantage de tenir compte des différences de contexte. Elle semble adaptée à notre analyse dans la mesure où « *elle permet de tester, a priori et a posteriori, des modèles de causalité alternative (par exemple, logique d'intervention qui sous-tend une politique publique) menant à un rendement politique (mise en œuvre parfaite versus lacunaire) et à des résultats politiques (effets favorables versus défavorables)* » (De Meur et al. 2004).

5.4.1. Concepts clés et terminologie

La méthode AQQC repose sur trois hypothèses fondamentales : (i) les changements dépendent d'une combinaison de facteurs (et non de causes indépendantes) susceptibles d'entraîner un résultat positif ou négatif ; (ii) il peut exister plusieurs combinaisons de facteurs pouvant expliquer un même résultat et (iii) l'asymétrie de cause qui implique que les facteurs qui permettent d'expliquer la présence d'un phénomène ne sont pas nécessairement ceux qui permettent d'expliquer son absence. L'AQQC permet de savoir si un facteur est une condition causale d'un phénomène quelconque, de construire les combinaisons de conditions qui aboutissent au phénomène étudié et d'identifier les cas qui partagent ou non les mêmes combinaisons de facteurs. La méthode repose aussi fortement sur la connaissance des cas et des phénomènes étudiés. Cette étape est suivie de l'identification d'un ensemble de

conditions causales dont on espère qu'ils conduisent au résultat d'intérêt. Chacun des cas étudiés est assigné à un ensemble grâce à un score. Le processus d'attribution des scores est appelé **calibration et dépend de la méthode adoptée** (De Meur et al. 2004).

Principales méthodes d'AQQC

On distingue la méthode du csQCA (crisp set) à celle du fsQCA (fuzzy set). Pour le csQCA, la présence du résultat, ou d'une condition est calibrée 1 et son absence est calibrée 0. Il peut aussi s'agir non pas littéralement de la présence du résultat ou de la condition, mais plutôt d'une valeur élevée comparé à un seuil défini. Par exemple, si on veut expliquer un taux de mortalité élevée (faible) on peut définir un seuil selon le contexte. La variable de résultat prendrait la valeur 1 (0) si pour un cas défini, le taux de mortalité est supérieur (inférieur) à ce seuil. Par convention, les variables qui prennent la valeur 1 sont écrites en majuscule et les variables qui prennent la valeur 0 sont représentées par des lettres minuscules ou sont précédées de \sim .

La méthode fsQCA (fuzzy-set), que l'on utilisera pour notre analyse, bien que plus complexe, permet une classification différente des conditions causales et de la variable résultat lorsque la dichotomisation est impossible ou imprécise. Cette dernière permet d'attribuer un score à chaque catégorie grâce à des pas de 0,2 (0 ; 0,2 ; 0,4 ; 0,6 ; 0,8 ; 1) ou de 0,33 (0 ; 0,33 ; 0,67 ; 1) par exemple. Dans tous les cas, 0,5 est un seuil appelé point d'inflexion qualitatif tel qu'une valeur inférieure à 0,5 tend vers l'absence de la condition (ou du résultat) et une valeur supérieure à 0,5 signifie la présence du facteur ; il est recommandé de ne pas l'attribuer comme score. L'appartenance totale à un ensemble prend la valeur 1, la non-appartenance totale, la valeur 0.

Opérateurs Booléens

L'AQQC s'appuie sur l'algèbre booléenne et l'assignation aux ensembles utilise **trois opérateurs**: l'addition, la multiplication et la négation. En algèbre booléenne, l'**addition** (+) signifie union (OU). Deux ou plusieurs ensembles peuvent former une union d'ensembles.

Supposons par exemple que la démocratie (D) ou le niveau de développement (E) puissent mener à la couverture sanitaire universelle. L'appartenance à cette union

d'ensembles s'écrirait $D+E$. Dans le cas d'un fuzzy set, $D+E = \max(D, E)$. C'est-à-dire que si on calibre $D=0,6$ et $E=0,8$, $D+E = \max(0,6 ; 0,8) = 0,8$. En d'autres termes, si un pays a un score de 0,6 dans l'ensemble des pays démocratiques et un score de 0,8 dans l'ensemble des pays développés, il aura un score de 0,8 dans l'ensemble des pays démocratiques ou développés.

La **multiplication** (*) représente une intersection et est donc équivalent à ET. Ainsi, à l'inverse de l'appartenance à une union d'ensembles, l'appartenance à une intersection est mesurée par le score d'appartenance le plus faible. En partant de l'exemple précédent, $D * E = \min(D ; E) = 0,6$. En d'autres termes, si un pays a un score de 0,6 dans l'ensemble des pays démocratiques et un score de 0,8 dans l'ensemble des pays développés, il aura un score de 0,6 dans l'ensemble des démocraties développées.

En résumé, l'intersection met en exergue des combinaisons de conditions suffisantes pour le phénomène étudié et l'union souligne des combinaisons alternatives.

La **négation** exprime l'exclusion d'un ensemble ; pour l'ensemble D par exemple, elle est notée $\sim D$ ou d . Pour le fsQCA, $\sim D = 1 - D$. Tout naturellement, si un pays à un score de 0,6 dans les pays démocratiques, il a un score de 0,4 dans les pays non démocratiques. Selon la logique booléenne, aussi bien l'absence que l'exclusion d'une condition peuvent conduire au phénomène étudié.

Conditions nécessaires, conditions suffisantes

Deux autres concepts fondamentaux à l'AQCC sont les notions de **conditions nécessaires et/ou suffisantes**. Une condition est dite nécessaire si l'obtention du résultat est impossible sans la présence de ladite condition, mais que sa seule présence n'est pas suffisante à la réalisation du phénomène étudié. En fsQCA, une condition est dite nécessaire (et non suffisante) lorsque la variable de résultat est un sous ensemble de la condition causale. Pour reprendre l'exemple de la démocratie et du niveau de développement comme conditions causales éventuelles à la réalisation de la CSU, si la démocratie est une condition nécessaire à la CSU, alors le score d'appartenance à l'ensemble des pays qui ont atteint la CSU doit être inférieur ou égal au score d'appartenance aux pays démocrates. Prenons un pays comme la France, nous

calibrons $CSU=0,8$. Si le score attribué à D (Démocratie) est supérieur ou égal à 0,8, alors D est une condition nécessaire à la CSU en France.

A l'inverse, la condition Démocratie est dite suffisante si les pays démocrates constituent un sous ensemble des pays qui ont atteint la CSU ; dans ce cas le degré d'appartenance à l'ensemble Démocratie est inférieur ou égal au degré d'appartenance à l'ensemble CSU. Reprenons l'exemple de la France, nous calibrons $CSU=0,8$. Si le score attribué à E (Niveau de développement) est inférieur ou égal à 0,8, alors E est une condition suffisante à la CSU en France.

Ces deux notions (conditions nécessaires et conditions suffisantes) peuvent être illustrées par un diagramme de Venn ou par un nuage de points.

Cohérence et couverture

La solution est donnée sous formes d'unions de combinaisons qui sont les termes de la solution . La **cohérence** et la **couverture** sont des paramètres qui permettent de mesurer la qualité d'ajustement du modèle. Elles sont données pour chaque combinaison et pour l'ensemble de la solution. La cohérence pourrait être assimilée à la notion de significativité et la couverture renverrait au R^2 . La première décrit dans quelles mesures la relation de nécessité ou de suffisance entre une condition causale (ou une combinaison de conditions) et un résultat est satisfaite dans une base donnée. Elle varie entre 0 (aucune cohérence) et 1 (totale cohérence). La couverture mesure la pertinence empirique, ou comment le phénomène étudié est expliqué par chaque combinaison et par l'ensemble de la solution. Elle varie aussi entre 0 et 1. La cohérence permet aussi d'identifier les conditions nécessaires et les conditions suffisantes, le seuil standard de cohérence pour les conditions nécessaires est de 0,90.

Logiciels d'analyse

Il existe plusieurs logiciels qui permettent de mener une AQQC : QCA2, QCA3, fs/QCA et TOSMANA. Nous utiliserons le logiciel fs/QCA. L'analyse présente trois types de résultats : une solution complexe, une solution parcimonieuse et une solution intermédiaire. Le logiciel permet de réaliser la table de vérité et la minimisation booléenne.

5.4.2. Analyse de la table de vérité et minimisation booléenne

Après avoir choisi les cas à étudier, définies les éventuelles conditions causales ainsi que la variable à expliquer et calibré les variables, on peut dresser **une table de vérité**. La table de vérité décline toutes les configurations causales possibles qui vont aboutir, à la réalisation du résultat, ou à la non-réalisation du résultat. La table de vérité comprend autant de lignes que de combinaisons logiques possibles. Pour chaque combinaison causale possible, le logiciel présente le nombre de cas (pays, villes, entreprises etc.) qui présentent la combinaison en question. La table de vérité contient 2^k lignes, k étant le nombre de conditions causales. Dans l'exemple ci-dessous, $k=3$. Pour quatre des cas étudiés, deux conditions sont présentes (A et B), tandis que la condition C est absente (voir ligne 2). Les configurations des lignes 4 et 7 ne correspondent à aucun cas. On les appelle des « cas logiques » (« logical remainders » en anglais) et sont des illustrations d'un phénomène appelé diversité limitée : il est très rare que toutes les configurations déclinées dans une table de vérité correspondent à au moins un cas, à cause de la nature même des phénomènes sociaux (Legewie 2013; C. C. Ragin 1987).

Tableau 22 : Exemple de table de vérité

Conditions Combinaisons	A	B	C	Nombre de cas	Résultat	Cohérence
I	1	1	1	1	1	1
II	1	1	0	4	0	1
III	1	0	1	2	1	1
IV	0	1	1	0	?	?
V	1	0	0	1	0	0
VI	0	1	0	3	0	0,33
VII	0	0	1	0	?	?
VIII	0	0	0	1	0	0

La minimisation booléenne est l'essence de l'AQCC. A partir de la table de vérité le logiciel va simplifier des combinaisons primitives de conditions. Ici, deux configurations conduisent à la survenue du résultat : celle de la ligne I ($A*B*C$) et celle de la ligne III ($A*\sim B*C$). Etant donné que la survenue du résultat est indifférente à la présence de la condition B, la minimisation booléenne permet de réduire l'expression de la ligne I et de la ligne III à la simple expression $A*C$.

La minimisation s'appuie également sur des hypothèses simplificatrices. En s'appuyant sur sa connaissance du phénomène ou sur les théories, l'auteur doit supposer si une condition (ou l'absence d'une condition) entraîne le résultat. L'auteur peut par exemple stipuler que A contribue au phénomène ou que $\sim A$ contribue au phénomène. Il peut aussi supposer, en fonction des contextes, qu'aussi bien l'absence que la présence de A peut contribuer au phénomène. L'AQQC aboutit à trois types de solutions : une solution parcimonieuse, une solution intermédiaire et une solution complexe (C. Ragin 2009).

Les solutions

Comme l'indique son appellation, la solution complexe est complexe, elle ne considère pas les hypothèses simplificatrices et n'aide pas beaucoup à la lecture du phénomène. La solution parcimonieuse réduit la solution et la limite au plus petit nombre de conditions causales possibles ; ces dernières sont appelées impliquants premiers. La solution intermédiaire s'appuie sur les hypothèses simplificatrices, c'est généralement la meilleure solution.

Pour résumer, les différentes étapes de l'AQQC sont les suivantes :

- L'identification de la variable de résultat,
- Le choix des cas à étudier,
- L'identification des facteurs (ou conditions causales) dont la présence ou l'absence est susceptible d'influencer un changement dans un sens ou dans un autre,
- La calibration de ces facteurs,
- Et enfin l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus.

5.5. Méthodologie

La CSU répond aux trois hypothèses de base de l'AQQC énoncées précédemment dans la mesure où il n'existe pas un processus ou réforme unique permettant d'atteindre les objectifs de CSU ; chaque pays navigue dans la complexité des compromis économiques, politiques et techniques (Maeda et al. 2014). Nous nous servons de

l'AQQC pour identifier les conditions causales inhérentes au processus de mise en œuvre des politiques publiques et qui explique les performances en matière de CSU dans 10 pays différents.

5.5.1. Sélection des cas

La méthode est adaptée pour un nombre de cas au moins égal à 10. Nous sélectionnons dix pays à revenu faible et intermédiaire (voir tableau) qui ont entrepris des réformes de financement de la santé ces 30 dernières années. Il s'agit du Brésil, du Ghana, du Mexique, de la Thaïlande, du Sénégal, du Mali, de l'Éthiopie, du Rwanda, de l'Inde et de la Turquie. Notre analyse s'appuie essentiellement sur la littérature existante. À l'aide des théories et cadres conceptuels, utilisés en analyse des politiques publiques de santé, nous retraçons pour chaque pays le processus de mise en œuvre des réformes de CSU, de la mise sur agenda à son implantation, en passant par son adoption. De manière rétrospective, nous nous servons de ces cadres analytiques pour expliquer ou construire des hypothèses sur les différences ou les similarités des différents processus, en mettant l'accent sur le rôle plus ou moins déterminants des acteurs sur le plan national ou international, l'importance des conditions politiques, le rôle de la démonstration par les pairs et les idéologies. Les réformes de santé que nous étudions sont :

Universal Health Coverage Scheme (UCS) en Thaïlande

La Thaïlande, étant donné son contexte politique, son expertise technique et sa société civile très dynamique, représente un cas d'étude intéressant. Son exemple est incontesté et cité pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Au moment de sa réforme en 2001, la Thaïlande était encore un pays à revenu intermédiaire tranche inférieure.

Le National Health Insurance Scheme (NHIS) au Ghana, le Seguro popular au Mexique, le Health Transformation Plan en Turquie

Le Ghana lance le NHIS en 2003, une réforme unique en Afrique subsaharienne et plus qu'ambitieuse au moment où le pays est encore un pays à faible revenu. Au même moment, le Mexique lançait le Seguro popular également un système national d'assurance, récemment remplacé par une nouvelle réforme qui tend plus vers le

modèle Thaïlandais. En Turquie, un grand programme de réformes a été mis en place entre 2002 et 2012 et comprenait, entre autres, la défragmentation grâce à la mise en place d'un système unique d'assurance en 2006.

Le Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), un système d'assurance dédié majoritairement aux familles pauvres, lancé en 2007 en Inde.

Les Mutuelles de santé au Rwanda, au Sénégal, en Ethiopie et au Mali

Le Rwanda a entamé sa phase d'expansion de la CSU à travers les mutuelles de santé en 2003, après avoir initié une phase pilote depuis 1999. Le pays a enregistré d'importantes avancées depuis lors et a reconstruit un système de santé, effondré à la suite de la guerre civile et après une période d'instabilité politique.

L'Ethiopie s'est d'ailleurs beaucoup inspirée du modèle Rwandais depuis 2005, qui sans rendre l'enrôlement obligatoire par la loi, a su employer de fortes incitations, dans un contexte de pouvoir verticalement et horizontalement concentré.

Le Sénégal a connu une situation politique assez stable depuis les indépendances. Son programme d'expansion de la CSU lancé depuis 2013, bien que très inspiré de ses expériences passées est relativement innovante et jette les bases d'une progression vers les objectifs de CSU construit autour d'une question centrale : l'équité.

Le Mali s'appuie également sur les mutuelles de santé, et ses efforts en termes de couverture maladie sont quelque peu ébranlé par la situation politique instable de ces dernières années.

Le Sistema Único de Saúde (SUS) ou système de santé unifié de type Beveridgien est implanté à partir de 1988 au Brésil à la suite de l'adoption d'une nouvelle constitution marquant le début d'une nouvelle ère de démocratie.

5.5.2. Identification et calibration de la variable de résultat

Dans l'introduction de la thèse, nous sommes revenus sur la définition de la CSU et sur ses deux indicateurs de mesure utilisées par l'OMS. Wagstaff et Neelsen ont publié en 2019 une étude rétrospective évaluant la CSU dans 111 pays du monde. Ils mesurent la couverture en soins essentiels par une moyenne géométrique de huit indicateurs (au

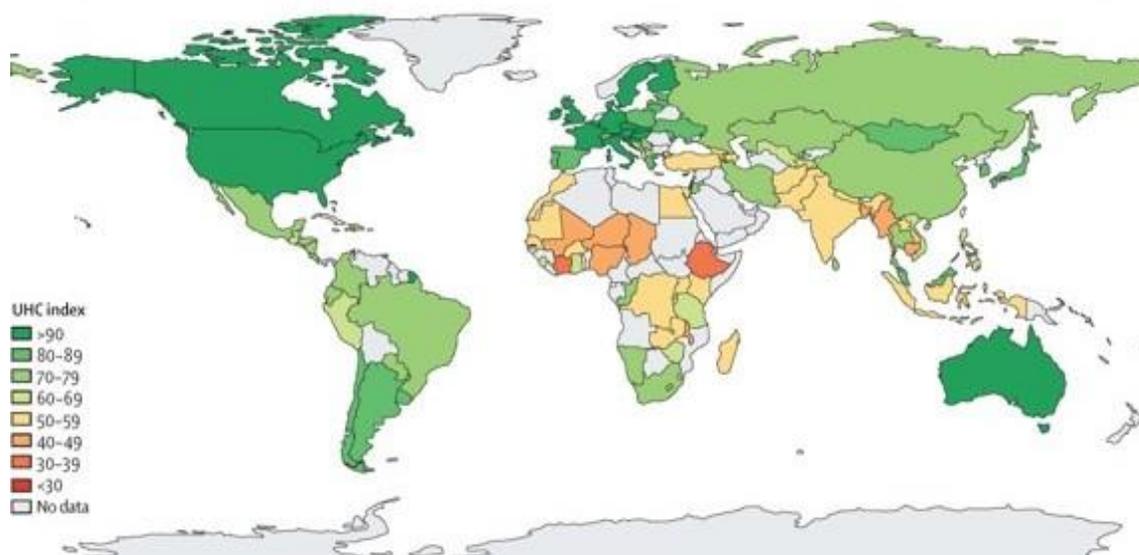
lieu des 16 indicateurs de références préconisées par l’OMS). Parmi ces huit indicateurs, quatre concernent des soins préventifs comme la vaccination, le dépistage du cancer du sein et du cancer du col, les soins prénatals ; tandis que les quatre autres concernent des traitements : la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement, les hospitalisations, le traitement des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques. Quant à la protection financière, ils la mesurent à l'incidence des dépenses catastrophiques, le seuil choisi étant 10% des dépenses de consommation ou du revenu. Pour finir, ils construisent un troisième indice à partir des indices de couverture en soins essentiels et de protection financière. Il mesure le niveau de CSU (Wagstaff and Neelsen 2020). Nous choisissons ce dernier indice comme variable de résultat. Il varie sur une échelle allant de 0 à 100.

Comme le montre la carte ci-dessous, la performance en termes de couverture des services de santé et de protection financière diffèrent selon les pays et le niveau de développement : l'indice se dégrade passant de plus 90 (vert foncé, pays riches), à une fourchette comprise entre 60 et 80 (nuances de vert, pays à revenu intermédiaire) et une, plus ample comprise entre 50 et 30 (nuances de jaune orangé – rouge, pays à faible revenu). Notre échantillon étant composé de pays à revenu faible et intermédiaire, dont les indices varient de 30 à 79, nous calibrons ainsi notre indice :

- Un indice compris entre de 70 et 79 est calibré 1 ;
- Un indice compris entre 60 et 69 est calibré 0,67 ;
- Un indice compris entre 50 et 59 est calibré 0,33 ;
- Et enfin un indice UCS inférieur à 50 est calibré 0.

Cette calibration permet de comparer les pays de notre échantillon les uns par rapport aux autres. Un pays est calibré 1 non pas parce qu'il a atteint la CSU mais parce qu'elle enregistre une meilleure performance que les autres pays de notre échantillon (et inversement pour un pays calibré 0). En résumé, nous avons dans notre échantillon cinq pays avec de bonnes performances en termes de CSU et des réformes plutôt abouties ($CSU > 0,5$) et cinq pays avec de moins bonnes performances ($CSU < 0,5$).

Figure 5 : Indice de Couverture Santé Universelle par pays



Sources : Wagstaff & Neelsen, 2020

5.5.3. Conditions causales et calibration

Il existe un certain nombre de facteurs liés au processus de mise en œuvre des réformes qui pourraient expliquer les performances CSU des pays, qui dans certains cas ont appliqué des réformes similaires. En nous basant sur la littérature existante, nous avons identifié les facteurs suivants :

Le contexte de la réforme. La situation politique, sociale ou économique peut influencer l'adoption de nouvelles réformes et les progrès vers la CSU. Les changements politiques majeurs comme la démocratisation sont favorables aux réformes sociales et la CSU peut offrir aux pouvoirs en place une forme de légitimité. De même, les pays qui ont connu une instabilité politique et sociale, les états fragiles, développent un élan de reconstruction et même si la situation économique ne s'y prête pas souvent, la CSU aussi coûteuse soit-elle, constitue une rupture et les réformes rencontrent moins de résistance au moment où le pays recherche la stabilité et la cohésion (Maeda et al. 2014; McDonnell et al. 2019).

Le contexte de la réforme sera apprécié par l'appartenance de nos cas à l'ensemble des pays démocratiques ou autocrates. Nous utilisons pour ce faire l'indice « Polity », proposé par le Center for Systemic Peace (CSP), construit en soustrayant l'indice de

démocratie institutionnalisée (échelle 0-10) à l'indice d'autocratie (échelle 0-10). De ce fait, l'indice « *Polity* » varie sur une échelle allant de -10 (autocratie) à 10 (démocratie consolidée). Dans notre étude, cette condition causale s'appellera *Démocratie* et prendra la valeur 1 (démocratie) quand l'indice Polity est compris entre 6 et 10 (valeurs considérées comme équivalent de démocratie, cf. CSP) et 0 (autocratie) sinon. La variable *Démocratie* mesurera aussi la concentration du pouvoir (verticale ou horizontale), qui est plus susceptible d'intervenir en autocratie, même si elle n'est pas totalement absente dans les nouvelles démocraties (Center for systemic peace 2021; Marshall and Jagers 2007).

Entrepreneurs politiques (EP). Pour d'autres pays cependant, la mise sur agenda des politiques publiques et leur implantation ne saurait être expliquée, ni par la démocratisation, ni par un élan de reconstruction, mais plutôt par un effet de diffusion qui aboutit à une problématisation portée par des entrepreneurs politiques qui jouent des rôles plus ou moins importants, surtout dans la mise sur agenda et dans la conception de la réforme (Kingdon 1985; McDonnell et al. 2019). On évoque très souvent les politiciens (ministres) et autres bureaucrates invisibles, mais l'expérience a aussi montré le rôle préminent des mouvements sociaux. Kingdon décrit l'entrepreneur politique comme un acteur qui utilise sa connaissance du processus pour atteindre ses objectifs politiques, Ils « *guettent dans et autour du gouvernement avec leurs solutions à portée de main, attendant que des problèmes surgissent, auxquels ils puissent apporter leurs solutions, ou attendant un développement du courant politique qu'ils puissent utiliser à leur avantage* » (Kingdon 1985). De toute évidence, les bureaucrates et encore plus les politiciens se voient impliqués à un moment ou un autre du processus, mais ce n'est pas forcément le cas des mouvements sociaux. En parlant d'entrepreneurs politiques dans la présente étude, on fait aussi référence, en plus de la définition de Kingdon, aux acteurs dont le leadership a été reconnu dans la mise sur agenda, la conception ou l'adoption des réformes de CSU. Nous nous intéresserons particulièrement aux **mouvements sociaux** et aux **politiciens/bureaucrates** (présents dans le gouvernement). Ce sont des variables binaires.

Ponctuation. Les ponctuations en politiques publiques sont souvent définies par comparaison à l'incrémentalisme comme dans la théorie de l'équilibre ponctué. Elles proviennent de la disruption¹⁵ des équilibres d'un sous-système (équilibre décrit par la théorie de l'incrémentalisme) et sont marquées par l'émergence de nouveaux acteurs, et d'une nouvelle image politique et aboutissent à des changements plus substantiels. L'incrémentalisme décrit une situation où l'élaboration des politiques publiques suit un processus plus ou moins lent et graduel et constitue juste une continuation des actions des gouvernements précédents par exemple, avec des changements mineurs qui s'inspirent largement des politiques déjà en place. Cette approche permet aux décideurs de considérer au fur et à mesure l'efficacité de la politique et la réponse des parties prenantes en plus de limiter les résistances. Avancer par étape vers les objectifs de CSU permet de contourner la complexité des réformes d'envergure, d'assurer la soutenabilité des programmes mis en place à cet effet, de créer des consensus autour des parties prenantes. De ce fait, les pays à revenu faible et intermédiaire ont adopté des politiques incrémentales sur de longues périodes, assurant la protection financière progressivement à des sous-segments de la population (Maeda et al. 2014). Dans de tels contextes, l'incrémentalisme constitue une condition nécessaire pure à la réalisation de la CSU. C'est par exemple le cas des politiques de gratuité réservées à des sous-groupes définis par leur tranche d'âge, des mutuelles de santé par leur nature communautaire et fragmentée, et leur ancrage dans le secteur informel, l'assurance maladie obligatoire pour le secteur formel. A contrario, nous considérons l'adoption d'un système national d'assurance maladie et l'extension de la couverture maladie à toute une population comme une ponctuation, dans les pays à revenu faible et intermédiaire qui n'ont connu jusqu'à une certaine époque que la gratuité des soins, ou les assurances communautaires. Le système national d'assurance est plébiscité depuis quelques années, avec une adoption réussie dans des pays d'Amérique Latine ou d'Asie (Fox and Reich 2015). Son implantation reste cependant un défi institutionnel pour les pays en développement et son adoption soulève souvent des résistances et des exercices du droit de veto. Un acteur a le droit de veto (on l'appelle un *veto player* en anglais ou VP) quand « *son accord est nécessaire pour un changement du statu quo* » (Tsebelis 2000). Tsebelis distingue le veto institutionnel et

¹⁵ La disruption est entendue ici comme une rupture, une innovation radicale, qui rebat totalement les cartes d'un marché établi.

le veto partisan. Le premier est un pouvoir accordé légalement par les institutions notamment par la constitution d'un pays, alors que le second n'est pas légalement établi, mais existe parce que « *le soutien des acteurs qui le détiennent est politiquement nécessaire pour changer le statu quo* ». Une vision plus élargie identifie d'autres acteurs comme les groupes d'intérêts, ou les media comme des détenteurs du pouvoir de veto notamment dans les démocraties. Le droit de veto peut être exercé quand des changements législatifs d'envergure sont susceptibles d'apporter des changements majeurs. Ils peuvent soit empêcher une réforme, soit la faire modifier dans un sens ou dans un autre avant son adoption en fonction de leurs intérêts (O'Malley 2010; Tsebelis 2000). La variable *Ponctuation* est binaire et prend la valeur 1 lorsque la réforme (i) constitue une rupture totale par rapport au système préexistant, (ii) qu'elle est d'envergure nationale et concerne toute la population sans assurance maladie, (iii) qu'elle est assez importante pour soulever des résistances et des vetos. Les réformes graduelles, qui ont plus vocation à fragmenter le système de financement prennent la valeur 0.

La gouvernance. La poursuite des objectifs de la CSU entraîne un changement dans la gouvernance des systèmes de santé, marqué par exemple par la création de nouvelles agences plus ou moins autonomes chargées de la stratégie de mise en œuvre des politiques de CSU. La gouvernance peut être plus complexe dans les grands systèmes décentralisés. Nous utiliserons la redevabilité au sens de Brinkerhoff comme indicateur de gouvernance. Il distingue trois types de redevabilité (D. Brinkerhoff 2003) :

- La redevabilité financière¹⁶,
- La redevabilité de performance¹⁷
- La redevabilité politique ou démocratique¹⁸.

¹⁶ La redevabilité financière concerne le suivi et l'établissement de rapports sur l'allocation, le décaissement et l'utilisation des ressources financières, au moyen de mécanismes d'audit, de budgétisation et de comptabilité.

¹⁷ La redevabilité des performances fait référence à la démonstration et au suivi des performances réalisées eu égard aux objectifs de performances convenus.

¹⁸ La redevabilité politique ou démocratique consiste à s'assurer que le gouvernement tienne ses promesses électorales, honore la confiance du public, représente les intérêts des citoyens, et réponde aux besoins et préoccupations actuels et émergents de la société.

Source : Derick Brinkerhoff, (2004)

Traduction : Auteure

Nous nous intéresserons pour chaque pays aux mécanismes de contrôle et d'audit mis en place pour contrôler l'utilisation efficiente des ressources financières, aux arrangements contractuels qui définissent des objectifs de performances entre les prestataires de soins et les institutions nationales ou entre ces dernières et le ministre de la Santé, le premier ministre ou le président, entre les gouvernements fédéraux et les états (dans le cas des pays décentralisés) etc. On suppose que la redevabilité démocratique existe de facto dans toutes les démocraties. Nous la remplaçons par l'existence de mécanismes de participation comme une représentation de la société civile dans les institutions en charge de l'extension de la CSU. La redevabilité prend les valeurs [0 ;0,33 ;0,67 ;1] en fonction des dispositions prévues par la législation et par le fonctionnement des institutions sélectionnées dans chacun des pays. C'est la variable la plus difficile à évaluer et à calibrer. Pour ce faire, nous faisons un tableau récapitulatif de toutes les informations collectées en analysant les législations disponibles, les sites internet des institutions nationales et d'autres articles (Tableau 23). Il ne s'agit pas de les calibrer en fonction de l'efficacité des mécanismes de redevabilité, mais d'attribuer un score en fonction de leur simple existence.

L'engagement politique. L'engagement politique est l'engagement des acteurs à entreprendre des actions pour atteindre un ensemble d'objectifs (D. W. Brinkerhoff 2010). Au-delà des déclarations et discours politiques, nous nous intéresserons aux actions des gouvernants pour rendre disponibles les ressources financières. La variable est représentée dans notre étude par la priorité accordée par le gouvernement au secteur de la santé. Elle est mesurée par la part des dépenses du gouvernement, consacrée à la santé en pourcentage de ses dépenses totales (moyenne sur la période allant de l'adoption de la réforme à 2018). Dans notre échantillon, cette part varie de 3% (Inde) à 14% (Thaïlande).

La calibration de l'ensemble de ces conditions causales est présentée dans le tableau 24.

Tableau 23 : Tableau récapitulatif institutions et gouvernance de la CSU

Pays	Système décentralisé	Institutions, Ministères	Contractualisation ¹⁹	Finances ²⁰	Performance ²¹	Participation ²²	Législations ou autres sources
Brésil : SUS	Niveau fédéral	Ministère de la santé	Oui	✓	✓	✓	Décret n° 1.651, du 28 septembre 1995 Article 7 Loi N° 8.080 du 19 Septembre 1990.
	Niveau étatique	Secrétariats à la santé					
	Niveau municipal	Secrétariats à la santé					
Ethiopie : Mutuelles	Niveau national	Ministère de la santé Health Insurance Agency	N/A	N/A	N/A	N/A	Pas de législation
	Niveau régional	Comité de supervision régional					
Ghana : NHIS	Niveau national	Autorité nationale d'assurance maladie	Oui	✓	✓	✓	National Health Insurance Act, 2012. (ACT 852) (National Health Insurance Authority 2012)
	Niveau régional	Bureau régional					
	Niveau district	Bureau de district, mutuelle de districts					
Inde : RSBY	Niveau national	Ministère du travail	Oui	✓	✓	N/A	Unorganized workers social Security Act, 2008 (Government of India n.d.-a, n.d.-b; Khetrapal et al 2019; Maurya and Ramesh 2019; Vikaspedia portal 2021)
	Niveau étatique	Gouvernement et agence nodale d'Etat					
	Niveau district	Administrateurs de districts, assureurs, prestataires, ONG					
Mali : Mutuelles de santé	Niveau national	Ministère de la santé	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Niveau communal	Mutuelles de santé					

¹⁹ Lien agent-principal entre institutions en charge du programme et/ou entre une institution au niveau central et ses antennes locales et/ou entre une institution et les prestataires de soins et/ou l'institution et les organismes d'assurance.

²⁰ Les arrangements contractuels portent sur les performances en termes de couverture maladie et/ou de qualité des prestations offertes.

²¹ Les arrangements contractuels portent sur la redevabilité financières (contrôle, audit).

²² La gouvernance de l'institution prévoit des mécanismes de participation citoyenne.

Mexique : Seguro Popular	Niveau fédéral	Commission nationale de la protection sociale en santé	Oui	✓	✓	N/A	(González-Robledo et al. 2017; Nigenda et al. 2015a)
	Niveau étatique	Régime étatique de protection sociale en santé et secrétariats à la santé					
	Niveau local	Prestataires privés et publics de soins					
Rwanda : Mutuelles	Niveau central	Ministère de la santé, Rwanda social security Board	Oui	✓	✓	✓	(Chemouni 2018a; Government of Rwanda 2015)
	Niveau district	Responsables de districts et communautés					
Sénégal : Mutuelles	Niveau National	Agence Nationale de la CMU	N/A	N/A	N/A	N/A	Décret n° 2015-21 du 7 janvier 2015 (Republique du Sénégal n.d.),
	Niveau commune	Collectivités locales et mutuelles de santé					
Thaïlande : UCS	Niveau national	Conseil national de protection sociale en santé, Bureau national de protection sociale en santé,	Oui	✓	✓	✓	NATIONAL HEALTH SECURITY ACT B.E. 2545 (A.D. 2002) (Government of Thailand n.d.; Kantamaturapoj et al. 2020)
	Niveau régionale	Bureau régional de sécurité sociale en santé					
Turquie : Régime général d'assurance	Niveau national	Institut de sécurité sociale, Ministère du travail et de la sécurité sociale, ministère de la Santé	Oui	✓	✓	N/A	General Health Insurance Scheme Law 2006 (Tatar et al. 2011)
	Niveau provincial	Direction provinciale de SS, centre de SS, prestataires					

Source : tableau construit par l'auteure d'après les sources consultées (dernière col.) N/D : non documenté.

Tableau 24 : Cas, conditions explicatives et résultat

Cas	Conditions causales						Résultat	Sources
	<i>Mise sur agenda</i>				<i>Implantation</i>			
Pays	Démocratie	Ponctuation	EP : Mouvements Sociaux	EP : Politiciens Ministres	Gouvernance	Engagement	UHC	
Brésil	1	1	1	0	1	0,67	1	(Costa et al. 2020; Elias and Cohn 2003)
Ghana	0,67	1	0	1	0,67	0,67	0,67	(Akua Agyepong and Adjei 2008; Fusheini 2016)
Mexique	1	1	0	1	0,67	1	1	(Gomez-Dantes et al. 2015a; Lakin et al. 2010)
Rwanda	0	0	0	1	0,67	0,67	0,67	(Chemouni 2018b)
Sénégal	0,67	0	0	1	0,33	0,33	0,33	(Daff et al. 2020)
Thaïlande	1	1	1	0	1	1	1	(Thaiprayoon and Wibulpolprasert 2017)
Mali	0,67	0	0	1	0,33	0,33	0	(Deville, Hane, et al. 2018)
Ethiopie	0	0	0	1	0,33	0,33	0	(Lavers 2019)
Turquie	1	1	0	1	0,67	0,67	0,33	(Agartan 2021; Yıldırım and Yıldırım 2011)
Inde	1	0	0	1	0,67	0,33	0,33	(Shroff et al. 2015)

Source : tableau construit par l'auteure d'après les sources consultées (dernière colonne)

5.6. Résultats

Les analyses sont conduites avec le logiciel fsQCA. La table de vérité présente 2^k combinaisons possibles (l'ensemble des cas théoriques), ici 2^6 . Nous avons identifié deux conditions nécessaires en mesurant leur degré de cohérence. Graphiquement (Figures 6A à 6F), tous les points doivent être sur ou en dessous de la première bissectrice (dans ce cas la cohérence=1 et la condition nécessaire est dite pure). Cependant on admet tout degré de cohérence supérieur ou égal à 0,9. Ainsi, la redevabilité et l'engagement politique, avec un degré de cohérence de 0,94 sont des conditions nécessaires à la réalisation des objectifs de CSU (Figure F4B). Tous les pays qui ont un fort indice de CSU ($CSU > 0,5$) ont aussi mis en place des mécanismes de redevabilité et ont une part des dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses totales relativement élevée. Cette condition n'est cependant pas suffisante, puisqu'il existe un pays, la Turquie en l'occurrence, dont le degré d'appartenance aux pays qui ont atteint la CSU est inférieur à 0,5. Le reste des conditions causales présente des degrés de cohérence inférieurs à 0,90. Nos résultats montrent l'existence des trois combinaisons causales C1, C2 et C3 qui forme la solution totale (tableau 25) :

Solution = C1+C2+C3

C1 = Démocratie*Ponctuation*Mouvement social*Gouvernance*Engagement politique

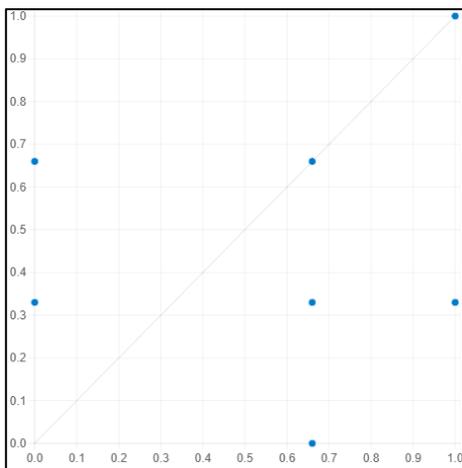
C2 = *Ponctuation*Bureaucratie*Gouvernance*Engagement politique

C3 = ~Démocratie*Bureaucratie*Gouvernance*Engagement politique

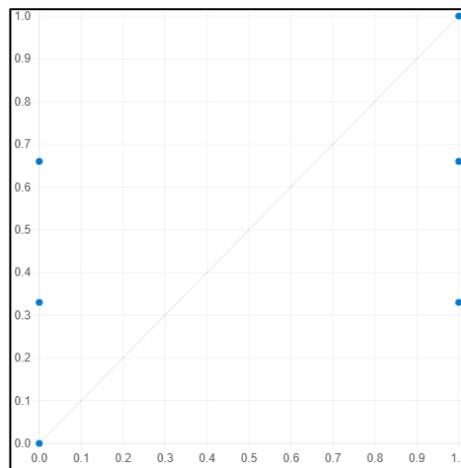
La cohérence d'une combinaison indique dans quelles mesures cette combinaison explique le résultat. Elle est égale à 0,83 , 1 et 0,67 respectivement pour les combinaisons C1, C2 et C3. Une cohérence inférieure à 1 traduit la présence d'un cas parmi ceux couverts qui ne répondent pas au schéma général. Il s'agit par exemple de la Turquie et du Rwanda.

Figure 6 : Nuage de points, conditions nécessaires et conditions suffisantes

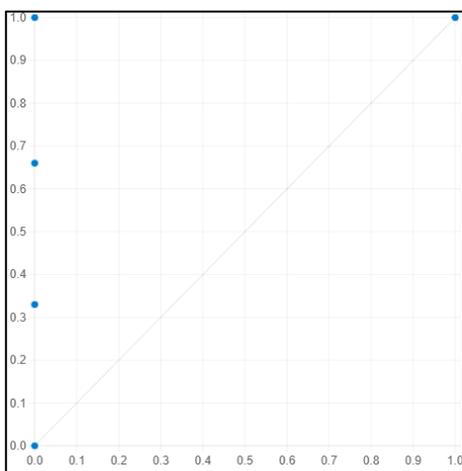
F6A Démocratie



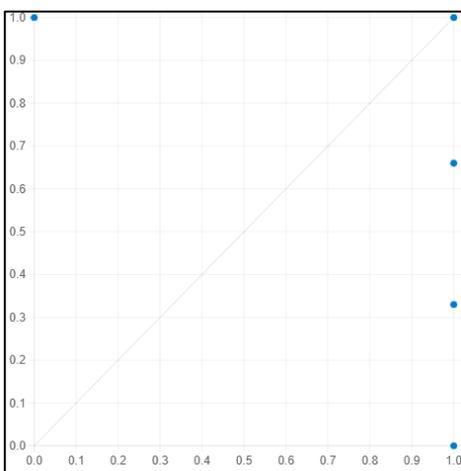
F6B Ponctuation



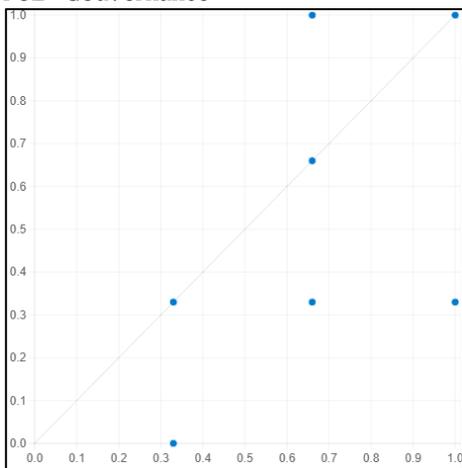
F6C Mouvements sociaux



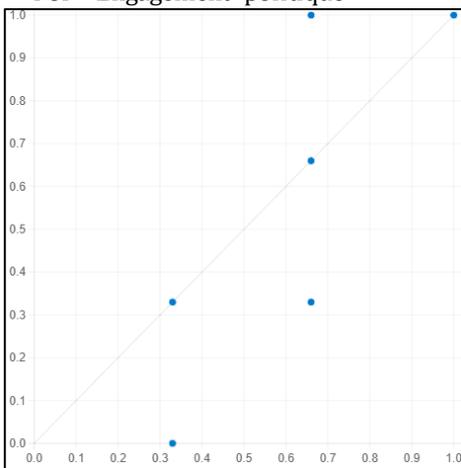
F6D Bureaucratie



F6E Gouvernance



F6F Engagement politique



La couverture d'une combinaison permet de savoir dans quelles mesures le résultat est couvert par la combinaison. Elle est inférieure à 1 pour toutes nos combinaisons, cela veut dire que chacune d'elle n'explique qu'un petit nombre de cas. C3 par exemple n'explique le résultat que pour un seul pays, le Rwanda. Une couverture faible est cependant normale lorsque la taille de l'échantillon est faible.

La couverture unique pour une combinaison causale est quant à elle la proportion de cas pour lesquels le résultat s'explique uniquement par cette condition causale. Elle mesure l'existence ou non d'un chevauchement. Il n'y en a pas dans notre étude. Le résultat du Mexique par exemple ne s'explique que par la combinaison C1.

La cohérence de la solution indique dans quelle mesure la solution complète (composée des trois combinaisons causales) est suffisante pour expliquer les meilleures performances de CSU, ou autrement dit, dans quelle mesure la solution est un sous-ensemble du phénomène observé ; tandis que **la couverture de la solution** mesure la proportion des cas pour lesquels la couverture santé universelle peut s'expliquer par l'ensemble de la solution (Lehiany and Chiambaretto 2019; C. Ragin 2009). Ici, la cohérence de notre solution est 0,81, c'est-à-dire qu'il y a 19 % de chance qu'un pays à revenu faible ou intermédiaire qui répond à une de ces trois combinaisons n'ait pas un indice CSU supérieure à 0,5. De même, la couverture de la solution étant supérieure à 0,75, on conclut que le modèle est bien spécifié.

Tableau 25 : Résultats et conditions causales.

Conditions causales	C1	C2	C3
Démocratie	-	Oui	Non
Ponctuation	Oui	Oui	Non
Mouvements sociaux comme EP	Non	Oui	-
Bureaucratie comme EP	Oui	-	Oui
Gouvernance	Plutôt bonne	Bonne	Plutôt bonne
Engagement politique	Plutôt Fort	Fort	Plutôt Fort
<i>Hypothèses simplificatrices</i>			
Ponctuation (présence)			
Entrepreneur mouvement sociale (présence)			
Entrepreneur bureaucrate/politiciens (présence)			
Redevabilité (présence)			
Engagement (présence)			
Cas Couverts	Mexique Ghana, Turquie	Thaïlande, Brésil	Rwanda
Cohérence	0,83	1	0,67
Couverture	0,31	0,31	0,25
Couverture unique	0,25	0,31	0,19
Cohérence de la solution= 0,814		Couverture de la solution= 0,812	

Source : Calculs de l'auteur

La combinaison causale C1 signifie qu'une évolution ponctuée des réformes portée par les partis au pouvoir, par l'intermédiaire de leur ministre de la santé, capable de former une équipe du changement constituée de technocrates aguerris, un engagement politique plutôt fort et des mécanismes de redevabilité suffisants permettent d'obtenir d'assez bonnes performances en termes de CSU. Cette combinaison couvre trois pays que sont le Ghana, le Mexique et la Turquie.

La combinaison causale C2 signifie que la démocratisation, marquée par l'avènement d'une nouvelle constitution, l'organisation d'élections et la promotion de la participation de la société civile, dont les membres sont capables d'intégrer les instances de décisions et d'initier des réformes majeures, soutenues par les décideurs qui s'engagent tant sur le plan financier que sur les questions de gouvernance, favorise la CSU. Nous observons une telle configuration dans deux pays : la Thaïlande et le Brésil.

La combinaison C3 signifie qu'en l'absence de démocratie, l'implantation de politiques incrémentales au détriment d'une évolution ponctuée, lorsqu'elle est accompagnée d'un engagement politique fort et d'une bonne gouvernance influencée par une concentration verticale et horizontale du pouvoir permet d'assez bons progrès vers la CSU. Cette configuration est valable pour le Rwanda.

5.6.1. Compétition électorale et leadership bureaucratique d'un nouveau genre : le Ghana et le Mexique

Condition causale 1 Ponctuation* EP-Bureaucratie*Gouvernance*Engagement politique
--

Ghana

A partir des années 80, le recouvrement des coûts communément appelé Cash and Carry au Ghana vont accroître les inégalités d'accès aux soins de santé, malgré les exemptions de paiement accordées à certaines couches de la population (Dalinjong et al. 2017; Waddington and Enyimayew 1989; Witter et al. 2007). Cette situation est fortement décriée par la population et par les médias nationaux et documenté dans les revues académiques, si bien que le problème est devenu un argument de campagnes électorales entre les deux partis politiques dominants à partir des années 1990.

Arrivée au pouvoir en 1992, la première coalition dirigeante sous la nouvelle constitution est le National Democratic Congress (NDC) qui fera successivement deux mandats présidentiels (1992-1996 et 1996-2000). En réponse aux promesses électorales du Président Rawlings, la couverture sanitaire est certes améliorée, mais les paiements directs des ménages restent élevés et limitent la fréquentation des structures de soins. Parallèlement, se développent les premières mutuelles de santé, d'initiative communautaire (groupes religieux, groupes professionnels), inspirées de l'exemple de réussite de la mutuelle de Nkoranza. On assiste alors à leur implantation progressive et ces institutions reçoivent désormais l'appui technique de partenaires extérieurs. Un partenaire en particulier se distinguera des autres : l'USAID à travers son projet PHR-plus. Malgré leur nombre qui n'a cessé d'augmenter, les mutuelles couvrent moins de 2 % de la population au début des années 2000 et sont donc très loin de résoudre les problèmes liés

à l'accès aux soins (Akua Agyepong and Adjei 2008; Atim 2000; Blanchet and Acheampong 2013; Dramani Kipo-Sunyezi et al. 2020).

Cette situation est alors exploitée par le parti d'opposition le New Patriotic Party (NPP), qui lors des élections de 2000, promet non pas une coexistence du cash and carry avec d'autres mécanismes de financement, mais la fin des paiements directs. Leur promesse d'abolir les frais d'utilisation leur permet sans doute de se démarquer de leurs adversaires. Le NPP gagnera les élections de 2000 et sera réélu en 2004.

La mise en place du système national d'assurance maladie (NHIS) au Ghana est la conséquence d'un ensemble de facteurs favorables au plan national et au plan international : une convergence des agendas politiques nationaux et internationaux, notamment ceux d'institutions financières internationales comme la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, la reconnaissance des conséquences des paiements directs sur les ménages, l'adhésion du Ghana à l'Initiative Pays Pauvre Très Endettés (IPPTE) et une forte compétition électorale. Le NHIS est selon les experts l'une, sinon la politique sociale qui a la plus grande envergure depuis l'avènement de la démocratie au Ghana (Carbone 2011; Singleton 2006).

Si le nouveau gouvernement a décliné la stratégie mutualiste pour marquer une rupture par une approche différente de celle du régime précédent, il convient de rappeler que les mutuelles de santé constituent le socle du NHIS. La première loi votée en 2003 portant sur la mise en place du NHIS prévoit les modalités de leur mise en place et décrit leur statut. Ces institutions, homologuées se distinguent des autres mutuelles, qualifiées de mutuelles privées de jure, peu importe leur statut d'organisme à but non lucratif. Ces dernières ne reçoivent aucun appui de l'Etat Ghanéen et leurs membres ne peuvent pas bénéficier des subventions dédiées aux plus pauvres, exemptés des cotisations. La loi stipule que tous les employés, du secteur formel comme du secteur informel doivent s'enrôler à une de ces mutuelles sponsorisées. Le régime de financement prévu dans la proposition de loi repose principalement sur les contributions du secteur informel, les prélèvements obligatoires du secteur formel et d'une TVA à hauteur de 2,5%. En résumé, la réforme prévoit les mesures suivantes : un enrôlement obligatoire aux mutuelles sponsorisées ou aux mutuelles privées, la contribution des employés du secteur formel

étant prélevées directement à la source, sont exemptés les individus en situation précaire, les retraités, les enfants de moins de 18 ans et les personnes âgées de plus de 70 ans ; les prestataires publics et privés accrédités par le NHIS sont susceptibles prodiguer des soins et services et sont payés à travers le système de tarification à l'acte.

Akua Agyepong et Adjei (2008) sont revenu sur le développement de la réforme et sur le rôle des différentes parties prenantes. Ils décrivent l'Etat, à travers le ministère de la santé, comme le principal entrepreneur politique de la réforme du système national d'assurance au Ghana. Le premier mandat du NPP est presque totalement consacré à la conception de la réforme. Un groupe de réflexion est constitué à partir de 2001, composée essentiellement de technocrates issus du ministère de la santé, de centres de recherches, de syndicalistes. Peu à peu, les considérations partisans vont laisser de moins en moins de place à l'expertise technique au sein du groupe de réflexion, une situation qui ne s'améliorera pas lors de la phase d'implantation de la réforme. Cependant, malgré les désaccords et les désistements survenus au sein du groupe de travail pendant le processus d'élaboration, les partisans du modèle hybride (un système à payeur unique et mutuelles de santé homologués) vont triompher et présenter une proposition finale en juillet 2003. Les organisations professionnelles très concernées par cette loi mais exclues du processus d'élaboration, de même que les membres de l'opposition vont réclamer et obtenir un délai avant le vote du parlement. Les résistances proviennent essentiellement des mécanismes de financement du plan. La principale opposition provient des syndicats de travailleurs du secteur formel car la loi prévoit un prélèvement de 2,5% des contributions du Fonds de Sécurité Sociale et d'Assurance Santé (SSNIT) en faveur du Fonds National d'Assurance Santé (NHIF) tous les mois. Les organisations professionnelles s'opposent à cette mesure qui pour eux constituent une menace à leur fonds de pensions, malgré une exemption de cotisations aux mutuelles de santé. Quant à l'autre source de financement, à savoir la TVA de 2,5%, elle trouve une opposition encore plus ferme (voir encadré 1) (Akua Agyepong and Adjei 2008; Republic of Ghana 2003). La réforme passe assez facilement au parlement et sera votée en 2003 malgré les contestations du parti d'opposition minoritaire au parlement, fermement opposée à l'introduction d'une TVA. Les limites de la réforme sont cependant telles que le système national d'assurance, notamment sa gestion, est resté un enjeu électoral pendant les

élections suivantes. Le système est, dès ces premières années, gangrénées par les intérêts partisans et le clientélisme politique dans ses instances administratives.

Encadré 1 | Le Ghana et une TVA comme instrument de financement de la santé

Historiquement, la TVA est un sujet assez sensible au Ghana. Jusqu'au début des années 1990, cet impôt indirect n'existait pas encore dans le pays. A hauteur de 17,5%, elle fut introduite pour la première fois en 1995 par le gouvernement du NDC, puis supprimée trois mois plus tard à cause des fortes contestations populaires engendrées par son introduction. Même si celle-ci a été voté par le parlement Ghanéen, d'où par ailleurs était absent le principal parti d'opposition, la liberté d'expression et d'association garantie par la constitution de 1992, l'influence de la presse, l'incapacité du gouvernement à bien encadrer l'application de la taxe, l'approche des échéances électorales ainsi que les protestations menées par l'Alliance pour le Changement ont entraîné la rétraction du pouvoir en place, et en Juin 1995, il ne fut plus question d'une quelconque TVA. La seconde tentative intervenue en 1998, a eu plus de succès dans la mesure où elle s'est accompagnée d'une campagne de « promotion de la TVA » visant à éduquer le grand public sur son utilité. De plus, elle est maintenant fixée à 10% au lieu de 17,5%. Mais plus important encore, le projet de loi était plus inclusif, et a donné lieu à plus de dialogues, notamment avec l'opposition qui entre temps a intégré le parlement et a pu ainsi participer aux débats . Une première augmentation du taux de TVA de 2,5% intervient une année plus tard, et la poussée de protestations qu'elle engendre est vite calmée par l'annonce du gouvernement qu'il s'agirait d'impôts pré-affectés à l'éducation (GET Fund ou fonds pour l'éducation au Ghana). Le nouveau gouvernement élu en 2001, et initiateur du NHIS augmentera de nouveau le taux de TVA, qui s'élève alors à 15%, revenus fiscaux affecté cette fois au système national d'assurance santé et est appelé National Health Insurance Levy (NHIL). Si la décision d'augmenter progressivement la TVA remonte à 1998, cette tendance à l'affectation du budget aux postes cruciaux comme la santé ou l'éducation revêt des connotations politiques et à pour visé principal de neutraliser les oppositions tout en augmentant subtilement les revenus fiscaux.

Sources : (Aboagye and Hillbom 2020; Osei 2000)

La loi a été adoptée à quelques mois des échéances électorales et il était primordial pour le NPP de rendre le panier de soins le plus attractif possible, au détriment de la maîtrise des coûts : le système connaît des problèmes de soutenabilité malgré l'engagement financier que représentait le NHIL. En effet, les contributions, à l'origine devaient être progressives, et dépendre du niveau de revenu. A l'arrivée, le gouvernement a opté pour une contribution du même montant pour tous les membres. Et pour ne pas faire planer le spectre du cash and carry sur le NHIS, le NPP dans le souci de se démarquer des adversaires politiques a décidé que les membres ne seraient pas soumis à un reste à charge. L'enrôlement obligatoire comme stipulé par la loi aurait pu contribuer à mobiliser des ressources financières supplémentaires. Cependant, peu de mesures sont prises pour s'assurer de l'effectivité de la disposition. Une autre problématique a été l'absence de

contrôle et de transparence, aussi bien au niveau de l'enrôlement, des structures de santé que dans l'administration de l'assurance en attestent les accusations de fraudes et d'abus. Malgré les limites de son implantation (politisation, partisanerie, clientélisme, explosion des coûts etc.), l'ouverture politique, la compétition électorale, la liberté de la presse, la société civile vont constituer d'excellents moyens pour rendre les politiciens redevables. Ainsi, le NPP a très vite réagi aux suspicions de fraudes et de corruptions en menant un audit, dont les résultats ont été rendus publics (Akua Agyepong and Adjei 2008; Darko 2016; Fusheini 2016).

Mexique

Trois caractéristiques sont remarquables dans les progrès du Mexique vers la CSU à travers le programme « *seguro popular* » : une construction claire du problème, des conditions politiques et économiques favorables, et le leadership d'un ministre de la santé qui a mené la proposition de réforme au parlement, malgré des oppositions exprimées. Le Mexique a, à partir des années 40 deux systèmes majeurs d'assurance maladie : l'institut Mexicain d'assurance maladie (IMSS) pour les travailleurs du secteur privé financé par les contributions des employés, des employeurs et des subventions de l'Etat fédéral et l'Institut de la sécurité et des services pour les travailleurs de l'Etat (ISSSTE) qui remplace en 1959 la direction des pensions et retraites qui couvrent les fonctionnaires et travailleurs de l'Etat. La protection sociale de santé reste très dépendante du salariat, malgré l'existence d'un secteur privé (plus coûteux) et de l'assistance publique (dans une moindre mesure) pour les individus sans emploi et les employés du secteur informel.

La première étape à l'universalisation de la couverture santé est l'introduction du droit constitutionnel à la santé pour chaque citoyen à partir de 1983. Cependant, les performances du système de santé mexicain en matière de protection financière sont restées faibles ; les dépenses directes des ménages représentant une part importante des dépenses totales de santé jusque dans les années 90 (presque 53% des dépenses totales) selon le rapport sur la santé dans le monde de 2000, une situation exacerbée par une transition épidémiologique, marquée par une augmentation des décès causés par les maladies non transmissibles. Ce dernier point a été un argument récurrent des réformistes, notamment à cause du fardeau des maladies non-transmissibles. Le pays alors sous un régime semi-autoritaire connaît une vague de démocratisation depuis le

début des années 80 qui laisse de plus en plus de place à la promotion et au développement de la réforme (Camp 2015; Gomez-Dantes et al. 2015a; Musgrove et al. 2000).

Les élections de 2000 ont mis fin au règne du parti centriste au pouvoir depuis 1929 et marque l'arrivée au pouvoir de Vicente Fox et la nomination d'un nouveau ministre de la Santé Dr. Julio Frenk. La première tentative d'intégration du système de santé Mexicain est initiée dès 2000 par la proposition de subventionner l'enrôlement du secteur informel au programme « Family Health Insurance » (FHI) un sous-régime volontaire et contributif de l'IMSS créé dans les années 1990. Elle sera finalement abandonnée à cause des changements institutionnels majeurs prévus par la proposition et des résistances des organisations professionnelles (Lakin et al. 2010).

La loi de 2003 va faire suite à l'amendement de 1983 et instituer le « *seguro popular* », ou PHI (Popular Health Insurance) un système public d'assurance maladie, financé par le district fédéral, chacun des 31 états et dans une moindre mesure par les contributions volontaires basées sur le revenu, avec une exemption de paiement pour les populations les plus pauvres. Le ministre de la Santé de l'époque Julio Frenk et son équipe surnommé « l'équipe du changement » ou l'unité d'analyse économique composé de technocrates et de politiciens sont les entrepreneurs politiques de la réforme. Ces derniers ont conçu et promu le programme au niveau du congrès, auprès des partis politiques et devant le ministre des Finances. La particularité de l'équipe de Frenk comme le souligne Lakin (2010) est sa rupture avec les cadres traditionnels du ministère de la santé susceptibles d'être plus réfractaires « à l'introduction des principes d'analyse économique et de d'assurance aux services de santé ». La nouvelle équipe se veut donc plus analytique et factuelle et il semblerait qu'une synergie se soit créée entre l'équipe de Frenk et le Ministère des Finances, malgré des désaccords, ce dernier souhaitant conditionner la mise en œuvre du programme à une réforme fiscale dont l'adoption était pour le moins incertaine (Gomez-Dantes et al. 2015a; Lakin et al. 2010).

Le nouveau système national d'assurance maladie existe parallèlement à l'IMSS, et son financement provient de l'Etat fédéral, des états et des populations. Les principales oppositions à la nouvelle réforme sont d'ordre politico-idéologique et institutionnel. Elles

sont notamment incarnées par le Parti de la Révolution démocratique (PRD) et l'emblématique maire de Mexico city de l'époque. Le parti s'est notamment opposé au paiement des contributions notamment par les populations les plus pauvres avant l'instauration d'une exemption pour les indigents, et ont milité pour un programme entièrement financé par les revenus fiscaux. Leur résistance à la réforme prend aussi sa source dans leur désir de garder intact les accomplissements de leur parti notamment la création d'un programme de gratuité des soins initié à Mexico city. Malgré l'abandon de toute tentative d'intégration du nouveau système à l'IMSS, les syndicats des travailleurs du secteur formel ne s'en sont pas moins opposés à la réforme, arguant une diversion des fonds publics en faveur du « seguro popular ». La réforme sera néanmoins adoptée en 2003, et sera marquée par l'absence de mobilisation de la société civile et des organisations professionnelles (associations des médecins notamment) dans les débats. Lakin soutient que bien moins que les évidences et connaissances accumulées, c'est le lobbying et les atouts politiques de l'équipe du changement qui ont mené la réforme à bien, contournant lorsqu'il était nécessaire le ministère des finances et s'alliant avec des membres du congrès proches du pouvoir ou travaillant directement avec la présidence (Frenk et al. 2006; Gomez-Dantes et al. 2015b; Lakin et al. 2010).

La phase implantation a vu naître ou renaître les frictions liées au financement d'une part, et a soulevé d'autre part des inquiétudes chez les prestataires de soins exclus de l'adoption de la réforme, qui craignaient à juste titre une augmentation de leurs charges de travail sans contrepartie financière ; une situation d'autant plus compliquée que les réformistes souhaitaient une implantation rapide en vue des échéances électorales suivantes. Les frictions sont apparues également entre le gouvernement fédéral et les états à propos du financement du programme. En effet, certains états étaient réticents à payer les contributions solidaires établies par la loi et encadrées par un contrat signé avec l'Etat fédéral, impuissant et obligé d'augmenter les subventions allouées aux états, subventions dont l'allocation par poste de dépenses est finalement laissée à leur discrétion pour réduire les tensions. Du point de vue de la gouvernance du programme, la décentralisation n'a pas joué en faveur de l'implantation du Seguro popular. Le manque de transparence, notamment dans les dépenses a entraîné la mise en place des mécanismes de régulation avec des sanctions prévues en cas d'irrégularités (Lakin et al. 2010; Nigenda et al. 2015b, 2015a).

Le *Seguro popular* a toujours été au cœur de la politique au Mexique, instrumentalisé par les partis au pouvoir ou de l'opposition. Pour preuve, l'ancien maire de Mexico city aura exprimé son opposition, de l'adoption de la réforme en 2003 à son élection en tant que président de la République en 2018 et a entrepris depuis lors de réformer entièrement le programme.

5.6.2. Mouvements réformistes et mécanismes de participation : la Thaïlande et le Brésil

Condition causale 2 Démocratie* Ponctuation* Mouvement social*Gouvernance*Engagement politique

Thaïlande

En Thaïlande, la CSU est l'aboutissement d'une trentaine d'années d'actions en faveur de l'amélioration des conditions sanitaires, soutenues par une libéralisation politique naissante qui influence alors d'importants investissements en infrastructures de santé et en capital humain surtout en zone rurale. Monarchie constitutionnelle, secouée par 12 coups d'état réussis depuis 1932 (et sept tentatives ratées), la Thaïlande n'en est pas moins un pays où les mouvements sociaux qui se sont fortement opposés aux militaires dans les années 70 notamment, ont joué plus tard un rôle décisif dans le développement de politiques sociales. Un contexte, propice à plus de démocratisation a vu des leaders d'un mouvement social constitués de médecins et d'experts en santé publique le « Rural Doctors Society » rejoindre les rangs des organisations de société civile, et les instances politiques qui joueront un rôle majeur dans les futures réformes de santé et participeront à la mise sur agenda de la CSU dès les années 2000 (Alfers and Lund 2012; Gottret et al. 2008; Kahle and Wagner 2002; Tangcharoensathien et al. 2019; Thaiprayoon and Wibulpolprasert 2017).

La constitution de 1997 aussi appelée la « constitution du peuple » confère à la société civile le droit de participer aux processus de décision. La participation aux processus décisionnels et à l'élaboration des plans de développement social est devenu un droit civique comme l'indiquent les articles 60 et 76 (Klein 1998). Une opportunité politique est offerte en 2000 par les premières élections organisées sous la nouvelle constitution

pendant lesquelles la CSU et la proposition d'implanter un système national d'assurance maladie le « Universal Coverage Scheme » (UCS) sont devenus un argument de campagne du parti « *Thai Rak Thai* » qui gagnera ces premières élections et gouvernera le pays.

Auparavant, la Thaïlande n'était pas dépourvue de mécanismes de protection sociale en santé, grâce à la mise en place progressive de programmes et régimes d'assurance dédiés à des populations spécifiques : (i) Le Medical Welfare Scheme (MWS) géré par le ministère de la santé, qui à l'origine couvrait les populations pauvres depuis 1975, puis progressivement les enfants de moins de 12 ans et les personnes âgées, (ii) un régime non-contributif le *Civil Servant Benefit Scheme* (CSMBS) dédié aux fonctionnaires de l'Etat et à leurs ayants droit est mis en place trois ans plus tard, (iii) à partir de 1983, le *Voluntary Health Card Scheme* (VHCS) un régime public d'assurance, dont les cotisations volontaires sont partiellement prises en charge par l'Etat couvre le secteur informel, (iv) et enfin depuis 1990, une réforme de la sécurité sociale a donné naissance au *Social Health Insurance* (SHI) dédié aux travailleurs du secteur privé.

Avant l'adoption de la nouvelle réforme, ce système fragmenté couvrait près de 70% de la population, mais connaît cependant des limites : le CSMBS et son système de paiement à l'acte entraîne des services et des dépenses excessifs, et le programme de gratuité fait face aux difficultés de ciblage des populations vulnérables, en plus du rationnement des prestations, tandis que le VHCS fait face au problème de sélection adverse et à des menaces d'insoutenabilité financière exacerbées par une situation économie fragile. Un grand nombre de Thaïlandais reste en dehors de ces mécanismes de protection, et les paiements directs restent une part importante des dépenses de santé (Pannarunothai et al. 2000; Sakunphanit 2008; Supakankunti 2000).

Les réformistes vont formuler une solution : la politique du 30 Baht. Après une première tentative menée en 1996 sans succès, la réforme gagne l'intérêt des politiciens, notamment celui du parti « *Thai Rak Thai* » (TRT) qui l'endosse en 2000 en vue des élections présidentielles organisées quelques mois plus tard, au nom de « sa légitimité, sa congruence avec les idées du parti et sa faisabilité » (Langenhove and Tessier 2016; Tangcharoensathien et al. 2007). Entre 1997 et 2001, les démocrates entendaient développer l'assurance maladie volontaire (VHCS). C'est d'ailleurs une de leur promesse

de campagne en 2000, tandis que le TRT endossait la politique du 30 Bath ou *Universal Coverage Scheme* (UCS). Les initiateurs de la réforme seraient en partie issus du mouvement « Rural Doctors » qui ont intégré au fil des années certaines instances de décisions notamment le Ministère de la Santé ou des instances académiques et ont profité des élections de 2001 pour pousser la politique du 30 Bath. Le leadership des mouvements sociaux, l'engagement politique et l'accumulation des connaissances forment le « triangle qui déplace la montagne » et sont le fondement de la conception de la réforme (Thaiprayoon and Wibulpolprasert 2017). Elle a néanmoins impliqué de nombreuses parties prenantes notamment les politiciens, les bureaucrates, les réformistes, les prestataires de soins, l'industrie pharmaceutique. Tangcharoensathien et al. ont fait une revue détaillée des acteurs clés de la réforme, ainsi que leurs positions respectives sur le contenu de la politique (Tangcharoensathien et al. 2019). La réforme avait la forme d'un système national d'assurance (contribution estimée à 30 Bath par personne) au départ, mais il s'agit désormais d'un régime entièrement financé par les recettes fiscales et couvre tous les citoyens Thaïlandais jusque-là sans assurance ainsi que les membres du MWS et du VHCS. Ces régimes de financement sont désormais intégrés au UCS dont les caractéristiques principales, notamment la méthode de paiement est inspirée de l'expérience du SHI.

Le système de financement reste encore fragmenté à cause des régimes du secteur formel qui encore aujourd'hui résistent à l'intégration de leur régime respectif au UCS, tout comme au Mexique. De ce fait, la population Thaïlandaise est couverte depuis 2002 par 3 régimes : l'UCS, le CSMBS et le SHI. En lieu et place d'une fusion des trois régimes, l'expérience accumulée et les négociations entre les parties prenantes ont quand même permis une harmonisation, dans la mesure du possible des paniers de soins entre les trois régimes, l'adoption du paiement par capitation et la séparation acheteur/pourvoyeur. La nouvelle réforme est adoptée en 2002, avec la promulgation du *National Health Security Act* par le parlement et la création du National Health Security Office, institution autonome chargée de la gestion de l'UCS. Cette dernière crée un nouvel équilibre dans la gouvernance du système de santé ce qui a engendré des tensions avec le ministère de la santé qui a perdu quelques prérogatives.

La Thaïlande est encore un pays à revenu intermédiaire tranche inférieure lorsqu'elle a implanté la réforme UCS, qui rien que par sa nature redistributive, était vouée à faire face à beaucoup de résistances. Si le leadership du parti TRT dans l'implantation du programme est unanimement reconnu dans la littérature existante, les principaux entrepreneurs politiques de la réforme au sens de Kingdon, sont les membres d'un réseau de bureaucrates, évoluant notamment au ministère de la santé et anciens membres des « Rural Doctors Society ». Au-delà du rôle déterminant de ce réseau, Joseph Harris démontre que sans leurs actions coordonnées au début des années 2000, « *il existe peu de preuves suggérant que la politique de couverture universelle inclusive aurait jamais été un problème majeur lors des élections de 2001, et encore moins une politique dont la mise en œuvre aurait reçu une reconnaissance internationale* ». Pour ce faire, Harris a développé le concept de « *developmental capture* », qui s'oppose au « *regulatory capture* » appelé en français capture réglementaire ou capture de la réglementation qui désigne l'action par laquelle des groupes d'intérêt intègrent les institutions publiques chargés des intérêts collectifs pour en contrôler les leviers politiques aux profits de leurs propres agendas ou intérêts. A l'inverse, la capture du développement décrit, dans le contexte de la Thaïlande et du programme du 30 Bath, le phénomène par lequel un réseau de fonctionnaires réformistes a progressivement pris le contrôle des instances de décisions pour avancer un agenda au profit de la collectivité, en coordination avec la société civile, les politiciens, et les instances internationales (Harris 2014). Nous relatons ce phénomène décrit par Harris (2014) dans l'encadré 2.

La promotion en 2000 d'une nouvelle image politique endossée par un nouveau parti politique, le TRT en l'occurrence, contrastant avec la vision du parti démocratique alors peu enclin à consacrer autant de ressources à la santé est la preuve d'une évolution ponctuée. L'implantation du programme a précédé l'adoption de la loi par le parlement et des résistances ont eu lieu. D'abord de la part du secteur formel, la sécurité sociale et les fonctionnaires étant réticents à la fusion de leurs régimes avec l'UCS, de la part des médecins du secteur privé et public qui s'opposent entre autres à la mise en place d'un système de plaintes contre les fautes professionnelles, à l'augmentation de la charge de travail généré par la réforme, au risque d'aléa moral de la part des bénéficiaires. Malgré les protestations organisées et retransmises par les médias, la loi sera votée haut la main,

d'abord au parlement puis au sénat (Harris 2014; Mills et al. 2000; Tangcharoensathien et al. 2007; Towse et al. 2004).

Encadré 2 | Capture du développement

La « Rural Doctors Society » a été créée en 1978, pour soutenir l'effort des médecins dans les zones rurales les plus pauvres, elle a activement participé à la promotion de l'accès équitable aux soins et a plus tard développé une plateforme de recherches et d'échanges appelé le Sampran Forum. L'influence des membres de ce forum sur les instances de décision leur viendra de la création d'instituts de recherche et d'organisations semi-autonomes. La nouvelle constitution requérant les signatures de 50000 individus pour qu'un projet de loi soit examiné par le parlement, l'organisation s'appuie en premier lieu sur ses liens avec des ONG et organisations de société civile, qui vont assurer la promotion de la réforme du 30 baht à travers le pays. Une fois cette étape franchie, le réseau va se rapprocher du TRT, parti nouvellement créé qui très vite adhère aux principes de la CSU. Des membres clés du parti ont d'ailleurs été des membres du mouvement dans les années 70, et plus tard des membres du gouvernement. Le leader du TRT lance alors le désormais célèbre slogan « *30 Bath to cure every disease* » (30Bath=0,79Euros) et une fois au pouvoir, le secrétaire permanent au ministère de la santé entreprend de lancer immédiatement une phase pilote avant même l'adoption par le parlement. En définitif, l'engouement démocratique qu'a connu la Thaïlande ne signifie pas pour autant que la réforme se soit construite autour de la demande générale des votants, qui par ailleurs ne considéraient pas la couverture sanitaire universelle comme une priorité, au contraire. Elle a certes reçu un soutien populaire une fois lancée, mais a été grandement portée, de la mise sur agenda à son adoption, par une élite, composée de technocrates, appartenant au ministère de la santé publique, membres du parti initiateur de la réforme et anciens du mouvement social « rural doctors ». Ironiquement, le TRT a procuré au peuple Thaïlandais une réforme dont il ne savait pas qu'il avait besoin, au vu des sondages réalisés à l'époque par le parti sur les priorités du pays.

Sources : (Alfersand Lund 2012; Harris 2014, 2015).

L'implantation a laissé peu de place aux intérêts politiques et ce, au profit des décisions basées sur la recherche, de la transparence et des mécanismes de redevabilité. La séparation acheteur/pourvoyeur a mis fin aux problèmes d'inefficience, tout en permettant de clarifier la relation principal-agent scellée par des contrats annuels entre le NHSO libre de tout conflit dorénavant, et les prestataires de soins. La capitation est à son tour rendue possible grâce aux études de coûts et à l'évaluation économique des technologies de santé et a abouti à une meilleure maîtrise des coûts. A court terme, le TRT voulait mettre en œuvre la réforme dans l'année, pour tenir les promesses électorales et profiter de la fenêtre d'opportunité que constituer son élection récente, raison pour laquelle elle a opté pour le financement par l'impôt général, plutôt que par les cotisations des particuliers (Tangcharoensathien et al. 2019).

En Thaïlande, la participation citoyenne est un droit inscrit dans la constitution et ce droit est renforcé par la loi NHIA qui décrit les modalités de mise en place des mécanismes de participation dans le cadre de la nouvelle réforme (Kantamaturapoj et al. 2020). Il s'agit entre autres d'auditions publiques pour les prestataires de soins et pour les bénéficiaires, de l'instauration d'un système de plaintes en cas de manquement, la mise en place d'un système d'enrôlement accessible en ligne, qui assure le droit des citoyens à l'assurance maladie même en cas de relocalisation. La société civile est présente dans le conseil du National Health Security Office (NHIO), au même titre que les prestataires. Un rapport de performances et d'audit financier présenté annuellement par ce conseil devant le parlement assure la redevabilité et la transparence dans la gestion du programme. L'engagement financier s'est traduit d'abord par la création d'une institution qui gère désormais le budget à la place du ministère de la santé. La budgétisation, grâce au système de capitation permet une meilleure évaluation des moyens nécessaires au financement sur la base de l'utilisation des services de santé et des coûts unitaires. Elle n'est désormais plus discrétionnaire, et est portée à la connaissance du public, ce qui aide à garantir la soutenabilité financière (Tangcharoensathien et al. 2013). La part des dépenses de santé en pourcentage des dépenses totales du gouvernement a augmenté de 4% au moment de la réforme et s'est maintenu à un niveau constant ces 15 dernières années entre 14% et 15%. Un autre avantage de la réforme Thaïlandaise est sa résistance aux changements politiques, y compris les coups d'état de 2006 et de 2014 qui ont replongé le pays dans l'autocratie (Encadré 3).

Brésil

Le Brésil est une République fédérale composée de 27 états dont le District fédéral et plus de 5500 municipalités. Chacune de ses entités possède une autonomie politique, fiscale et administrative, et détient des mandats exclusifs et des responsabilités conjointes. La décentralisation du système de santé a commencé en 1990 avec la mise en place des conseils et le transfert de compétences du gouvernement central vers les états et municipalités, sous la supervision du ministère, des conseils, et des organisations professionnelles. La décentralisation a assuré la participation de chaque niveau de gouvernement à la gestion et au financement du système de santé. Étant donné que la formulation des politiques est un processus ascendant au sein du système brésilien, la

décentralisation est indissociable de l'élaboration des politiques. Aux niveaux des états et des municipalités, le système de santé est sous la direction des secrétaires à la santé. La mise en œuvre des politiques de santé, le financement et la provision des soins sont assurés par les états et les municipalités qui bénéficient de transferts fédéraux.

Au Brésil, la hausse des coûts et une crise de la sécurité sociale dans les années 1970 ont précipité les réformes au sein du système de santé. La Constitution de 1988 a officiellement établi le système de santé unifié brésilien (SUS) qui garantit une couverture santé équitable pour tous les Brésiliens, tout en apportant un changement considérable dans la façon dont le système de santé est gouverné (Gragnotati et al. 2013). Cela a été encouragé par l'universalisation du droit à des soins de santé équitables et efficaces et par la démocratie sanitaire. Le transfert des responsabilités en matière de prestations des soins, a conduit à de nouvelles formes de relations entre les différentes entités administratives. Cette décentralisation opère dans un pays vaste et multiculturel, où les besoins de santé sont hétérogènes et les ressources financières allouées inégalement selon les zones géographiques. De nouvelles réglementations et un nouveau cadre institutionnel ont été créés.

Avant l'établissement du SUS, le Brésil a un système de financement de la santé fragmentée, avec trois différentes sources de financement, en plus des paiements directs des ménages : la sécurité sociale qui couvre les employés du secteur formel et leurs ayants-droits, un système public qui fournit les soins de bases aux individus hors du secteur formel et aux populations les plus pauvres dans les établissements gérés par le gouvernement, et enfin le secteur privé d'assurance qui couvre 20 à 30% de la population. Jusqu'à la fin des années 1980, l'accès aux soins de santé et plus généralement aux avantages sociaux est élitiste et fondamentalement en faveur des populations urbaines employées du secteur privé qui grâce aux cotisations sociales de employeurs et des employés et par l'Etat, bénéficient d'une couverture médicale et des avantages sociaux comme les pensions de retraite (Gragnotati et al. 2013; Maria Gonçalves Menicucci 2019). Le ministère de la santé a un rôle assez limité, cantonné à des missions de santé publique (prévention, contrôle et gestion des épidémies...). Les services publics de santé sont faibles et sous financés, comparés à un secteur privé privilégié et en pleine expansion dans les années 1960 et 1970, qui fournit les prestations de soins grâce à des agréments

tripartites entre la sécurité sociale, les entreprises et des compagnies médicales privées. Cet arrangement institutionnel entretenu par l'Etat Brésilien lui-même, entraîne une multiplication des inégalités, entre le secteur formel et le reste de la population mais aussi entre travailleurs et les catégories professionnelles.

Depuis les années 40, des réformes ont été entreprises, avec plus ou moins de succès afin de réduire les inégalités d'accès aux soins. Il faut rappeler que le régime de sécurité sociale n'est pas à l'époque un bloc homogène et est constitué de plusieurs institutions de retraite et pensions organisées en fonction du secteur professionnel, sous la coupole du régime autoritaire de Vargas (entre 1930 et 1945). Les avantages sociaux, laissés à la discrétion du ministère du travail sont loin d'être homogènes et ont progressivement transformé la relation entre chacun de ces groupes professionnels et leur ministre de tutelle en un jeu de pouvoirs, où la catégorie la plus influente bénéficiait le plus. Cet environnement voit naître une génération de technocrates spécialistes de la sécurité sociale. Ils appellent à une réforme majeure et lancent les premiers relents d'universalisation de la sécurité sociale en 1941, mais se heurtent à la résistance des groupes d'intérêt qui ont bloqué beaucoup de réformes dont l'extension de la couverture maladie aux populations en dehors du secteur formel. Ces résistances sont d'autant plus compréhensibles qu'il a fallu une quinzaine d'années pour réussir la seule homogénéisation des avantages sociaux entre catégories professionnelles dont la consolidation n'intervient qu'en 1967 après les tentatives de 1941 et de 1945 (Falletti 2009; Malloy 1979; K. G. Weyland 1996).

Ce n'est que dans les années 1970 que le rôle du ministère de la santé s'est élargi à la provision des soins de santé pour les populations en dehors du secteur formel. La situation épidémiologique, l'explosion des coûts, la crise de la sécurité sociale vont favoriser un changement de paradigme porté par un mouvement sanitaire brésilien ou « *Sanitary Reform Movement* » (MRS). En effet, les prémices du SUS remontent au règne du régime autoritariste (1964-1984) avec la formulation en 1976 par le *Brazilian Sanitary Reform Movement* du concept du système de santé unifié sous l'initiative du CEBES (*Brazilian Center for Health Studies*) et plus particulièrement du Docteur David Capistrano Filho. Leurs idées (universalisation du droit à la santé, décentralisation, introduction des mécanismes de participation dans le processus de prise de décision, fin de l'emprise du secteur privé sur la provision des soins) marquent une rupture avec le régime militaire

en place et vont fédérer académiciens, étudiants, professionnels de santé et autres mouvements sociaux qui vont former le MRS dans un contexte de démocratisation progressive. Les politiques de santé redistributives mises en place au même moment par le régime militaire dans le but d'asseoir sa légitimité dans les contrées hors de son contrôle vont permettre à ce mouvement à tendance gauchiste d'enraciner ses propres principes et d'infiltrer les instances étatiques comme le « rural doctors » en Thaïlande (Falletti 2009). Il est alors l'entrepreneur politique à l'origine de l'élaboration de la réforme SUS visant à changer le fonctionnement et l'organisation du système de santé et construite autour du concept de démocratie sanitaire et sur la centralité des déterminants économiques et sociaux de la santé. Ce mouvement détenait déjà une solution élaborée aux problèmes du système de santé, et a profité de la fenêtre d'opportunité offerte par la fin de l'autoritarisme et un nouveau pacte social. La vision du MRS est d'ailleurs reflétée dans la nouvelle constitution qui déclare la santé comme un droit pour tous et garantie par la mise en place de politiques sociales et économiques. Profitant de la démocratisation du Brésil au milieu des années 1980, les protagonistes du MRS, vont pousser leurs réformes dans l'agenda politique en 1986, grâce à leur position dans les institutions politiques mais aussi grâce à la mobilisation populaire (Costa et al. 2020; Maria Gonçalves Menicucci 2019).

Le comité national pour la réforme du système de santé créé à l'issue de la 8ème conférence nationale sur la santé en 1986 a présenté le projet de réforme en 1988. Les principes du SUS, décrits dans la nouvelle constitution rappellent en partie le concept de la couverture santé universelle qui sera vulgarisée des années plus tard : un accès universel et équitable aux services de santé, celle-ci étant reconnue comme un droit pour tout citoyen, et la responsabilité de l'Etat ; une décentralisation du système de santé, une priorisation des interventions et une approche intégrée. Dorénavant, le secteur privé tient un rôle complémentaire et opère sous le SUS en principe, mais la mobilisation du MRS n'avait d'égal que la volonté des institutions privées (prestataires de soins, compagnie d'assurance...) de défendre leurs intérêts ; la constitution prévoit d'ailleurs une éventuelle expansion du secteur. A défaut d'empêcher la mise en place de la réforme, ces « veto-players » ont réussi à conserver leurs prérogatives. Le Brésil formalise et entretient un système dichotomique ou hybride avec d'une part le SUS qui assure une universalisation de l'accès à la santé sous le contrôle du gouvernement et d'autre part la persistance d'un

secteur privé qui garde ses prérogatives d'antan dans un marché régulé à partir de 1998 (Elias and Cohn 2003; Machado and Silva 2019).

La mise en place du SUS a été progressive et a consisté en l'universalisation de l'accès aux soins, en la transition d'une gestion centralisée à une gestion décentralisée, en l'institutionnalisation de la participation citoyenne, en la mise en œuvre d'un nouveau modèle de prestations et de financement des services de santé (Gragnotati et al. 2013; Maria Gonçalves Menicucci 2019). La question du financement était et est resté au fil des années l'un des principaux défauts du SUS. En effet, l'implantation du SUS survient dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques qui va freiner le financement et la provision. Le système est financé par le gouvernement fédéral, les états et les municipalités à travers les recettes et jusqu'en 1993 avec 30% des revenus de sécurité sociale. Ce financement aurait normalement dû être renforcé par la création d'une nouvelle taxe sur les transactions financières en 1996, mais cette dernière échouera et son impact sera limité. Au début des années 2000, le SUS est intégralement financé par les recettes publiques. L'Etat fédéral attribue une partie de son budget au financement du SUS, tandis que les états et les municipalités sont dans l'obligation depuis 2004 de dédier respectivement 12% et 15% de leur budget, conformément à l'amendement 29 de la constitution. Cet amendement intervient au moment où le pays est dirigé par un régime socialiste, arrivé au pouvoir dans un contexte post-crise économique marqué par des inégalités sociales (Elias and Cohn 2003; Levitsky and Roberts 2011; Machado and Silva 2019). De tels seuils n'existent cependant pas pour le gouvernement fédéral dont les dépenses de santé sont couplées à la croissance du PIB (Maria Gonçalves Menicucci 2019). Le SUS connaît depuis sa création un sous financement chronique, au moment où le secteur privé n'a cessé de se développer. Malgré ces limites, le SUS couvre environ 75% de la population du Brésil, le reste de la population notamment les travailleurs du secteur privé, est pris en charge par les assurances privées, mais peuvent recourir au service public, notamment pour les interventions les plus coûteuses.

Chaque entité administrative contribue donc au financement du SUS : le ministère de la Santé par le biais des impôts fédéraux et des cotisations sociales, les états et les municipalités par leurs revenus, y compris les transferts du gouvernement central. La nécessité d'une meilleure coordination entre ces trois niveaux, en matière de

budgetisation et de planification, s'est traduite par la mise en place des comités inter-gestionnaires bilatéraux et trilatéraux. Ces comités bilatéraux et trilatéraux permettent aux états et aux municipalités de piloter le SUS aux côtés du ministère de la Santé. Ils permettent également des décisions consensuelles. Les comités bilatéraux sont composés de représentants des autorités sanitaires, de l'Etat et des municipalités, dont les secrétaires à la santé, tandis que les comités trilatéraux sont composés de représentants du ministère de la Santé.

Au Brésil, la décentralisation est devenue la pierre angulaire de la participation citoyenne aux processus décisionnels garantie par la constitution. Des mécanismes de participation sont des principes clés du SUS et ont lieu par l'intermédiaire des conseils et des conférences de la santé. Ils existent au niveau de chaque sphère du gouvernement : au niveau municipal, la participation se fait au sein des conseils municipaux de santé, au niveau de l'Etat, il se déroule au sein des secrétariats d'état à la santé, et au niveau national, la participation est du ressort du Conseil National de la Santé. Ces conseils sont des organes consultatifs et font partie de la structure du ministère. Ils approuvent les plans de santé et le budget. Ils sont également chargés de porter les recommandations de la population à tous les niveaux de gouvernement, de participer à la planification des activités en définissant les priorités sanitaires et en vérifiant les comptes. Périodiquement, des conférences sur la santé sont organisées à tous les niveaux pour discuter des problèmes et élaborer des politiques. De même, les conseils de santé doivent également publier leurs rapports accessibles à la population, en plus de la publication de leurs recommandations, résolutions et propositions au journal officiel (American Health Organization - World Health Organization PAHO 2008; Coelho 2004; Saúde 2003).

Encadré 3 | Crises politiques et résilience

La couverture santé universelle est maintenant effective en Thaïlande et a produit des résultats très positifs en termes d'accès aux soins, d'équité et d'incidence des dépenses catastrophiques. Avant la réforme de 1997, le système électoral de la Thaïlande (scrutin majoritaire plurinominal) encourageait le clientélisme politique, et les ressources bien que conséquentes étaient utilisées à des fins politiciennes et ne permettaient donc pas des réformes à grandes échelles. A titre d'exemple, le programme de gratuité des soins dédiés aux plus pauvres enrôlaient des partisans politiques, qui ne correspondaient pas à la population cible qui plus est (Tangcharoensathien et al. 2007). La constitution de 1997 a totalement réformé le système politique Thaïlandais en mettant l'accent sur la transparence et la redevabilité. Les circonscriptions plurinominales (1 à 3 sièges par circonscription) sont remplacées par 400 circonscriptions uninominales, permettant ainsi de réduire la concurrence au sein des partis de sorte à mettre en avant les positions politiques sur des questions d'intérêt national. Entre 1997 et les premières élections organisées sous la nouvelle constitution, l'environnement politique est favorable à la réflexion sur des questions sociales, et les partis politiques voient très vite l'intérêt de s'en saisir et de mener des réflexions sur des sujets comme l'éducation ou la santé. La réforme CSU intervient dans ce cadre politique et son implémentation fut réussie. Cependant, après le coup d'état de 2006, une nouvelle constitution sous l'aval des conservateurs, est mise en place, qui rappelle la période pré-1997 et remet le scrutin majoritaire plurinominal à l'ordre du jour. Cependant, la volonté d'éliminer tous les avantages consacrés par la constitution de 1997, « de remettre le génie dans sa lampe » a demandé plus qu'un simple changement des règles électorales et ne s'est pas traduit par un changement déterminant de la réforme (Hicken and Selway 2012). Celle-ci a survécu au coup d'état et à la nouvelle constitution. Il faut aussi dire que c'est une réforme que la population tout entière s'était déjà appropriée et qui a fait l'unanimité au sein de tous les partis. La dépendance au sentier a aussi cet avantage.

Des menaces de sous financement plane sur le Brésil et son système beveridgien depuis la création du SUS en 1988. Cependant, la participation des états et des municipalités au financement du système et la définition d'un seuil minimum a permis de stabiliser les ressources financières même si la participation de l'Etat fédérale a baissé particulièrement entre 2003 et 2016. La récession que connaît le pays en 2014 et la crise politique marquée par des scandales de corruption et la défection de la présidente Dilma Rousseff menace le financement du SUS, et les acquis consacrés par la constitution de 1988. Un amendement de la constitution en 2016 sous la présidence de Temer a établi un plafond aux dépenses du gouvernement en santé, jusque-là fonction du PIB. La part des dépenses ne peut désormais excéder 15% des recettes nettes, et conduit à terme à une baisse des dépenses de plus de 400 Milliards de dollars Brésilien. D'autres mesures entreprises sont la remise en cause du droit universel à la santé, une galvanisation de l'assurance privée, la mise en place d'un système d'assurance à moindre coût et offrant moins d'avantages que le SUS. De manière générale, il y a un vent de changements plus larges dans la conduite de l'économie Brésilienne qui penche vers moins d'actions interventionnistes et le retrait progressif de l'Etat de certains secteurs qui affectent indubitablement les politiques sociales (Maria Gonçalves Menicucci 2019; Massuda et al. 2018).

5.6.3. La volonté politique dans un contexte d'autocratie: le cas du Rwanda

Condition causale 3

~Démocratie*Bureaucratie*Gouvernance*Engagement politique

Contrairement à la Thaïlande ou au Brésil, le processus de démocratisation n'est pas à l'origine des progrès réalisés en termes de couverture universelle au Rwanda, au contraire. Une seule et unique opportunité politique, marquée par la fin du génocide a permis de mettre en marche un plan de reconstruction basé notamment sur la reconstitution du capital humain. La guerre civile a détruit les centres de soins, propagé les maladies infectieuses, déplacé le personnel de santé qui a survécu, réduit l'espérance de vie et augmenté la mortalité infantile. La santé est alors au centre des priorités, l'idée étant de rebâtir et de renforcer le système de santé, mais aussi de rendre accessible les soins de qualité à tous, dans le cadre plus large d'un plan de développement économique et social nommé Vision 2020. La période post génocidaire a mis fin à des années de recouvrement de coûts, même si le contexte d'urgence ainsi que la situation économique et sociale ne laissaient guère d'autres choix que de fournir des soins gratuits quoique de moindre qualité à la population. Cependant, pour des raisons de soutenabilité financière, les frais d'utilisation seront néanmoins réintroduits et vont entraîner une baisse de l'utilisation des services. Dès lors, le gouvernement a entrepris d'améliorer le financement du système de santé.

Le Rwanda est pays de près de 13 Millions d'habitants, dirigés d'une main ferme par le RPF (Front Patriotique Rwandais) et Président Kagamé depuis une vingtaine d'années. Le pouvoir est centralisé, le parlement est dominé par le parti au pouvoir, très soutenu par l'armée et peu de latitude est donnée à une opposition quasi inexistante et à une société civile inactive.

La CSU au Rwanda est moins une affaire d'intérêts conflictuels entre différentes parties prenantes, qu'une question d'idées et d'idéologie. Au Rwanda, les mutuelles de santé sont le principal instrument pour atteindre les objectifs de couverture santé universelle, à une époque où les politiques de gratuité des soins sont populaires en Afrique subsaharienne, soutenues par les bailleurs et des experts en santé mondiale. Selon Chemouni, pour des raisons financières mais surtout idéologiques, les politiques de gratuité n'ont pas été

considérées comme une option durable. L'idée, selon le ministère de la santé d'antan, est que le Rwandais rompe avec la culture d'assistanat d'une part et d'autre part de se prémunir de la dépendance aux bailleurs étrangers. Une phase pilote est lancée en 1999, sous l'influence d'un expert d'Abt Associates, une firme de consultance qui a apporté son assistance technique à la Zambie pour l'implantation de ses mutuelles de santé à la même époque, mais aussi au Ghana et au Sénégal. Une approche par les communautés et une gestion inclusive sont privilégiées conformément à l'idéologie responsabilisante du RPF (Chemouni 2018b; Ministère De La Santé 2005).

Il y a deux maîtres-mots quant à la stratégie d'implantation de la couverture santé universelle au Rwanda : leadership et engagement (voir encadré 4). Au vu de la concentration du pouvoir autour du leader du RPF, rien ne semble pouvoir s'interposer entre la volonté du gouvernement d'étendre la couverture santé et les décisions parfois jugées sévères prises à ces fins, ni les partenaires techniques et financiers, ni la population.

Le modèle rwandais rappelle quelque peu le théorème d'impossibilité de Kenneth Arrow remettant en cause la capacité d'un état à maximiser le bien-être collectif, à moins qu'il ne s'agisse d'une dictature, capable de prendre des décisions en ce sens, envers et contre tous, et capable à lui seul d'un arbitrage entre les demandes sociétales. Or cet arbitrage est imparfait d'où le théorème d'impossibilité. Selon Arrow, les gouvernements (dictature ou non) qui réussissent à adopter des politiques résultant des préférences et priorités sociétales le font « au prix d'une lutte politique, dans laquelle des intérêts concurrents avec des visions rivales du bien social cherchent le pouvoir d'imposer à la collectivité des politiques conformes à leurs préférences ». Au Rwanda, il semblerait que les seules oppositions qui se soient vraiment manifestées, en vain, soient les acteurs étrangers, partenaires techniques et financiers, contre l'obligation d'enrôlement ou le montant des cotisations jugé élevé (Chemouni 2018b; Meier 1991).

Le pays a très vite atteint des taux d'enrôlement assez significatifs. Ce développement des mutuelles de santé s'est accompagné d'insuffisance notamment une faiblesse des capacités managériales. En acquérant un caractère obligatoire, les mutuelles se sont en partie défait de leur nature communautaire en 2007, puis définitivement en 2015 avec une gestion de ces organisations qui n'implique plus les communautés.

Encadré 4 Le Rwanda : un modèle d'engagement politique ?

Le modèle de la volonté politique suppose que la volonté des leaders politiques est **nécessaire et suffisante** au changement. Elle peut intervenir sous la forme d'un engagement à entreprendre des actions dans le but d'atteindre un certain nombre d'objectifs (simples discours, adoption de lois, lutte contre la corruption, maîtrise des coûts etc.). Le modèle suppose un état et des institutions forts. Cela semble être le cas du pays des mille collines où le pouvoir est verticalement et horizontalement concentré autour de la coalition au pouvoir (le RPF en l'occurrence), avec peu de latitude donnée à l'opposition et à la société civile. Cette configuration de l'environnement politique a permis au Rwanda d'enforcer des lois et décrets en faveur des objectifs de CSU, sans résistances. Les pays qui entreprennent des réformes de financement de la CSU à travers les mutuelles de santé se heurtent au problème lancinant du faible taux d' enrôlement qui menace la soutenabilité financière des mutuelles. C'est dans ce sens que l'engagement du gouvernement Rwandais fut important. Le développement des mutuelles de santé s'est fait conformément au découpage administratif institué par la décentralisation. Une mesure importante a d'abord été de rendre les administrateurs locaux (ici les maires) de chaque district, redevables de la progression des taux d' enrôlement entre autres indicateurs de performance relatif à la gouvernance locale dès les premières phases d'implantation des mutuelles de santé. En 2006 et pour accélérer l' enrôlement des populations, le gouvernement met fin à un des principes clés de ces mutuelles, en décidant par décret ministériel d'abord puis par une loi votée unanimement en 2007 de rendre les cotisations obligatoires. Cette décision s'accompagne des mesures en faveur des indigents. Cette démarche n'aurait cependant été qu'une disposition légale de plus sans le contrat de performance entre le gouvernement et les maires de districts et la forte pression exercée par ces derniers sur leurs administrés. Des dispositifs légaux existent qui permettent d'inciter les populations à s' enrôler : un système d'amende dont disposent les autorités locales ou le conditionnement des bénéficiaires de la couverture maladie à l' enrôlement du ménage dans son intégralité. Les ressources financières proviennent donc des adhérents mais sont aussi constituées de 13% du budget annuel ordinaire de l'Etat rwandais, et des contributions prélevées sur les cotisations d'entités d'assurances privées et publiques, dont les montants et les modalités sont déterminés par le premier ministre par décret.

Sources : (Chemouni 2018a; Government of Rwanda 2015; Ministère De La Santé 2005)

La soutenabilité financière des mutuelles de santé pose aussi un problème au Rwanda et a donné lieu à la création d'un fonds de garantie, financé par le ministère de la santé et par des subventions. La contribution financière standardisée, initialement à 1000RwF quel que soit le niveau de revenu est régressive et est remplacée par un autre mode de cotisation en 2010, indexée aux revenus des membres. L'évaluation du niveau de vie des contributeurs n'a pas été un processus très transparent, potentiellement indicatif de patronage. L'Etat a reconnu le problème et la classification a été améliorée. Les mécanismes de redevabilité entre gouvernement central et les districts vont accroître le nombre de mutuelles en place et les taux d' enrôlement. La pression exercée par le pouvoir central sur les autorités locales s'est néanmoins retournée contre les populations et leur besoin d'obtenir de bonnes performances en matière d' enrôlement a parfois conduit à des initiatives à la limite de la légalité, du respect des droits de l'homme ou

des principes éthiques : arrestations, restrictions d'accès à certains services publics, détournements de fonds dans le but d'enrôler ses administrés ou falsification des chiffres (Chemouni 2018b; ILO 2016; Ridde et al. 2018).

5.6.4. Cas du Sénégal

Le Sénégal n'est couvert par aucune des combinaisons de la solution. L'indice CSU du Sénégal est estimé à 51 en 2018. Le pays a connu une situation civile et politique, relativement stable, comparée à la Thaïlande et au Rwanda, avec une démocratie en construction dès les années 1970 et le développement des mécanismes de participation. Le pays est dirigé pendant 40 ans par un régime socialiste jusqu'en 2000 où le parti démocratique, opposant principal au régime en place, prend le pouvoir. Le système de financement de la santé quant à lui est très similaire à celui de la Thaïlande des années 90, et est constitué de régimes différents qui couvrent différentes sous-populations. Le premier mécanisme de protection sociale est un héritage colonial ; un régime non-contributif qui couvre les fonctionnaires, et renforcé plus tard par les institutions de prévoyance maladie pour les travailleurs du secteur privé.

La CSU arrive vraiment dans l'agenda politique nationale en 2012, au cours de la seconde alternance démocratique, par l'intermédiaire du candidat Sall et reste un processus en développement. Le nouveau président semble compter dans son équipe des réformistes, technocrates forts d'une grande expérience en financement de la santé et en mutualité qui vont concevoir et mener la politique de la couverture maladie universelle. Le plan stratégique d'extension de la couverture maladie universelle 2013-2017 (PSECMU) est dévoilé en 2013. Cependant, on retrouve les prémices de ce plan dans un document du ministère de de la santé datant de juin 2010 et on y mentionne déjà les trois axes d'intervention repris dans le PSECMU que sont la réforme des politiques de gratuité des soins, la réforme des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) et l'extension de la couverture du risque maladie à travers des systèmes mutualistes selon l'approche DECAM.

Hormis le Rwanda, tous les cas qui sont couverts par notre étude ont connu une évolution ponctuée de leur réforme de financement. En effet, les politiques incrémentales sont une

condition nécessaire et non suffisante de la couverture universelle en santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Tous les pays inclus dans cette étude ont mis en place des telles politiques avant de connaître (ou non) une ponctuation. Les pays qui ont expérimenté une évolution ponctuée ont une bonne couverture universelle en santé, à l'exception de la Turquie.

Au Sénégal, même si le mouvement mutualiste est resté peu actif entre 2000 et 2013, des programmes incrémentaux sont implantés pour rendre les soins plus accessibles, pour des populations déterminées. La première initiative de gratuité a vu le jour en 2005 au profit des femmes enceintes au moment où la santé maternelle restait encore un défi majeur pour les pays d'Afrique Subsaharienne. Le Ghana avait déjà instauré une politique de gratuité à l'époque (en 2003) de même que l'Ouganda (2001) et l'Afrique du Sud (dès 1994). La deuxième politique de gratuité, encore appelé le plan Sésame est né en 2006, en pleine campagne électorale, au profit des personnes âgées de plus de 60 ans. L'annonce de cette politique est aussi surprenante que la cible du programme à l'époque qui est vue par certains observateurs comme une décision purement politicienne, qui visait à attirer un certain électorat. Le Président Wade sera réélu et le plan Sésame sera suivi en 2010 d'une première réduction des coûts de la dialyse. Notre chapitre introductif et toute la littérature sur les politiques de gratuité et les politiques d'exemption dans le contexte des pays africains sont revenus sur les limites desdits programmes. Entre 2000 et 2012, le financement de la santé repose donc globalement sur l'assurance sociale couplée à l'emploi, des programmes verticaux et les programmes de gratuité, les dépenses directes des ménages et des mutuelles de santé qui ne sont pas assez viables malgré les stratégies de développement adoptées par l'Etat. Depuis 2013, le pays a élargi les programmes de gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans, et s'est essayé à deux stratégies d'extension de la CSU via les mutuelles de santé : la stratégie DECAM ou décentralisation de l'assurance maladie (qui est la stratégie en cours) et la stratégie UDAM (unité départementale d'assurance maladie) projet pilote appliqué dans deux départements du centre du pays et financé par la coopération belge. Cette approche devrait constituer la prochaine étape de l'extension de la CSU.

Profitant donc de l'alternance démocratique de 2012, le nouveau président de la république a pris l'engagement de développer la couverture universelle en santé, avec une stratégie d'extension qui repose essentiellement sur les mutuelles, avec notamment des

mesures d'accompagnement en faveur des populations vulnérables et certaines dispositions qui ont été prises, telle que la mise en place de l'agence de la couverture maladie universelle en 2015, une institution autonome qui gère dorénavant les mutuelles de santé et les programmes de gratuité. Il est important de noter également que cet engagement intervient au moment où le Rwanda, 20 années après la naissance de ces premières mutuelles de santé a réussi à mettre en place une large couverture sanitaire et est en passe de construire un système national d'assurance, en rendant l'enrôlement aux mutuelles obligatoire et en révoquant le leadership communautaire au profit d'une gestion plus professionnelle. Il est donc prudent de penser que la résurgence de l'intérêt porté aux mutuelles de santé au Sénégal est indicatrice d'une dépendance au sentier d'une part, et d'autre part la conséquence d'un apprentissage par les pairs, et ce sentiment est renforcé par l'implication d'agents de la coopération notamment Abt Associates, qui sont également intervenus au Rwanda. Le premier directeur de l'agence de la couverture maladie universelle, proche du nouveau président élu a travaillé pour Abt Associates, notamment au Rwanda. L'existence d'un plan stratégique antérieur à l'élection du nouveau président souligne aussi l'importance des technocrates « invisibles » qui en tant qu'entrepreneurs politiques ont poussé l'adoption de la réforme sous le mandat de la DECAM telle qu'elle a été initiée à partir de 2013.

Les différentes parties prenantes à l'extension de la Couverture Santé Universelle sont le ministère des collectivités locales, le ministère de l'économie et des finances, l'agence de la couverture maladie universelle et les organisations mutualistes, et des collectivités locales, les chercheurs et académiciens, de quelques ONG nationales et internationales telles que la CICODEV (Institut de recherche, de formation et d'action pour la Citoyenneté, la Consommation et le Développement) et les bailleurs et autres partenaires techniques. L'agence de la CMU est désormais sous la tutelle du ministère des collectivités locales (et non plus du ministère de la santé). Même si ce choix est en cohésion avec l'approche DECAM (décentralisation de l'assurance maladie), on peut craindre les risques de patronage, en témoigne ces élus locaux proches du parti au pouvoir qui enrôlent des individus aux mutuelles de santé (Agence de la Couverture Maladie Universelle 2017b, 2020; AllAfrica.com 2017; Wood 2020)

L'approche DECAM est donc une première étape vers un système national d'assurance maladie. La définition la plus commune qu'on trouve de ce système est la suivante : « *Le système national d'assurance maladie comporte des éléments des systèmes Beveridgien et Bismarckien. Il fait appel à des prestataires du secteur privé, mais le paiement provient d'un programme d'assurance géré par le gouvernement que tous les citoyens financent par le biais d'une prime ou d'une taxe* »(Wallace 2013). Il semblerait cependant que les typologies soient plus variées et que le modèle diffère d'un auteur à un autre, d'un pays à un autre. Nous adhérons à la définition de Cuadrado et al. qui définissent ce système comme répondant aux caractéristiques suivantes (Cuadrado et al. 2019): un enrôlement obligatoire, des prestations homogènes indifféremment de la capacité des individus à contribuer, une source obligatoire de financement par les impôts ou les cotisations de sécurité sociale, une mise en commun unique des ressources, un acheteur unique qui contracte avec des prestataires publics et privés (séparation acheteur/pourvoyeur) sous le contrôle de l'Etat et des niveaux de participation différents d'acteurs comme les patients, prestataires de soins, employés et employeurs...

Au-delà de la mise en place de l'agence de la couverture maladie universelle, le changement institutionnel qui est en cours ces dernières années est marqué par le projet de mise en place des unités départementales, qui ont pour vocation d'assurer une gestion centralisée des enrôlements au niveau départementale. Elles sont caractérisées par une gestion professionnelle, contrairement aux mutuelles de santé communales. Les unités départementales ont de fait un regard sur la qualité des soins fournis par les prestataires de soins qui sont payés à travers une tarification forfaitaire²³. Le montant des cotisations est le même, mais les unités départementales assurent une couverture des soins essentiels aux premier et deuxième niveau de la pyramide sanitaire (cases, postes et centres de santé, hôpitaux régionaux). Le taux de remboursement des soins externes est le même dans les postes de santé, mais les unités départementales d'assurance maladie remboursent entièrement les évacuations vers les centres de santé, contrairement aux mutuelles communales qui ne les prennent pas en charge. Au niveau des centres de santé, les taux de prise en charge dépassent 90%, rendant ces institutions plus avantageuses que

²³ Au Sénégal, le tarif forfaitaire est le tarif global qui reflète combien « selon les données disponibles » une formation sanitaire devrait recevoir, soit du patient, soit d'une autre source de financement (comme l'Assurance Maladie), en tenant compte déjà des subsides de l'Etat, pour être en équilibre financier ou financièrement viable (Bossyns et al. 2018) .

les mutuelles communales. Le projet pilote a démontré de bons résultats, en termes de taux de couverture, en plus d'avoir prouvé une certaine viabilité financière, même après le départ des bailleurs et partenaires techniques. La généralisation de ces UDAMs à l'ensemble du territoire est une réforme en cours (Bossyns et al. 2018; Daff et al. 2020; Mbow and Senghor 2020).

La loi portant sur la couverture universelle en santé n'a pas encore été promulguée, mais il existe un décret portant sur la constitution des mutuelles de santé et un autre portant sur la création de l'agence de la couverture maladie universelle. L'avant-projet de loi portant sur la CSU a été l'occasion d'organiser des ateliers de discussions et des consultations avec les acteurs et partenaires du secteur de la santé. En 2018, le directeur de l'agence de la CMU a salué la mobilisation de tous les députés, du pouvoir comme de l'opposition pendant les consultations portant sur le projet de loi, mobilisation sans nul autre pareille selon lui depuis une dizaine d'années. Elle garantirait selon le nouveau directeur de l'agence de la CMU le Dr. Daff à toute personne le droit de se soigner, quels que soit ses moyens". La loi n'a pas encore été votée à l'assemblée nationale à ce jour mais un député du pouvoir a assuré dans une interview réalisée en marge de ces consultations avec certitude que « cette loi serait votée à l'unanimité à cause de sa haute portée sociale », suggérant que les questions liées à l'accès aux services de santé était un enjeu trop important aux yeux de l'opinion populaire pour que cette loi ne passe pas. Pour l'heure, il n'y a pas beaucoup de précisions sur le contenu exact de cette loi mais il y serait question de « la participation des collectivités territoriales, de l'agrément des prestataires, du contrôle médical, d'un Fonds de garantie, et de l'obligation de s'enrôler dans les mutuelles de santé »(Cicodev Africa 2018).

Le processus de prise de décision au Sénégal est marqué par l'influence des institutions internationales et par les diffusions des politiques (ou influence des pays pairs, effets d'apprentissage). Sur le plan institutionnel, les politiques sont empreintes d'une forte dépendance au sentier, mais plus récemment, le mouvement mutualiste et la diversité de ces acteurs, armés de leurs croyances, de leurs expériences ou de leurs intérêts tentent de bouger les lignes (approche UDAM, gestion professionnelle,). Pour autant, les données macroéconomiques montrent une image stagnante des dépenses de santé des différents régimes de financement et un manque d'engagement qui ne cadre pas avec les déclarations (voir figure 7 et tableau 26). Les paiements directs restent élevés, son plus

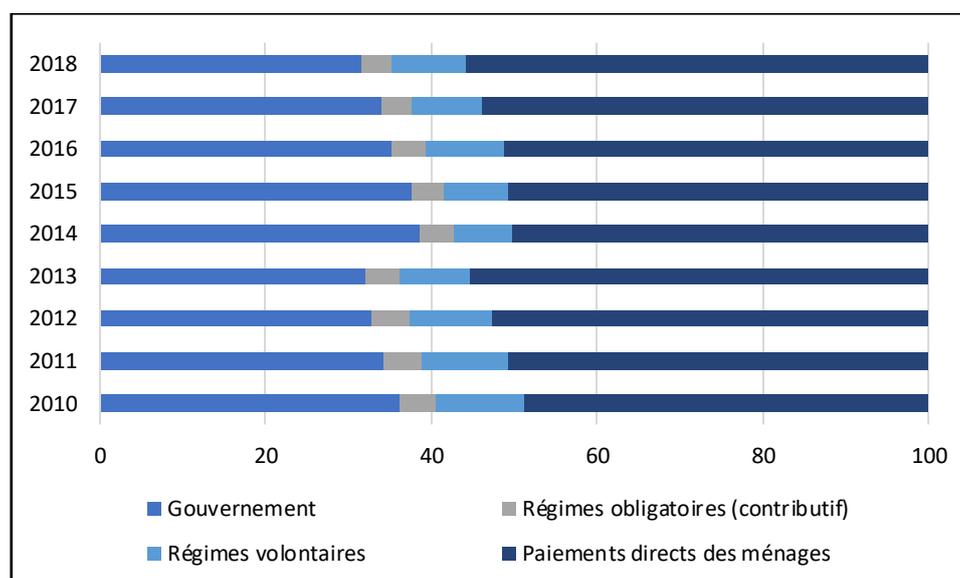
faible niveau sur la période 2000-2018 a été observé avant 2010. Depuis les promesses de 2012, la part des dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totales enregistre les plus faibles valeurs de la période (entre 4% et 5%).

Tableau 26 : Statistiques sur les dépenses de santé entre 2010 et 2018

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dépenses publiques de santé par habitant, en US \$	51	58	56	60	61	53	54	55	59
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé (DPGS%TDS)	29	31	29	27	25	25	25	23	24
Dépenses directes des ménages en % des dépenses totales de santé (DDM %TDS)	49	51	53	55	50	51	51	54	56
Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totales (DPGS %DPG)	5	6	5	5	5	5	4	4	4
PIB par habitant en US\$	1 279	1 372	1 330	1 376	1 395	1 219	1 269	1 355	1 481

Sources : Organisation Mondiale de la santé <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

Figure 7 : Dépenses de santé par régime de financement



5.7. Discussion et conclusion

Les transitions politiques jouent un rôle important dans le développement et la mise en place des politiques sociales. Dans sa conception normative appelée paradigme de la transition, une transition démocratique est le processus qui permet à un pays de passer d'un régime autoritaire (militaire, parti unique et ou personnalité d'envergure) à un régime démocratique. Une transition politique repose sur quatre autres hypothèses : (i) le processus de démocratisation est progressif (ouverture, rupture puis consolidation), (ii) la croyance en l'importance déterminante des élections, (iii) une démocratisation réussie est moins le résultat des caractéristiques économiques, sociales, institutionnelles inhérentes au pays que des actions politiques menées par ses élites, (iv) la démocratie va de pair avec une redéfinition ou un renforcement des institutions politiques existantes et fonctionnelles. L'expérience récente des pays en transition en Afrique, en Europe du centre, en Asie de l'Est ou encore en Amérique du Sud démontre bien que le processus de démocratisation n'est pas linéaire, la rupture peut être lente malgré une ouverture politique et l'autoritarisme n'est pas nécessairement remplacé par une démocratie ; certains pays étant bloqués dans une « zone grise », caractérisée par un pluralisme inefficace ou un pouvoir politique dominant (Carothers 2002).

La démocratisation donne le pouvoir aux populations qui ont, par leur vote, par la presse, ou par d'autres formes d'expression populaire, le moyen d'exiger une amélioration des conditions socio-économiques. De même, les politiciens qui veulent arriver au pouvoir voient dans les politiques sociales, une opportunité d'amasser les voix des électeurs, en promettant des réformes qui gagnent de la popularité, particulièrement dans les contextes les plus défavorisés. Dès lors que le processus démocratique permet l'organisation d'élections libres et transparentes, les politiciens en compétition sont plus prompts à prendre des engagements pendant les campagnes électorales et à les respecter au cours de leur mandat présidentiel. Inversement, les régimes autoritaires peuvent aussi se servir de réformes sociales populaires pour asseoir leur légitimité auprès de leurs populations ou de l'opinion internationale. Dans ce contexte, la CSU s'est progressivement fait une place de choix dans les agendas politiques, et les élections ont souvent offert l'opportunité, souvent à une élite (médecins, société civile, politiciens), qui, consciente des

enjeux liés à l'accès aux soins de qualité, arrivent à influencer l'agenda politique (Carbone 2011; Fox and Reich 2015).

Ainsi, en Thaïlande, au Brésil, au Mexique et au Ghana, le processus électoral a précipité la mise sur agenda des réformes de CSU. Les politiciens et les bureaucrates sont souvent les premiers entrepreneurs politiques des réformes, mais, en Thaïlande et au Brésil, les transitions démocratiques ont offert à des mouvements sociaux, composé de médecins, une tribune d'expression pour vulgariser leurs idées, influencer les preneurs de décisions ou « infiltrer » les instances politiques apportant un souffle nouveau. Au Mexique, on parle de l'équipe du changement, dirigé par le Ministre de la Santé, médecin, qui s'est isolé des autres technocrates de son ministère pour concevoir et définir le « *seguro popular* ». Les décisions fortes qui ont été prises dans le contexte ghanéen ne s'expliquent pas uniquement par la fin d'un autoritarisme, mais aussi par la concurrence bipartite entre les partis majoritaires qui a joué un rôle très important, d'autant qu'elle a permis au parti d'opposition en 2001 de se démarquer totalement du parti au pouvoir en proposant une réforme qui mettrait fin au cash and carry très impopulaire, contrairement au parti au pouvoir qui a opté pour des réformes plus incrémentales (Grépin and Dionne 2013).

Comme le montrent nos résultats, les évolutions ponctuées des politiques ne sont pas une condition nécessaire au changement. Les politiques incrémentales sont quant à elles un passage obligatoire et sont communes à tous les pays de notre échantillon sans être suffisante à l'atteinte des objectifs de CSU. Cependant, lorsqu'elles s'accompagnent d'un engagement fort et d'un pouvoir politique encore plus fort comme pour le Rwanda, elles peuvent conduire à des améliorations notables. En effet, le Sénégal, le Mali, l'Éthiopie et le Rwanda ont privilégié une approche incrémentale à travers les mutuelles de santé et/ou les programmes de gratuité. Les réformes dans ces pays ont été portées par des technocrates, souvent influencées par leurs parcours académiques et/ou leurs carrières dans des cabinets de consultance spécialisés dans le financement de la santé, ou dans des pays développés, avant-gardistes en termes d'assurance maladie. Excepté le Rwanda, elles sont plus récentes et restent encore dans une phase de consolidation. Trois choses restent remarquables dans les réformes entreprises dans ces quatre pays : l'évolution de la mutualité, l'hétérogénéité de la forme des mutuelles de santé d'un pays à un autre depuis le lancement des réformes, et la présence d'agences de développement comme l'USAID à

travers la firme de consultance Abt Associates qui expliquent néanmoins certaines similarités.

Les mutuelles Rwandaises restent fondamentalement différentes des mutuelles de santé telles que nous les avons connues dans les années 1990, car l'Etat Rwandais entreprend à partir de 2004 un ensemble de mesures telles que l'homogénéisation de ces institutions en termes de cotisations, l'exemption des contributions pour les indigents, la mise en application par la loi de l'obligation de s'enrôler et la professionnalisation de la gestion des mutuelles de santé. Si le Rwanda se démarque du Sénégal ou du Mali, et atteint l'un des indices de CSU les plus importants du continent, c'est surtout grâce au leadership du gouvernement, rendue possible par le pouvoir verticalement et horizontalement concentré, qui s'est traduit par une adhérence, ou du moins par l'absence de résistances aux dispositions prises par le parti au pouvoir, aussi controversées qu'elles aient pu paraître aux yeux des observateurs ou autres acteurs étrangers.

Le secteur formel est souvent le premier à bénéficier de la protection sociale de santé. L'extension des réformes de financement au secteur informel et au reste de la population est souvent passé par un système national d'assurance maladie plus ou moins aboutie. Ce modèle a proliféré ces dernières années et est de plus en plus plébiscité. La conception des réformes, ou leur formulation, quel qu'en soit l'entrepreneur politique peut être le résultat d'une forme de diffusion. On parle de diffusion lorsque la probabilité qu'une entité décisionnaire A raisonnablement autonome adopte une innovation politique ou institutionnelle est significativement accrue par l'influence d'une entité extérieure B. Cette influence n'est pas uniquement déterminée par les limites géographiques. Des pays plus ou moins éloignés peuvent apprendre les uns des autres et donc appliquer des politiques similaires à celles des autres. Ce processus de diffusion peut être rationnel, c'est-à-dire que les décisions sont pertinentes, réfléchies et uniquement basées sur l'état des connaissances et appliquées conformément au contexte national, ou à l'inverse biaisé, résultats de « raccourcis politiques » jugés efficaces pour une raison ou une autre mais non optimaux (Shipan and Volden 2012; K. Weyland 2009). La diffusion s'inscrit donc dans le cadre plus large de l'apprentissage par les pairs. Le Rwanda a cherché à s'inspirer de l'exemple de la Zambie voisine tout en reconnaissant les limites du modèle, notamment les faibles taux d'enrôlement, tandis que l'Ethiopie s'est inspiré du modèle Rwandais de

la mutualité. Le Ghana est quant à lui le premier d'Afrique Subsaharienne à avoir adopté un système national d'assurance santé. La participation et l'implication d'agences américaines dans le développement des mutuelles et les similarités entre le système national d'assurance du Ghana et une autre américaine similaire sur la protection de la santé sous la présidence de Clinton qui a échoué à l'époque font penser à l'existence d'effets de diffusion rationnel des connaissances (Chemouni 2018b; Lavers 2019; Singleton 2006). Cependant, la réforme Ghanéenne intervient aussi au moment où aussi bien le Mexique que la Thaïlande tentent une défragmentation de leur système de financement à travers un système national d'assurance. L'existence d'effets de diffusion n'est donc pas à exclure du processus de prise de décision.

L'implantation des systèmes nationaux d'assurance constituent une évolution ponctuée des politiques publiques de santé et a soulevé des tensions et des résistances dans tous les pays qui en ont tenté l'expérience, surtout de la part du secteur formel lorsqu'il possède déjà un régime de financement fortement implanté (Social Health Insurance ou SHI) ayant un fort potentiel politique (Atkinson 2011; Hacker 1998). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la mise en œuvre d'un tel système n'a pas totalement abouti en Thaïlande et au Mexique où il n'existe pas une mise en commun des ressources et un acheteur unique, et a conduit respectivement au *Universal Coverage Scheme* et au *Seguro Popular* qui cohabitent encore avec les régimes du secteur formel. Le modèle Ghanéen, même s'il possède un acheteur unique et a passé outre aux résistances du secteur formel, a prouvé ses limites par la difficulté à imposer la contribution obligatoire pour le secteur informel, même si la disposition existe dans la loi. Concrètement, la défragmentation du financement implique une redistribution des ressources et dans des pays comme la Thaïlande ou le Mexique, elle interviendrait en effet dans un système où la fragmentation offrait de nombreux avantages à un certain groupe d'individus qui sont plus susceptibles de redouter une diminution de ces bénéfices ou de les voir s'élargir à tous, indifféremment des capacités contributives. Ceci est l'illustration d'une dépendance au sentier, une situation qui démontre la persistance de certaines décisions, politiques ou institutions à cause d'une résistance au changement, qui elle-même peut s'expliquer par une crainte de perdre des avantages quelconques. Les régimes d'assurance sociale sont difficiles à défaire, particulièrement à cause du pouvoir politique des groupes qui les financent. Une autre conséquence de l'implantation d'un système national d'assurance maladie est

l'apparition de nouveaux arrangements institutionnels, notamment avec la création d'une nouvelle institution chargée de l'achat des prestations, qui permet d'améliorer l'efficience des services de santé d'une part mais d'autre part diminue souvent les prérogatives du ministère de la santé.

Chapitre VI : Conclusion générale

L'année 2012 marque assurément un tournant dans la marche vers la CSU au Sénégal. Cette thèse est une contribution à l'évaluation et à l'analyse des politiques développées par le pays à cet effet depuis la troisième alternance démocratique, à savoir le programme de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, le programme de gratuité de la dialyse et l'assurance maladie à travers le développement des mutuelles de santé. Elle met notamment en exergue les questions d'équité et d'accès aux soins de santé d'une part, et met en perspective sa stratégie actuelle de financement de la santé et celle d'autres pays à revenu faible et intermédiaire plus en avance s'agissant de la couverture en soins et services de santé et en protection financière.

Politiques publiques de santé et inégalités

En 2013, le Sénégal lançait le programme de gratuité au profit des enfants de moins de cinq ans au niveau des postes et centres de santé et des hôpitaux pour les cas référés. Ce programme vise la réduction de la mortalité infanto-juvénile par la prévention des maladies infectieuses grâce à la vaccination et la prise en charge de pathologies comme le paludisme ou d'autres conditions chroniques comme la malnutrition. Notre analyse montre que :

- La probabilité de recours aux soins du programme augmente avec le statut socioéconomique,
- Les enfants bénéficiaires de l'assurance sociale de leurs parents ou des mutuelles de santé sont moins susceptibles de recourir au programme de gratuité,
- Les enfants adoptés ou accueillis au sein du ménage sont plus susceptibles de profiter du programme que les enfants biologiques du chef de ménage,
- Les enfants qui habitent dans les zones à plus forte prévalence palustre (qui se trouvent être les régions du Sud du pays) ont moins de chance de bénéficier du programme que les enfants habitant dans les zones de pré-élimination du paludisme,
- Il n'y a pas de différence significative entre les enfants en retard de croissance, présentant des signes d'émaciation ou en insuffisance pondérale et les enfants ne souffrant d'aucun de ces signes de malnutrition,

- Il n'y a pas de différence significative entre les enfants issus de la zone rurale et du milieu urbain. Cependant, on note une plus forte concentration des bénéficiaires issus des ménages les plus riches, et ces inégalités sont plus importantes en zones rurales.

Au moment où l'intégration de cette politique aux mutuelles de santé est sur l'agenda, plusieurs défis restent à relever et tournent essentiellement autour de la provision des soins de santé :

- Réduire les inégalités interrégionales de couverture en soins et services de santé de qualité, qui sont le plus souvent au détriment des régions les moins desservies et les plus nécessiteuses, et ce, grâce au renforcement en infrastructures de santé offrant des soins curatifs aux enfants et préventifs dans les structures de proximité comme les centres de santé pour mieux respecter les normes de la Prise en Charge Intégrée des maladies de l'Enfant (PCIME), à une démarche qualité pour lutter contre les infections, la disponibilité des médicaments, la mitigation des coûts de transport pour les patients les plus défavorisés dans les zones où les médecins généralistes ou les spécialistes ne pratiquent que dans les hôpitaux,
- L'intégration réussie du programme de gratuité dans les mutuelles de santé au niveau national, qui va réduire la fragmentation du système de financement, permettre aux enfants de bénéficier d'un panier de soins plus avantageux, notamment l'accès aux médicaments dans les pharmacies privées ou les soins néonataux d'urgence, mais celle-ci n'est possible qu'avec l'engagement du gouvernement à verser les cotisations à temps, au risque de marginaliser les enfants issus des ménages les plus pauvres.
- L'homogénéisation des paniers de soins entre les régimes de financement, notamment entre les mutuelles, et les instituts de prévoyance maladie. Pour rappel, les enfants de moins de 5 ans représentent environ 17% des bénéficiaires de ces institutions en 2016, la probabilité négative de ces derniers à bénéficier du d'user du programme de gratuité traduit un panier de soins plus avantageux, d'où la nécessité d'homogénéiser les bénéfices afin d'offrir la même chance à tous les enfants.

Maladies non-transmissibles et couverture universelle en santé

Le Sénégal fait face depuis quelques années à une émergence des maladies non transmissibles (MNT), dont certaines en plus d'être chroniques, constituent des facteurs de risque pour d'autres MNT. C'est le cas notamment du diabète et de l'hypertension artérielle qui sont les principaux facteurs de risque de l'insuffisance rénale chronique terminale au Sénégal. D'importantes mesures ont été prises pour le contrôle de ces maladies, comme la subvention de l'insuline ou la gratuité de la dialyse. En l'occurrence, le chapitre 3 de notre travail se concentre sur la problématique du rationnement dans le cadre de la thérapie de remplacement rénale. Le rationnement est un processus courant et attendu dans le progrès vers la CSU, mais pour des interventions non urgentes, ce qui n'est pas le cas de la dialyse. Celle-ci est offerte gratuitement dans les structures publiques, mais le nombre de places est limité et le nombre croissant de patients en besoin de thérapie de remplacement rénale, oblige les patients qui en ont les moyens à recourir aux structures privées en attendant une place dans le public. Dans la mesure où le traitement est extrêmement coûteux, l'enrôlement des patients dans le programme s'avère être dans certains cas des décisions de vie ou de mort. Ce rationnement pose dès lors des questions d'éthique. Notre travail conclut que :

- Plus longtemps les patients ont été sous dialyse, plus grande est leur chance d'être dialysés gratuitement dans les structures publiques,
- Les patients qui ont une assurance sont moins susceptibles de participer au programme,
- Les patients âgés de plus de 60 ans ont moins de chance d'être dialysés dans le public que les patients les plus jeunes,
- Appartenir à une organisation de patients augmente les chances d'intégrer le programme.

La chronicité étant le principal déterminant de l'enrôlement au programme reflète les recommandations de l'agence de la couverture maladie universelle qui préconise l'établissement de listes d'attentes au niveau de chaque centre public. A ce stade, les résultats ne montrent donc pas l'existence d'inégalités de manière générale dans l'accès aux centres publics. Généralement, les listes d'attente n'échappent pas à des irrégularités telles que la corruption ou l'usage du capital social pour limiter le temps d'attente. Cela

pourrait se manifester par des disparités dans la probabilité d'accéder au programme, disparités liées par exemple au statut socioéconomique entre des individus d'un même niveau de chronicité. Dans ce sens, nos résultats démontrent que :

- Les patients « nouveaux entrants » riches ne bénéficient pas d'un avantage pour l'enrôlement en centres publics du fait de leur statut socioéconomique ; les plus âgés des nouveaux entrants sont légèrement plus susceptibles d'être dans le programme. En revanche, les nouveaux entrants sans assurance ont une probabilité plus faible d'être enrôlés comparés aux nouveaux entrants assurés.
- En ce qui concerne les patients en dialyse depuis 1 à 5 années, on constate un léger avantage du 4^{ème} quintile, des patients qui font partie d'une association, des patients de moins des 40 ans et des patients. De manière générale, les variations observées entre catégorie de richesse, de niveau d'éducation, d'âge, d'appartenance ou non à un mécanisme d'assurance ou à une association sont faibles et varient entre 0 et 5% et indique que le statut socioéconomique des patients n'impacte pas considérablement le recrutement des patients.

La dernière partie de notre analyse jauge le statut socioéconomique des patients par rapport à celui des habitants de Dakar tel qu'évalué par l'enquête démographique santé de 2015. Cela nous permet de répondre à la question de savoir qui utilise les services de dialyse (privés ou publics) à l'échelle d'une population moins spécifique et plus large. Dans ce sens, nos résultats démontrent l'absence des populations les plus pauvres de Dakar des centres de dialyse. En effet, l'accès aux structures publiques est conditionné à la longévité sur les listes d'attente, qui elle-même est fortement déterminée par la capacité à recourir aux services privés de dialyse en attendant une place dans le public. Cela explique l'absence des moins riches dans les différents centres dialyse.

La CSU est indissociable du contrôle des maladies non transmissibles, particulièrement dans un pays comme le Sénégal qui se dirige vers une transition épidémiologique. Donc la prévention de ces pathologies reste encore la meilleure stratégie et une politique de dépistage précoce et automatique de la maladie rénale chronique, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire auprès des patients à risque devrait être initiée. Malgré la disponibilité des services de prise en charge (diagnostic, traitement et suivi) du diabète, de l'hypertension artérielle et de l'insuffisance rénale sur toute l'étendue du territoire, le pays fait encore face à une faiblesse en infrastructures et en ressources humaines formées

à la prise en charge des MNTs, surtout dans les services de proximité. Ceci est notamment valable pour l'hémodialyse, malgré le développement des centres de traitement, le secteur manque encore de techniciens formés. Au-delà de la disponibilité des machines, le recrutement et la formation des ressources humaines restent une priorité.

Pour améliorer l'accès, les deux dimensions de la CSU doivent être prises en compte : c'est-à-dire la couverture en soins et la prévention des dépenses catastrophiques. En l'occurrence, malgré une levée des paiements directs, la non-disponibilité des services de santé affecte considérablement le programme et entretient les inégalités d'accès liés au statut socioéconomique. Cette situation risque de se reproduire de plus en plus en avec l'avancée des maladies à soins coûteux, et conduire à une situation où même la capacité à payer ne garantirait pas l'accès aux soins à cause de l'augmentation de la demande et d'une faible couverture en soins essentiels. Une autre forme d'inégalité réside dans la non-homogénéité des régimes de financement qui permet aux fonctionnaires et aux salariés du secteur formel (qui ont réussi à garder leur travail malgré la maladie) d'avoir accès à la dialyse gratuitement ou à des tarifs réduits. Les fonctionnaires bénéficient d'une convention entre le ministère des finances et un centre privé (cette convention existe en dehors du cadre de l'initiative de gratuité de la dialyse gérée par l'agence de la CMU) qui leur permet l'accès au traitement. A contrario, aucune maladie chronique n'est couverte par les mutuelles de santé communales et les individus sans assurance ne peuvent compter que sur les paiements directs lorsqu'ils ne trouvent pas de place dans le public.

Il est important également de noter que le rationnement est un processus courant et commun à tous les systèmes de santé, le tout est de faire en sorte qu'il soit bien organisé, transparent, et que les usagers soient conscients de leurs droits et de leurs devoirs. D'où l'importance de mettre en place une liste d'attente plus centralisée et gérée par l'agence de la couverture maladie universelle, en lieu et place des listes ouvertes au niveau de chaque structure de santé. Cela renforcerait la transparence, et garantirait à chaque patient l'accès à l'information. Le secteur privé rationne par ses prix l'accès à la dialyse qui dépend de la capacité à payer. Cependant, les conventions signées avec le secteur privé et mises en place afin d'accorder quelques lits de dialyse dans les centres privés (tous localisés à Dakar) à des patients en attente de place dans le public grâce à des séances subventionnées n'a pas suffi à endiguer la vague de demande. Des témoignages récents font maintenant état de liste d'attente même dans le privé.

La lourdeur de la maladie rénale chronique en phase terminale, la forte demande, le nombre de places de dialyse limité et les coûts élevés dans le privé soulève d'importantes questions d'éthique puisque l'enrôlement de chaque patient est déterminant à sa survie et à celle d'un autre. Le programme est dès lors défavorable aux plus pauvres, car bénéficier de la gratuité a aussi un coût, et ce coût correspond à la capacité d'accéder aux services de diagnostic et à payer des séances dans le privé. Il est donc probable que la mortalité observée au sein des patients en liste d'attente concerne majoritairement les plus pauvres d'où la nécessité de les prioriser. Pour l'heure, la transplantation rénale n'est pas encore disponible au Sénégal, malgré la définition d'un cadre légal depuis 2015. D'ailleurs, l'effectivité de la transplantation est conditionnée à la résolution des questions de transparence, d'éthique, d'amélioration du plateau technique, d'accessibilité financière de la procédure, et de financement des traitements antirejet qui sont des traitements à vie, autant de défis qu'ils restent encore à relever et qui sont étroitement liés à la stratégie d'extension de la CSU.

Mutuelles de santé et équité sociale

Le Sénégal est l'un des précurseurs du mouvement mutualiste depuis la fin des années 80, même si à l'origine il est d'initiative locale, communautaire et privée. Il faudra attendre quelques années avant la prolifération du modèle dans toutes les régions du pays et l'implication de l'Etat Sénégalais dans le développement de ces institutions par la création en 1998 d'une première cellule d'appui ou la définition d'un cadre juridique grâce à la loi de 2003 portant sur les mutuelles de santé. La période 2003-2013 peut bien être décrite comme une période de « laissez-faire », sans plus d'engagement de la part de l'Etat, caractérisée par une progression plus ou moins lente du nombre de mutuelles de santé, des taux d'enrôlement bas, des paniers de soins peu avantageux et non homogènes, une faible capacité à mobiliser les ressources sans oublier une gestion défaillante.

L'extension de la CSU au Sénégal s'appuie désormais sur l'équité sociale, à l'image du mantra de l'OMS « *Leave no one behind* ». Cela se traduit par l'inclusion des plus pauvres et par la décentralisation de l'assurance maladie. Face à toutes les limites des politiques de gratuité, notamment les problèmes d'équité, des mutuelles communales ont été mises en place à travers tout le pays en raison d'une mutuelle par commune comme spécifié par

le projet de décentralisation de l'assurance maladie. Depuis 2012 donc, un changement s'opère dans cet environnement, avec un engagement de plus en plus important, tant sur le plan technique et institutionnel. La multiplication des mutuelles de santé, la mise en place d'une institution autonome chargée de l'exécution de la stratégie d'extension de la CSU, l'effort de communication et la volonté d'inclure les couches les plus défavorisées constituent une évolution notable, comparée à la période pré-2012, et aux premières heures de développement des mutuelles de santé communautaires au Sénégal au début des années 2000.

Notre analyse de l'impact des mutuelles de santé s'appuie sur les données de l'enquête démographique santé de 2017. Notons qu'à la fin de l'année 2016, le Sénégal compte 673 mutuelles de santé, réparties sur l'ensemble du territoire, pour un taux de couverture de 16% (contre 4% en 2013) selon les données nationales. Notre travail met en lumière la composante « équité » du développement des mutuelles, par la prise en compte de l'influence du programme national de bourse de sécurité familiale sur la mutualité au Sénégal. Nos observations sont les suivantes :

- Un adhérent sur deux appartient à un ménage bénéficiaire de la bourse de sécurité familiale, une situation qui dans le contexte de la mutualité sénégalaise et de ses limites présentent aussi bien des avantages que des inconvénients,
- En termes de proportions d'utilisateurs des services de santé dans les 12 mois précédant l'enquête, l'enrôlement à un effet positif, comparé aux individus sans assurance maladie, spécialement chez les individus qui ne reçoivent pas la bourse. Autrement dit, chez les bénéficiaires de la BSF, une population assez homogène qui présente des caractéristiques similaires, être enrôlés à une mutuelle n'a pas d'effet réel sur l'utilisation des services de santé.
- Pour rappel, les mutuelles de santé n'exemptent pas du paiement des soins. En effet, 20% des coûts des services restent à la charge des adhérents sauf lorsqu'ils sont en plus bénéficiaires de la BSF. Pour les individus qui cumulent les deux, les soins sont gratuits. De ce fait, on remarque d'abord que, comparé à la population non assurée, moins d'individus enrôlés aux mutuelles de santé ont déclaré avoir payé leurs soins au point de services et cette différence est plus importante chez les bénéficiaires de la bourse que chez les adhérents classiques. Ces derniers sont

moins susceptibles de payer entièrement les soins pour lesquelles ils ont recours aux structures de santé.

- De plus, les adhérents étant une population différente des individus affiliés à l'assurance maladie obligatoire, les résultats eu égard à l'utilisation et au paiement des soins montrent des différences faibles voire nulles et non robustes. Cela s'explique aussi par la nature de nos variables de résultats qui n'explicitent ni la variable utilisation (en termes de types de soins et services ou de nombre des visites par personnes) ni les variables paiement (en termes de montant par exemple).

Ces résultats montrent un effet positif de ces mutuelles sur les individus enrôlés comparativement aux personnes sans assurance. Une estimation de l'indice de concentration de l'enrôlement démontre que le programme est pro-pauvre, puisqu'en 2016, 66% des adhérents sont des bénéficiaires de la BSF et leurs primes d'assurance sont donc d'origine publique, ce qui constitue un signal positif en matière d'équité et serait totalement satisfaisant sans les retards systématiques de versement des subventions observés depuis 2013 d'une part, et le faible niveau d'enrôlement et de fidélisation des adhérents volontaires d'autre part. L'amélioration du panier de soins n'a visiblement pas amélioré le taux d'enrôlement des mutuelles de santé mais cette situation est très susceptible de créer de l'iniquité entre adhérents-BSF et adhérents classiques. Nos résultats montrent que l'impact des mutuelles est plus prononcé chez les non-bénéficiaires, en termes d'utilisation et de paiement des soins, et cela pourrait indirectement s'expliquer par les retards des subventions, sources de réticences aussi bien chez les adhérents qu'auprès des gestionnaires de mutuelles. Cela pose aussi le problème de soutenabilité, d'autant que si l'on se réfère aux déterminants socioéconomiques de la santé, les bénéficiaires du PNBSF ont les besoins de santé les plus importants, or l'une des conditions de réussite de ce type de régime de financement est une diversification du risque, d'où la nécessité d'encourager l'adhésion des populations capables de cotiser. Se pose alors la question de l'obligation d'enrôlement qui remet certes en cause les principes de la mutualité mais reste la garantie d'une adhésion massive aux mécanismes assurantiels, en témoignent le Ghana et le Rwanda.

Quelles perspectives pour le Sénégal ?

Le dernier chapitre utilise une analyse quali-quantitative pour étudier des modèles de performance en CSU. Concrètement, nous sélectionnons un ensemble de pays et analysons les conditions causales propres à l'analyse politique des réformes et capables d'expliquer leurs progrès. Les conditions causales sont choisies à partir de la littérature et de certaines théories et cadres conceptuels. Nous en avons retenu six : la démocratie, l'évolution ponctuée, l'entrepreneur politique (mouvement social ou politico-bureaucrate), la gouvernance et l'engagement. Nos résultats permettent de comparer les processus de mise en œuvre de plusieurs réformes de financement de la santé plus en avance et a priori plus réussies que la réforme sénégalaise. Sachant que le Sénégal par la voie des mutuelles de santé est à une étape intermédiaire, l'objectif de cette analyse est de juger l'évolution de son modèle comparativement à d'autres pays. Notre analyse identifie trois combinaisons causales :

C1 = Ponctuation*Bureaucratie *Gouvernance*Engagement

C2 = Démocratie*Ponctuation*Mouvement social*Gouvernance*Engagement

C3 = ~Démocratie*Bureaucratie*Gouvernance*Engagement

Les pays couverts par l'AQQC sont la Thaïlande, le Brésil, le Ghana, le Mexique, le Rwanda et la Turquie. Cette dernière répond à la combinaison 2 mais a de moins bonnes performances, comparées au Ghana et au Mexique. En effet, il y a 19% de chance qu'un pays suivant une de ces combinaisons n'ait pas un bon indicateur de CSU. Le Sénégal ne répond pas à ces schémas. Cependant, historiquement parlant, l'évolution de ses réformes de financement sont similaires à celles du Ghana, jusqu'au lancement de l'ambitieux NHIS en 2003. Le Ghana, comme le Sénégal étaient alors des pays à faible revenu. La situation économique et financière d'un pays n'est sans doute pas étrangère à l'initiation d'une telle réforme, de même que la capacité des pays à lever des ressources. Cependant, notre hypothèse de travail s'appuie sur l'analyse des politiques publiques notamment le rôle des entrepreneurs politiques, la nature de la réforme et la manière dont elle s'inscrit dans la continuité, le contexte et l'engagement politique.

Les principales limites des mutuelles de santé sont le faible taux d'enrôlement et les menaces d'insoutenabilité entretenues par les retards de subsides. Concernant le faible taux d'enrôlement, le modèle Rwandais et plus précisément sa composante « contribution obligatoire » est par exemple transposable dans un pays comme l'Ethiopie dont le pouvoir politique est aussi concentré que le Rwanda. Mais, un enrôlement obligatoire serait a priori difficile à imposer dans un pays comme le Sénégal qui a une liberté de presse et de manifestations, et où une telle disposition est susceptible d'être instrumentalisée par les partis politiques opposants et d'être refusée par les citoyens. Les problèmes actuels que connaissent les mutuelles de santé au Sénégal en termes de viabilité montre qu'une forte dépendance vis-à-vis des contributions volontaires est susceptible de freiner les progrès vers la CSU. C'est d'ailleurs un des points faibles de la réforme au Ghana. Le Sénégal devra donc éviter que l'obligation de l'enrôlement ne soit qu'une simple déclaration, ou une disposition légale vide de mécanismes d'incitation éthiques. L'approche UDAM décrit dans le dernier chapitre est la prochaine étape de la mutualité au Sénégal, avec comme objectif une mobilisation des ressources plus importante au niveau départemental, une augmentation du nombre de contributeurs, et une meilleure capacité redistributive.

L'autre changement majeur est l'intégration des initiatives de gratuité au sein des mutuelles, dans le but de réduire la fragmentation et d'améliorer l'efficience. A ce titre, une phase pilote a été lancée au centre du pays. Cette étape devrait permettre de fournir un meilleur panier de soins aux enfants et d'en assurer la conformité et l'effectivité et de réduire les procédures administratives. Le registre national de ciblage est un outil primordial à l'inclusion sociale et doit être mise à profit dans les étapes à venir. Au Mexique, l'impossibilité de réussir un ciblage adéquat des populations vulnérables a conduit à une exemption plus large que prévue, entres autres irrégularités.

En outre, des réflexions sont menées depuis quelques années pour trouver de nouvelles sources de financement comme la taxation de la téléphonie mobile, les taxes sur les produits dangereux comme le tabac ou les revenus issus des ressources naturelles, une augmentation de la TVA. Comme le montre l'exemple du Ghana, ces types de revenus, lorsqu'elles sont allouées à la santé soulèvent beaucoup moins de résistances, en termes législatifs et du côté du public. Pour cela, il faut faire preuve de transparence et engager le dialogue avec les populations quant à l'objet de ces nouvelles taxes et à leurs finalités.

Récemment, une taxe de 3% sur les produits importés a été instaurée au Sénégal afin de mobiliser des ressources pour un projet de modernisation de l'administration douanière, une mesure qui a, à peine, soulevé des contestations chez les commerçants ou chez les consommateurs. Cependant, ces nouvelles sources de revenu sont complémentaires et ne sauraient se substituer à l'engagement de l'Etat à consacrer une priorité au secteur de la santé dans les revenus généraux. Augmenter l'efficacité des dépenses de santé est aussi une manière d'élargir l'espace budgétaire.

La couverture maladie est passée de 20,12 % en 2013 à 49,64 % en 2018 selon l'agence nationale de la CMU. Pour autant, la part des dépenses directes des ménages est restée élevée sur toute la période ; en 2018 elle retrouve même son niveau de 2000 (56%). Au même moment, l'engagement de l'Etat en termes de dépenses en santé en % des dépenses totales du gouvernement n'a cessé de baisser et s'éloigne de plus en plus de l'objectif d'Abuja fixé à 15%, ce qui n'est pas de bon augure pour les objectifs de CSU. Or, lorsque l'on observe la part des dépenses de santé dans les pays comme la Thaïlande, le Ghana, le Mexique, le Brésil et le Rwanda, elles ont augmenté après l'adoption des réformes, ce qui n'est pas le cas pour le Sénégal, où la part des dépenses de santé est stable depuis 2012, et même légèrement en baisse entre 2016 et 2018 (4%). La pandémie fait craindre à juste raison une baisse continue de l'engagement de l'Etat due à la difficulté à mobiliser les ressources publiques, menaçant ainsi les acquis ou aggravant les retards de paiement. Dans le même temps, les dépenses directes des ménages représentent plus de 50% des dépenses de santé, et en l'état actuel, il est tout à fait normal de s'attendre à leur augmentation avec la montée des maladies chroniques, qui rappelons-le ne sont pas prises en charge par les mutuelles. La stratégie de financement de la santé devra aussi s'adapter à la situation épidémiologique.

Outre l'engagement financier faible de l'Etat du Sénégal, la source principale de toutes les limites soulevées par ce travail de recherche est la couverture en soins et le manque des ressources humaines. Tous les programmes jusque-là mis en place montrent que l'accessibilité financière doit aller de pair avec la disponibilité matérielle et une politique claire de formation et de recrutement des ressources humaines. En effet, la construction de nouvelles infrastructures est essentielle et les autorités s'en félicitent assez souvent. Mais une approche par les soins de santé primaires est à considérer, grâce notamment à

l'orientation des ressources financières vers les structures de soins de proximité, et un peu moins dans la construction de grands hôpitaux en milieu urbain pour réduire les inégalités interrégionales d'accès aux soins. Il est nécessaire d'assurer la mise en place d'un équipement conforme dans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et particulièrement dans l'échelon inférieur, le recrutement et la motivation du personnel soignant surtout dans les régions les plus défavorisées, sans oublier l'identification des besoins en santé des populations, qui permet de prioriser les interventions. A la lumière de l'émergence des maladies chroniques, l'accent peut par exemple être mis sur les soins préventifs et les politiques de dépistage (cancer du sein, cancer du col utérin, diabète, hypertension, insuffisance rénale...). Une politique de SSP performante permet à long terme de prévenir les soins onéreux dans les grands établissements de santé. Les réformes de financement de la santé sont donc indissociables des SSP et investir dans des paniers de soins conformes aux besoins de santé demeure le meilleur moyen de garantir la protection financière des populations.

Bibliographie

- Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., et al. (2020a). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., et al. (2020b). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Abiona, O., Oluwasanu, M., & Oladepo, O. (2019). Analysis of alcohol policy in Nigeria: Multi-sectoral action and the integration of the WHO “best-buy” interventions. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7139-9>
- Aboagye, P. Y., & Hillbom, E. (2020). Tax bargaining, fiscal contracts, and fiscal capacity in Ghana: A long-term perspective. *African Affairs*, 119(475), 177–202. <https://doi.org/10.1093/afraf/adaa004>
- Agartan, T. I. (2021). Politics of success stories in the path towards Universal Health Coverage: The case of Turkey. *Development Policy Review*, 39(2), 283–302. <https://doi.org/10.1111/dpr.12489>
- Agence de la Couverture Maladie Universelle. (2017a). *Manuel des procédures de gestion des initiatives de gratuite dans le cadre de la couverture maladie universelle*. Dakar.
- Agence de la Couverture Maladie Universelle. (2017b). Couverture maladie universelle : La mairie de Fatick enrôle 444 personnes dans les mutuelles de santé. <https://agencecmu.sn/couverture-maladie-universelle-la-mairie-de-fatick-enrole-444-personnes-dans-les-mutuelles-de-sante>. Accessed 13 October 2021
- Agence de la Couverture Maladie Universelle. (2019a). Suñu CMU. *Bulletin trimestriel d'information de l'Agence nationale de la Couverture Maladie Universelle*, 11–14.
- Agence de la Couverture Maladie Universelle. (2019b). Chiffres & Réalisations. <http://agencecmu.sn/chiffres-realizations>. Accessed 18 April 2021
- Agence de la Couverture Maladie Universelle. (2020). Couverture Maladie Universelle : Plus de 5000 personnes enrôlées par la mairie des HLM. <https://agencecmu.sn/couverture-maladie-universelle-plus-de-5000-personnes-enrolees-par-la-mairie-des-hlm>. Accessed 13 October 2021
- Agence Nationale de la Statistique et de la démographie. (2016). *REACTUALISATION DES STATISTIQUES DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE A PARTIR DE L'ENQUETE SUR LES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE MALADIE*.
- Agence Nationale de la Statistique et de la démographie. (2017). *Sénégal: Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue)*. Dakar.
- Akin, J., Birdsall, N., & De Ferranti, D. (1987). *Financing Health Services in Developing Countries: an Agenda for Reform. A World Bank policy study*. Washington DC. <http://documents.worldbank.org/curated/en/468091468137379607/Financing-health-services-in-developing-countries-an-agenda-for-reform>. Accessed 30 August 2020
- Akua Agyepong, I., & Adjei, S. (2008). Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. *Health Policy and Planning*, 23, 150–160. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn002>
- Alenda-Demoutiez, J., Asomaning Antwi, A., Mendo, E., & Ba, Z. S. (2019). La protection de la santé au Ghana et au Sénégal : Quel est le rôle de l'Organisation internationale du travail (OIT) ? <http://journals.openedition.org/poldev>, (11). <https://doi.org/10.4000/POLDEV.4372>
- Alfers, L., & Lund, F. (2012). *Participatory Policy Making: Lessons from Thailand's Universal Coverage Scheme*.

- Alkenbrack, S., & Lindelow, M. (2015). The impact of community-based health insurance on utilization and out-of-pocket expenditures in Lao people's democratic republic. *Health Economics (United Kingdom)*. <https://doi.org/10.1002/hec.3023>
- AllAfrica.com. (2017). Sénégal: Ville de Louga - Le maire enrôle 10.000 personnes dans les mutuelles de santé. <https://fr.allafrica.com/stories/201703280183.html>. Accessed 13 October 2021
- Amat-Roze, J.-M. (2010). La santé en Afrique sub-saharienne, entre avancées, recul et renouveau (Health in sub-Saharan Africa, between progress, setbacks and renewal). *Bulletin de l'Association de géographes français*, 87(1), 105–118. <https://doi.org/10.3406/bagf.2010.8184>
- American Health Organization - World Health Organization PAHO, P. (2008). *Health Systems and Services Profile Brazil Monitoring and Analysis of Health Systems Change/Reform*. www.lachealthsys.org. Accessed 17 June 2021
- Amri, M. M., & Drummond, D. (2020). Punctuating the equilibrium: an application of policy theory to COVID-19. *Policy Design and Practice*, 4(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/25741292.2020.1841397>
- Asante, F., Chikwama, C., Daniels, A., & Armar-Klemesu, M. (2007). Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana. *Ghana medical journal*, 41(3), 110–117. <https://doi.org/10.4314/gmj.v41i3.55277>
- Atchessi, N., Ridde, V., & Zunzunegui, M. V. (2016). User fees exemptions alone are not enough to increase indigent use of healthcare services. *Health Policy and Planning*. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv135>
- Atim, C. (1998). *Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery, and Access to Health Care: Synthesis of Research in Nine West and Central African Countries (Technical Report No. 18)*. *Partnerships for Health Reform*. [https://doi.org/Technical Report No. 18](https://doi.org/Technical%20Report%20No.%2018).
- Atim, C. (2000). *An External Evaluation of the Nkoranza Community Financing Health Insurance Scheme, Ghana*.
- Atkinson, M. M. (2011). Lindblom's lament: Incrementalism and the persistent pull of the status quo. *Policy and Society*, 30(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.polsoc.2010.12.002>
- Audibert, M., & Mathonnat, J. (2000). Cost recovery in Mauritania: Initial lessons. *Health Policy and Planning*. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.1.66>
- Awuah, K. T., Finkelstein, S. H., & Finkelstein, F. O. (2013). Quality of life of chronic kidney disease patients in developing countries. *Kidney International Supplements*, 3(2), 227–229. <https://doi.org/10.1038/kisup.2013.20>
- Backhouse, R. E., & Medema, S. G. (2009). Defining economics: The Long Road to Acceptance of the Robbins Definition. *Economica*. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0335.2009.00789.x>
- Barro, R. (1991). Economic growth in a cross section of countries. *The Quarterly Journal of Economics*, 106(2), 404–443. <https://academic.oup.com/qje/article-abstract/106/2/407/1905452>. Accessed 21 September 2021
- Barsoum, R. S., Khalil, S. S., & Arogundade, F. A. (2015). Fifty years of dialysis in Africa: Challenges and progress. *American Journal of Kidney Diseases*, 65(3), 502–512. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.11.014>
- Baumann, E. (2010). Protections sociales en Afrique subsaharienne: le cas du Sénégal, 1–19. [papers3://publication/uuid/9C83E37F-276C-4918-BF9A-FBCFDA1458BC](https://publication/uuid/9C83E37F-276C-4918-BF9A-FBCFDA1458BC)
- Baumgartner, FR, & Jones, B. (2013). *Agendas and instability in American politics* (2nd Editio.). University of Chicago Press. https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=0WtEOcK_Y8wC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Agendas+and+Instability+in+American+Politics,+Second+Edition&ots=TCsw9npNfy&sig=9GuzJZ7KCeSRh_sXt5VdKZHBPxw. Accessed 10 May 2021
- Baumgartner, Frank, & Jones, B. D. (2010). *Agenda and Instability in American Politics* (2nd ed.). The University of Chicago Press.

- Beauchamp, T., & Childress, J. (2019, November 2). Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *American Journal of Bioethics*. Routledge.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
- Berlan, D., Buse, K., Shiffman, J., & Tanaka, S. (2014). The bit in the middle: A synthesis of global health literature on policy formulation and adoption. *Health Policy and Planning*, 29(suppl_3), iii23–iii34.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czu060>
- Biosca, O., & Brown, H. (2014). Boosting health insurance coverage in developing countries: Do conditional cash transfer programmes matter in Mexico? *Health Policy and Planning*, 30(2), 155–162.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czt109>
- Blanchet, A. J., & Acheampong, O. B. (2013). *Building on Community-based Health Insurance to Expand National Coverage: The Case of Ghana Mutual Health Organization Growth Meets a Big Bang National Reform*.
- Blas, E., & Limbambala, M. (2001). User-payment, decentralization and health service utilization in Zambia. *Health policy and planning*, 16 Suppl 2(SUPPL. 2), 19–28.
https://doi.org/10.1093/HEAPOL/16.SUPPL_2.19
- Bodhisane, S., & Pongpanich, S. (2019). Factors affecting the willingness to join community-based health insurance (CBHI) scheme: A case study survey from Savannakhet Province, Lao P.D.R. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(2), 604–618. <https://doi.org/10.1002/hpm.2721>
- Bossyns, P., Ladrière, F., & Ridde, V. (2018). *Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne Six ans d'expérience au Sénégal rural 2012 – 2017. Studies in Health Services Organization & Policy*. <https://www.itg.be/files/docs/shsop/shsop34.pdf>. Accessed 17 May 2021
- Boucar, P., & Ucad, D. (2017). Néphrologie en Afrique Francophone: Ce qui est fait et ce qui reste à faire.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- Brinkerhoff, D. (2003). *Partners for Health Reform plus Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies*.
- Brinkerhoff, D. W. (2010). *Defining political will*. www.rti.org. Accessed 19 June 2021
- Camp, R. A. (2015). Democratizing Mexican Politics, 1982–2012. In *Oxford Research Encyclopedia of Latin American History*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199366439.013.12>
- Carbone, G. (2011). Democratic demands and social policies: The politics of health reform in Ghana Political leadership and development outcomes in Africa View project Africa Leadership Change Project View project. *Article in The Journal of Modern African Studies*.
<https://doi.org/10.1017/S0022278X11000255>
- Carothers, T. (2002). The End of the Transition Paradigm. *Journal of democracy*, 13(1).
- Center for systemic peace. (2021). PolityProject. <https://www.systemicpeace.org/polityproject.html>. Accessed 15 October 2021
- Chemouni, B. (2018a). The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development*, 106(June), 87–98.
<https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.01.023>
- Chemouni, B. (2018b). The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development*. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.01.023>
- Chisholm, D., Kutzin, J., Russell, S., Saksena, P., Xu, K., Doetinchem, O., et al. (2010). *Qu'est-ce que la couverture universelle en matière de santé?* Geneve.
https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/fr/. Accessed 18 January 2021
- Cicodev Africa. (2018). Pérennisation de la Couverture maladie universelle : Bientôt un projet de loi au

- Conseil des ministres – Cicodev africa. <http://www.cicodev.org/perennisation-de-la-couverture-maladie-universelle-bientot-un-projet-de-loi-au-conseil-des-ministres/>. Accessed 19 March 2021
- Coelho, V. S. P. (2004). Brazil's health councils: The challenge of building participatory political institutions. *IDS Bulletin*, 35(2), 33–39. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2004.tb00119.x>
- Colombini, M., Mayhew, S. H., Hawkins, B., Bista, M., Joshi, S. K., Schei, B., & Watts, C. (2016). Agenda setting and framing of gender-based violence in Nepal: How it became a health issue. *Health Policy and Planning*, 31(4), 493–503. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv091>
- Costa, A. M., Rizzotto, M. L. F., Lobato, L. de V. C., & Giovanella, L. (2020). Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: movimento em defesa do direito à saúde. *Saúde em Debate*, 44(spe1), 135–141. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020s111>
- Coulton, C. J., & Rosenberg, M. (1981). Social Justice and Rationing Social Services, 8(2).
- Crews, D. C., Bello, A. K., & Saadi, G. (2019). 2019 World Kidney Day Editorial - burden, access, and disparities in kidney disease. *Brazilian Journal of Nephrology*, 41(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0224>
- Crews, D. C., Charles, R. F., Evans, M. K., Zonderman, A. B., & Powe, N. R. (2010). Poverty, Race, and CKD in a Racially and Socioeconomically Diverse Urban Population. *American Journal of Kidney Diseases*, 55(6), 992–1000. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2009.12.032>
- Cuadrado, C., Crispi, F., Libuy, M., Marchildon, G., & Cid, C. (2019, July 1). National Health Insurance: A conceptual framework from conflicting typologies. *Health Policy*. Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.013>
- Daff, B. M., Diouf, S., Diop, E. S. M., Mano, Y., Nakamura, R., Sy, M. M., et al. (2020). Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Senegal. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(2), 100–108. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.239665>
- Dalinjong, P. A., Wang, A. Y., & Homer, C. S. E. (2017). The operations of the free maternal care policy and out of pocket payments during childbirth in rural Northern Ghana. *Health Economics Review*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s13561-017-0180-4>
- Darko, T. (2016). *WHEN DOES THE STATE LISTEN? How does government responsiveness come about? The politics of accountability in Ghana's National Health Insurance Scheme*. Institute of Development Studies. <http://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/123456789/7690#.Vx5yMMdRXn2>. Accessed 21 June 2021
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V. R., Sarker, M., Tiendrebéogo, J., Yé, M., et al. (2012). The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso. *Journal of Public Health Policy*, 33(4), 439–453. <https://doi.org/10.1057/jphp.2012.27>
- De Ferranti, D. (1983). *Paying for Health Services in Developing Countries An Overview*. Washington DC.
- De Meur, G., Rihoux, B., & Varone, F. (2004). L'analyse quali-quantitative comparée (AQQC) : un outil innovant pour l'étude de l'action publique. *Pyramides [Online]*, (8), 137–148. <https://journals.openedition.org/pyramides/383?lang=en>. Accessed 29 July 2021
- Department of Health. (2009). *Health GUIDELINES for Chronic Renal Dialysis*. South Africa Republic. <http://www.kznhealth.gov.za/medicine/dialysisguide.pdf>
- Deville, C., Fecher-Bourgeois, F., & Poncelet, M. (2018). Les mutuelles de santé subventionnées comme instruments de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/226717>. Accessed 18 May 2020
- Deville, C., Hane, F., Ridde, V., & Touré, L. (2018). Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018. *Population et développement*, 40. [http://www.ceped.org/](http://www.ceped.org/contact@ceped.org) • contact@ceped.org
- Dramani Kipo-Sunyehzi, D., Ayanore, M. A., Dzidzonu, D. K., Ayalsumayakubu, Y., & Gh, D. K. D. (2020). Ghana's Journey towards Universal Health Coverage: The Role of the National Health Insurance

- Scheme. *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ*, 10, 94–109. <https://doi.org/10.3390/ejihpe10010009>
- El-Khoury, M., Hatt, L., & Gandaho, T. (2012). User fee exemptions and equity in access to caesarean sections: An analysis of patient survey data in Mali. *International Journal for Equity in Health*, 11(49). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-49>
- Elias, P. E. M., & Cohn, A. (2003). Health reform in Brazil: Lessons to consider. *American Journal of Public Health*, 93(1), 44–48. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.1.44>
- Erreygers, G., & Van Ourti, T. (2011). Measuring socioeconomic inequality in health, health care and health financing by means of rank-dependent indices: A recipe for good practice. *Journal of Health Economics*, 30(4), 685–694. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.04.004>
- Espelt, A., Borrell, C., Roskam, A. J., Rodríguez-Sanz, M., Stirbu, I., Dalmau-Bueno, A., et al. (2008). Socioeconomic inequalities in diabetes mellitus across Europe at the beginning of the 21st century. *Diabetologia*, 51(11), 1971–1979. <https://doi.org/10.1007/s00125-008-1146-1>
- Etheredge, H., & Fabian, J. (2017). Challenges in Expanding Access to Dialysis in South Africa—Expensive Modalities, Cost Constraints and Human Rights. *Healthcare*, 5(3), 38. <https://doi.org/10.3390/healthcare5030038>
- Evans, D. K., Holtemeyer, B., & Kosec, K. (2016). *Cash Transfers and Health Evidence from Tanzania*. Washington DC. <http://econ.worldbank.org>. Accessed 3 May 2021
- Fabricant, S. J., Kamara, C. W., & Mills, A. (1999). Why the poor pay more: household curative expenditures in rural Sierra Leone. *The International Journal of Health Planning and Management*, 14(3), 179–199. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199907/09\)14:3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1751(199907/09)14:3)
- Falleti, T. G. (2009). Infiltrating the State: The Evolution of Health Care Reforms in Brazil, 1964–1988. In J. Mahoney & K. Thelen (Eds.), *Explaining Institutional Change* (pp. 38–62). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511806414.004>
- Fischer, F., & Miller, G. J. (2017). *Handbook of public policy analysis: Theory, politics, and methods*. *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315093192>
- Fox, A. M., & Reich, M. R. (2015). The politics of universal health coverage in low- and middle-income countries: A framework for evaluation and action. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. <https://doi.org/10.1215/03616878-3161198>
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. A., & Knaul, F. M. (2006, October 28). Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet*. Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69564-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69564-0)
- Fusheini, A. (2016). The Politico-Economic Challenges of Ghana's National Health Insurance Scheme Implementation. *Kerman University of Medical Sciences*, 5(9), 543–552. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.47>
- Gilson, L., Orgill, M., & Shroff, Z. C. (2018). *A HEALTH POLICY ANALYSIS READER: THE POLITICS OF POLICY CHANGE IN LOW-AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES*.
- Gomez-Dantes, O., Reich, M. R., & Garrido-Latorre, F. (2015a). Political economy of pursuing the expansion of social protection in health in Mexico. *Health Systems and Reform*, 1(3), 207–216. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1054547>
- Gomez-Dantes, O., Reich, M. R., & Garrido-Latorre, F. (2015b). Political economy of pursuing the expansion of social protection in health in Mexico. *Health Systems and Reform*, 1(3), 207–216. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1054547>
- González-Robledo, L. M., Nigenda, G., & García-Saiso, S. (2017). An Assessment of Health Services Contracting in Mexico's Seguro Popular de Salud, 2006–2014. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1315477>, 3(4), 278–289. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1315477>
- Gottret, P., Schieber, G. J., & Waters, H. R. (2008). *Good practices in health financing: lessons from reforms in*

low- and middle-income countries. Good practices in health financing lessons from reforms in low and middle income countries.

- Government of India. (n.d.-a). Rashtriya Swasthya Bima Yojana National Portal of India. <https://www.india.gov.in/spotlight/rashtriya-swasthya-bima-yojana#rsby6>. Accessed 23 July 2021
- Government of India. (n.d.-b). RSBY. http://www.rsby.gov.in/how_works.html. Accessed 23 July 2021
- Government of Rwanda. (2015). CBHI Law. https://www.rssb.rw/fileadmin/user_upload/cbhi_law.pdf. Accessed 20 June 2021
- Government of Thailand. (n.d.). National_Health_Security_Act_B.E.2545. https://eng.nhso.go.th/view/1/National_Health_Security_Act_B.E.2545/EN-US. Accessed 25 July 2021
- Gragnotati, M., Lindelow, M., & Couttolenc, B. (2013). *Twenty Years of Health System Reform in Brazil. Twenty Years of Health System Reform in Brazil*. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-9843-2>
- Greer, S. L., & Méndez, C. A. (2015, November 1). Universal health coverage: A political struggle and governance challenge. *American Journal of Public Health*. American Public Health Association Inc. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302733>
- Grépin, K. A., & Dionne, K. Y. (2013). Democratization and Universal Health Coverage: A Case Comparison of Ghana, Kenya, and Senegal. *Global Health Governance*, 6(2), 1–27. <http://ghgj.org>. Accessed 29 January 2021
- Guwatudde, D., Nankya-Mutyoba, J., Kalyesubula, R., Laurence, C., Adebamowo, C., Ajayi, I. O., et al. (2015). The burden of hypertension in sub-Saharan Africa: A four-country cross sectional study. *BMC Public Health*, 15(1), 1211. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2546-z>
- Gyimah-Brempong, K., & Wilson, M. (2004). Health human capital and economic growth in Sub-Saharan African and OECD countries. *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 44(2), 296–320. <https://doi.org/10.1016/j.QREF.2003.07.002>
- Hacker, J. S. (1998). The historical logic of national health insurance: Structure and sequence in the development of British, Canadian, and U.S. medical policy. *Studies in American Political Development*, 12(1), 57–130. <https://doi.org/10.1017/s0898588x98001308>
- Hainmueller, J. (2012). Entropy balancing for causal effects: A multivariate reweighting method to produce balanced samples in observational studies. *Political Analysis*. <https://doi.org/10.1093/pan/mpr025>
- Harris, J. (2014). “Developmental Capture” of the State: Explaining Thailand’s Universal Coverage Policy. *Article in Journal of Health Politics Policy and Law*. <https://doi.org/10.1215/03616878-2854689>
- Harris, J. (2015). Who Governs? Autonomous Political Networks as a Challenge to Power in Thailand. *Journal of Contemporary Asia*, 45(1), 3–25. <https://doi.org/10.1080/00472336.2013.879484>
- Hausman, D. M. (2007). What’s Wrong with Health Inequalities? *Journal of Political Philosophy*, 15(1), 46–66. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9760.2007.00270.x>
- Health Policy Project. (2014). *“Capacity Development Resource Guide: Policy Analysis.”* Washington DC.
- Hicken, A., & Selway, J. S. (2012). Forcing the genie back in the bottle: Sociological change, institutional reform, and health policy in Thailand. *Journal of East Asian Studies*. <https://doi.org/10.1017/S1598240800007621>
- ILO. (2016). Rwanda: Progress towards Universal Health Coverage, 1–6.
- Imai, K., & Ratkovic, M. (2014). Covariate balancing propensity score. *Journal of the Royal Statistical Society. Series B: Statistical Methodology*. <https://doi.org/10.1111/rssb.12027>
- Juma, P. A., Mohamed, S. F., Matanje Mwangomba, B. L., Ndinda, C., Mapa-tassou, C., Oluwasanu, M., et al. (2018). Non-communicable disease prevention policy process in five African countries authors. *BMC Public Health*, 18(S1), 961. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5825-7>

- Jütting, J. P. (2001). *The Impact of Health Insurance on the Access to Health Care and Financial Protection in Rural Developing Countries The Example of Senegal*. www.worldbank.org. Accessed 18 May 2020
- Jütting, J. P. (2004). Do community-based health insurance schemes improve poor people's access to health care? Evidence from rural senegal. *World Development*, 32(2), 273–288. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.10.001>
- Kahle, K. J., & Wagner, T. E. (2002). The Emerging Role of Citizens in Planning and Public Decision-Making in Thailand. In *Managing Intermediate Size Cities* (pp. 39–55). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-017-2170-7_3
- Kamnuansilpa, P., & Minh, L. A. K. (2019). Thailand's "wicked" development trap. *Bangkok Post*. <https://www.bangkokpost.com/opinion/opinion/1753419/thailands-wicked-development-trap>. Accessed 13 May 2021
- Kantamaturapoj, K., Kulthanmanusorn, A., Witthayapipopsakul, W., Viriyathorn, S., Patcharanarumol, W., Kanchanachitra, C., et al. (2020). Legislating for public accountability in universal health coverage, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(2), 117–125. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.239335>
- Khayatza-deh-Mahani, A., Breton, E., Ruckert, A., & Labonté, R. (2017). Banning shisha smoking in public places in Iran: An advocacy coalition framework perspective on policy process and change. *Health Policy and Planning*, 32(6), 835–846. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx015>
- Khetrapal, S., Acharya, A., & Mills, A. (2019). Assessment of the public-private-partnerships model of a national health insurance scheme in India. *Social Science & Medicine*, 243, 112634. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112634>
- Kingdon, J. W. (1985). Agendas, Alternatives, and Public Policies. *Journal of Policy Analysis and Management*, 4(4), 621. <https://doi.org/10.2307/3323801>
- Kingdon, J. W. (2003). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. (Pearson, Ed.) (2nd Editio.). <https://book.cc/book/2369182/b98bfd>. Accessed 19 January 2021
- Klein, J. R. (1998). *The constitution of the Kingdom of Thailand, 1997: A blueprint for Participatory democracy*.
- Ko, H., Kim, H., Yoon, C. gyo, & Kim, C. yup. (2018). Social capital as a key determinant of willingness to join community-based health insurance: a household survey in Nepal. *Public Health*, 160(July), 52–61. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.03.033>
- Kübler, D. (2001). Understanding policy change with the advocacy coalition framework: an application to Swiss drug policy. *Taylor & Francis*, 8(4), 623–641. <https://doi.org/10.1080/13501760110064429>
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*, (91), 602–611. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- Kutzin, J. (2021). "...and we will also remind people that UHC is not something to implement, but rather a set of objectives to achieve." *Linkedin*. https://www.linkedin.com/posts/joseph-kutzin-34015514_uhc-healthfinancing-healthsystems-activity-6796341432149008384-JpVf. Accessed 9 September 2021
- Kutzin, J., Yip, W., & Cashin, C. (2016). Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage (pp. 267–309). https://doi.org/10.1142/9789813140493_0005
- Lakin, J. M., Ordaz, M., Barraza, M., Gutierrez, C., Hernández Llamas, H., Gakidou, E., et al. (2010). The End of Insurance? Mexico's Seguro Popular, 2001–2007. *Journal of Health Politics*, 35(3). <https://doi.org/10.1215/03616878-2010-002>
- Langenhove, T. van, & Tessier, L. (2016). *Universal Health-care Coverage Scheme Thailand*. Geneva.
- Laterveer, L., Munga, M., & Schwerzel, P. (2004). *Equity implications of Health Sector User Fees in Tanzania: Do we retain the user fee or do we set the user f(r)ee?* Leusden, The Netherlands.

- Lavers, T. (2019). Towards Universal Health Coverage in Ethiopia's 'developmental state'? The political drivers of health insurance. *Social Science and Medicine*, 228, 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.007>
- Legewie, N. (2013). An Introduction to Applied Data Analysis with Qualitative Comparative Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 14(3), 45. <https://doi.org/10.17169/FQS-14.3.1961>
- Lehiany, B., & Chiambaretto, P. (2019). L'apport de la méthode fsQCA à l'étude de la complexité causale : une application à la stabilité des alliances. *Finance Contrôle Stratégie*, (NS-6). <https://doi.org/10.4000/fcs.3368>
- Lemrabott, A. T., Cissé, M., Kâ, E. H. F., Sarr, M., Faye, M., Fall, K., et al. (2013). Profil épidémiologique de l'insuffisance rénale dans la population générale de Saint-Louis du Sénégal (étude transversale descriptive sur une population de 1416). *Néphrologie & Thérapeutique*, 9, 372. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2013.07.333>
- Leng, B., Jin, Y., Li, G., Chen, L., & Jin, N. (2015). Socioeconomic status and hypertension: A meta-analysis. *Journal of Hypertension*, 33(2), 221–229. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000428>
- Levine, D., Polimeni, R., & Ramage, I. (2016). Insuring health or insuring wealth? An experimental evaluation of health insurance in rural Cambodia. *Journal of Development Economics*. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2015.10.008>
- Levitsky, S., & Roberts, K. M. (2011). *the resurgence of the latin american left*. Johns Hopkins University Press. <https://doi.org/doi:10.1353/book.1866>.
- Leye, M. M. M., Diongue, M., Faye, A., Coumé, M., Faye, A., Badara Tall, A., et al. (2012). Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « Plan Sésame » au Sénégal Analysis of free health care for the elderly in the context of the “Plan Sésame” in Senegal. *Santé Publique*, 25(1), 101–106.
- Litvack, J. I., & Bodart, C. (1993). User fees plus quality equals improved access to health care: Results of a field experiment in Cameroon. *Social Science and Medicine*. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90267-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90267-8)
- Liyanaige, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H. M., Okpechi, I., et al. (2015). Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: A systematic review. *The Lancet*, 385(9981), 1975–1982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61601-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61601-9)
- Lu, C., Chin, B., Lewandowski, J. L., Basinga, P., Hirschhorn, L. R., Hill, K., et al. (2012). Towards universal health coverage: An evaluation of Rwanda Mutuelles in its first eight years. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039282>
- Machado, C. V., & Silva, G. A. e. (2019). Political struggles for a universal health system in Brazil: Successes and limits in the reduction of inequalities. *Globalization and Health*, 15(Suppl 1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0523-5>
- Maeda, A., Araujo, E., Cashin, C., Harris, J., Ikegami, N., & Reich, M. R. (2014). *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies*. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0297-3>
- Malloy, J. M. (1979). *The politics of social security in Brazil*. University of Pittsburgh Pre. <https://archive.org/details/politicsofsocial0000mall/page/116/mode/1up?view=theater&q=CAP>. Accessed 19 June 2021
- Mankiw, N., Romer, D., & Weil, D. (1992). A contribution to the empirics of economic growth. *The quarterly journal*, 107(2), 407–437. <https://academic.oup.com/qje/article-abstract/107/2/407/1838296>. Accessed 21 September 2021
- Mannheimer, L. N., Lehto, J., & Ostlin, P. (2007). Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden open, half-open or half-shut? *Health Promotion International*, 22(4), 307–315. <https://doi.org/10.1093/heapro/dam028>

- Mapa-Tassou, C., Bonono, C. R., Assah, F., Wisdom, J., Juma, P. A., Katte, J. C., et al. (2018). Two decades of tobacco use prevention and control policies in Cameroon: Results from the analysis of non-communicable disease prevention policies in Africa. *BMC Public Health*, *18*.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5828-4>
- Maria Gonçalves Menicucci, T. (2019). The Brazilian Unified Health System: Thirty Years of Advances and Resistance. In *Universal Healthcare [Working Title]*. IntechOpen.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.86834>
- Marshall, M. G., & Jagers, K. (2007). Dataset Users' Manual. www.systemicpeace.org/polity. Accessed 20 July 2021
- Marten, R. (2014). 7 Things You Should Know About Universal Health Coverage. *World Bank blogs*.
<https://blogs.worldbank.org/health/7-things-you-should-know-about-universal-health-coverage>. Accessed 22 September 2021
- Massuda, A., Hone, T., Leles, F. A. G., De Castro, M. C., & Atun, R. (2018). The Brazilian health system at crossroads: Progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, *3*(4), 1–8.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>
- Mathauer, I., Mathivet, B., & Kutzin, J. (2017a). *Community-Based Health Insurance: how can it contribute to progress towards UHC?* Geneva.
- Mathauer, I., Mathivet, B., & Kutzin, J. (2017b). "Free Health Care" Policies: Opportunities and Risks for Moving Towards Uhc, (2). <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255588/1/WHO-HIS-HGF-PolicyBrief-17.2-eng.pdf?ua=1>
- Maurya, D., & Ramesh, M. (2019). Program design, implementation and performance: the case of social health insurance in India. *Health Economics, Policy and Law*, *14*(4), 487–508.
<https://doi.org/10.1017/S1744133118000257>
- Mbaye, E. M., Dumont, A., Ridded, V., & Briland, V. (2011). En faire plus, pour gagner plus: La pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal. *Sante Publique*, *23*(3), 207–220. <https://doi.org/10.3917/spub.113.0207>
- Mbaye, E. M., Ridde, V., & Kâ, O. (2013). "Good intentions are not enough": analysis of a health policy for the elderly in Senegal, *25*(1).
- Mbow, N. B., & Senghor, I. (2020). Sénégal : un modèle d'assurance santé résilient en temps de Covid-19. *The Conversation*. <https://theconversation.com/senegal-un-modele-dassurance-sante-resilient-en-temps-de-covid-19-143116>. Accessed 17 May 2021
- Mbugua, J., Bloom, G., & Segall, M. (1995). Impact of user charges on vulnerable groups: the case of Kibwezi in rural Kenya. *Social science & medicine* (1982), *41*(6), 829–835.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00400-N](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00400-N)
- Mcdonnell, A., Urrutia, A. F., & Samman, E. (2019). *Reaching universal health coverage: a political economy review of trends across 49 countries*.
- McPake, B., Brikci, N., Cometto, G., Schmidt, A., & Araujo, E. (2011). Removing user fees: Learning from international experience to support the process. *Health Policy and Planning*, *26*(SUPPL. 2), ii104–ii117. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr064>
- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C. K., & Gilson, L. (2011, November). Removing user fees in the health sector: A review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr062>
- Meier, G. M. (1991). Politics and policy making in developing countries : perspectives on the new political economy.
<https://archive.org/details/politicspolicyma0000uns e/page/264/mode/2up?view=theater>. Accessed 13 October 2021
- Mensch, B. S., Chuang, E. K., Melnikas, A. J., & Psaki, S. R. (2019, May 1). Evidence for causal links between education and maternal and child health: systematic review. *Tropical Medicine and International*

Health. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/tmi.13218>

- Meuwissen, L. E. (2002). Problems of cost recovery implementation in district health care: a case study from Niger. *Health policy and planning*, 17(3), 304–313. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/17.3.304>
- Mills, A., Bennett, S., Siriwanarangsun, P., & Tangcharoensathien, V. (2000). *The response of providers to capitation payment: a case-study from Thailand*. *Health Policy* (Vol. 51). www.elsevier.com/locate/healthpol. Accessed 18 March 2021
- Ministère de la fonction publique, du travail et des relations avec les institutions. (2013). Arrêté Interministériel n° 2159/MFPTRI/DGTSS/DPS en date du 18 février 2013. *Journal Officiel du Sénégal*. http://www.jo.gouv.sn/spip.php?page=imprimer&id_article=9805. Accessed 15 July 2021
- Ministere De La Santé. (2005). *Politique de Développement des Mutuelles de Santé au Rwanda*. Kigali.
- Ministère de la santé et de l'action sociale. (2014). *Rapport des COMPTES DE LA SANTE*.
- Ministère de la Santé et de l'Action sociale. (2019). *Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028*.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2017). *Bulletin épidémiologique annuel 2017 du paludisme au Sénégal*. Dakar.
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2008). *Plan «sésame» de soins gratuits pour les personnes âgées de 60 ans et plus au Sénégal*. Dakar. <http://agencecmu.sn/plan-sesame-0>. Accessed 3 September 2020
- Mirach, T. H., Demissie, G. D., & Biks, G. A. (2019). Determinants of community-based health insurance implementation in west Gojjam zone, Northwest Ethiopia: a community based cross sectional study design. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4363-z>
- Mladovsky, P. (2014). Why do people drop out of community-based health insurance? Findings from an exploratory household survey in Senegal. *Social Science and Medicine*, 107, 78–88. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.008>
- Mladovsky, P., & Ba, M. (2017). Removing user fees for health services: A multi-epistemological perspective on access inequities in Senegal. *Social Science and Medicine*, 188, 91–99. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.07.002>
- Moosa, M. R., & Kidd, M. (2006). The dangers of rationing dialysis treatment: The dilemma facing a developing country. *Kidney International*, 70(6), 1107–1114. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5001750>
- Musgrove, P., Creese, A., Preker, A., Baeza, C., Anell, A., Prentice, T., et al. (2000). *Health systems: Improving Performance*. *The World Health Report*. Geneva. https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1. Accessed 8 June 2021
- Mutyambizi, C., Booyesen, F., Stokes, A., Pavlova, M., & Groot, W. (2019). Lifestyle and socio-economic inequalities in diabetes prevalence in South Africa: A decomposition analysis. *PLoS ONE*, 14(1), e0211208. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211208>
- Nabyonga Orem, J., Mugisha, F., Kirunga, C., MacQ, J., & Criel, B. (2011). Abolition of user fees: The Uganda paradox. *Health Policy and Planning*, 26 Suppl2, ii41–ii51. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr065>
- National Health Insurance Authority. National Health Insurance Act (Act 852) (2012). Accra. <http://www.nhis.gov.gh/downloads.aspx>. Accessed 24 July 2021
- National Kidney Foundation. (2015). Global Facts: About Kidney Disease . <https://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-about-kidney-disease>. Accessed 1 July 2020
- Niang, A., & Lemrabott, A. T. (2020). Global Dialysis Perspective: Senegal. *Kidney360*, 1(6), 538–540. <https://doi.org/10.34067/kid.0000882020>
- Nigenda, G., Wirtz, V. J., Gonzalez-Robledo, L. M., & Reich, M. R. (2015a). Evaluating the implementation of Mexico's health reform: The case of seguro popular. *Health Systems and Reform*, 1(3), 217–228. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1031336>

- Nigenda, G., Wirtz, V. J., Gonzalez-Robledo, L. M., & Reich, M. R. (2015b). Evaluating the implementation of Mexico's health reform: The case of seguro popular. *Health Systems and Reform*, 1(3), 217–228. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1031336>
- Nkounmou Ngoa, G. B. (2021). GRATUITÉ DES SOINS ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE – UNE ANALYSE D'IMPACT AU SÉNÉGAL. *L'Actualité économique*, 96(2), 159. <https://doi.org/10.7202/1076510AR>
- Nwalia, M. I. (2019). Advocacy Coalition Framework and Policy Changes in a Third-World Country. *Politics and Policy*, 47(3), 545–568. <https://doi.org/10.1111/polp.12302>
- Nyonator, F., & Kutzin, J. (1999). Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health policy and planning*. <https://doi.org/10.1093/heapol/14.4.329>
- O'Brien, G. L., Sinnott, S.-J., Walshe, V., Mulcahy, M., & Byrne, S. (2020). Health policy triangle framework: Narrative review of the recent literature. *Health Policy OPEN*, 1, 100016. <https://doi.org/10.1016/j.hopen.2020.100016>
- O'donnell, O., Doorslaer, E. Van, ... A. W.-, Bank, D. W., & 2008, U. (2008). *Analyzing health equity using household survey data*. *Cphs.Huph.Edu.Vn*. http://cphs.huph.edu.vn/uploads/tainguyen/sachvabaocao/2008_AnalyzingHealthEquityUsingHouseholdSurveyData_234.pdf
- O'Donnell, O., O'Neill, S., Van Ourti, T., & Walsh, B. (2016). conindex: Estimation of concentration indices. *Stata Journal*. <https://doi.org/10.1177/1536867x1601600112>
- O'Malley, E. (2010). Veto players, party government and policy-making power. *Comparative European Politics*, 8(2), 202–219. <https://doi.org/10.1057/cep.2008.29>
- Ogden, J., Walt, G., & Lush, L. (2003). The politics of “branding” in policy transfer: The case of DOTS for tuberculosis control. *Social Science and Medicine*, 57(1), 179–188. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00373-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00373-8)
- Organisation Mondiale de la Santé. (1999). *Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako*.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020). OMS Couverture sanitaire universelle. WHO. World Health Organization. http://www.who.int/universal_health_coverage/fr/. Accessed 1 April 2021
- Osei, P. D. (2000). Political liberalisation and the implementation of value added tax in Ghana. *Journal of Modern African Studies*, 38(2), 255–278. <https://doi.org/10.1017/S0022278X00003335>
- Pannarunothai, S., Srithamrongsawat, S., Kongpan, M., & Thumvanna, P. (2000). Financing reforms for the Thai health card scheme. *Health Policy and Planning*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.303>
- Parmar, D., Reinhold, S., Soares, A., Savadogo, G., & Sauerborn, R. (2012). Does community-based health insurance protect household assets? Evidence from rural Africa. *Health Services Research*. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01321.x>
- Parmar, D., Williams, G., Dkhimi, F., Ndiaye, A., Asante, F. A., Arhinful, D. K., & Mladovsky, P. (2014). Enrolment of older people in social health protection programs in West Africa - Does social exclusion play a part? *Social Science and Medicine*, 119, 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.011>
- Parsons, W. (1995). *Public policy : an introduction to the theory and practice of policy analysis*. (Cheltenham, Ed.) (Elgar, 200.). <https://www.worldcat.org/title/public-policy-an-introduction-to-the-theory-and-practice-of-policy-analysis/oclc/1015861934?referer=null%26ht=edition>. Accessed 12 May 2021
- Persad, G., Wertheimer, A., & Emanuel, E. J. (2009). Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet*. Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60137-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60137-9)
- Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world. (2019). <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>. Accessed 11 May

2021

- Population Data. (2021). Palmarès - Indicateur de développement humain (IDH). <https://www.populationdata.net/palmares/idh/>. Accessed 25 September 2021
- Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme. (2018). *Sénégal: vers l'élimination du paludisme*.
- Quantin, S. (2018). *Estimation avec le score de propension sous R*. Paris. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3546202>. Accessed 3 October 2020
- Ragin, C. (2009). Redesigning social inquiry: Fuzzy sets and beyond. https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=WUj9yT5zAiIC&oi=fnd&pg=PR5&ots=WuHCSLPiQV&sig=QZGce7dbr_3IEj6OLZTVtvfHmcU. Accessed 14 June 2021
- Ragin, C. C. (1987). *The comparative method : moving beyond qualitative and quantitative strategies : with a new introduction*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Ramilitiana, B., Ranivoharisoa, E. M., Dodo, M., Razafimandimby, E., & Randriamarotia, W. F. (2016). A retrospective study on the incidence of chronic renal failure in the department of internal medicine and nephrology at university hospital of antananarivo (the capital city of madagascar). *Pan African Medical Journal*, 23(141). <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.23.141.8874>
- Raza, W. A., Van De Poel, E., Bedi, A., & Rutten, F. (2016). Impact of community-based health insurance on access and financial protection: Evidence from three randomized control trials in rural India. *Health Economics (United Kingdom)*. <https://doi.org/10.1002/hec.3307>
- Reich, M. R. (1995). The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health policy*, 32(1-3), 47-77. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(95\)00728-B](https://doi.org/10.1016/0168-8510(95)00728-B)
- Republic of Ghana. (2003). NHIS act 650 Ghana. https://www.google.com/search?q=nhis+act+650+ghana+2003+pdf&newwindow=1&rlz=1C1CHBF_frFR791FR791&ei=217QYOGHAo-xU8ShtaAB&oq=NHIS+act+650+ghana+2003+&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAEYADIFCCEQoAE6BwgAEEcQsANQjbUFWI21BWCKwQVoAXACeACAAZoBiAGBApIBAzAuMpgBAKABAaoBB2d3cy1. Accessed 21 June 2021
- Republique du Sénégal. (n.d.). Senegal - Décret n° 2015-21 du 7 janvier 2015 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle. https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=108459&p_count=37&p_classification=15. Accessed 23 July 2021
- Republique du Sénégal. (2008). JOURNAL OFFICIEL. <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article6956>. Accessed 3 September 2020
- République du Sénégal. (2004). *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal*. Dakar.
- République du Sénégal. (2013). *Stratégie Nationale De Développement Economique et Social (SNDES) 2013-2017: une étape vers l'émergence*. Dakar.
- Ridde, V. (2004). *THE WORLD BANK L'initiative de Bamako 15 ans après Un agenda inachevé*. www.worldbank.org/. Accessed 6 January 2021
- Ridde, V. (2015). From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: A story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research*, 15(Suppl 3), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S6>
- Ridde, V., Antwi, A. A., Boidin, B., Chemouni, B., Hane, F., & Touré, L. (2018). Time to abandon amateurism and volunteerism: Addressing tensions between the Alma-Ata principle of community participation and the effectiveness of community-based health insurance in Africa. *BMJ Global Health*, 3. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001056>
- Ridde, V., Heinmüller, R., & Haddad, S. (2011). L'exemption du paiement des soins pour les enfants expérimentée au Burkina Faso est favorable à l'équité. *Note d'information*, p. 4. www.help-ev.de

Accessed 17 April 2021

- Ridde, V., Kouanda, S., Bado, A., Bado, N., & Haddad, S. (2012a). Reducing the medical cost of deliveries in Burkina Faso is good for everyone, including the poor. *PLoS ONE*, 7(3), 33082. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033082>
- Ridde, V., Kouanda, S., Bado, A., Bado, N., & Haddad, S. (2012b). Reducing the medical cost of deliveries in Burkina Faso is good for everyone, including the poor. *PLoS ONE*, 7(3), 1–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033082>
- Ridde, V., Queuille, L., & Kafando, Y. (2012). *Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest*. Ouagadougou: CRCHUM/HELP/ECHO. http://www.observation.info/wp-content/uploads/2015/02/livre_CAPI.pdf. Accessed 3 September 2020
- Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. (2010). *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé*.
- Robert, E., & Ridde, V. (2013). Global health actors no longer in favor of user fees: a documentary study. *Globalization and Health*, 9(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-29>
- Robles-Osorio, M. L., & Sabath, E. (2016, September 1). Social disparities, risk factors and chronic kidney disease. *Nefrologia*. Elsevier Espana S.L. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2016.05.004>
- Robyn, P. J., Fink, G., Sié, A., & Sauerborn, R. (2012). Health insurance and health-seeking behavior: Evidence from a randomized community-based insurance rollout in rural Burkina Faso. *Social Science and Medicine*, 75(4), 595–603. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.018>
- Robyn, P. J., Hill, A., Liu, Y., Souares, A., Savadogo, G., Sié, A., & Sauerborn, R. (2012). Econometric analysis to evaluate the effect of community-based health insurance on reducing informal self-care in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr019>
- Rodger, R. S. (2012). Approach to the management of end-stage renal disease. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*, 12(5), 472–475. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.12-5-472>
- Rosenbaum, P. R. (2005). Sensitivity Analysis in Observational Studies. In *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science*. <https://doi.org/10.1002/0470013192.bsa606>
- Sabatier, P. (2007). *Theories of the Policy Process*.
- Sabatier, P. (2010). Advocacy coalition framework (ACF). In *Dictionnaire des politiques publiques* (pp. 49–57). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2010.01.0049>
- Sagna, O., Seck, I., Dia, A. T., Sall, F. L., Diouf, S., Mendy, J., et al. (2016). Étude de la préférence des usagers sur les stratégies de développement de la couverture sanitaire universelle à travers les mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor au sud-ouest du Sénégal. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 109(3), 195–206. <https://doi.org/10.1007/s13149-016-0508-z>
- Sakunphanit, T. (2008). *UNIVERSAL HEALTH CARE COVERAGE THROUGH PLURALISTIC APPROACHES: Experience from Thailand*.
- Sato, H. (1999). The Advocacy Coalition Framework and the Policy Process Analysis: The case of smoking control in Japan. *Policy Studies Journal*, 27(1), 28–44. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1999.tb01951.x>
- Saúde, M. DA. (2003). *Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003*. <http://conselho.saude.gov.br>. Accessed 17 June 2021
- Scheunemann, L. P., & White, D. B. (2011). The ethics and reality of rationing in medicine. *Chest*. American College of Chest Physicians. <https://doi.org/10.1378/chest.11-0622>
- Sharp, D., & Millum, J. (2018). Prioritarianism for global health investments: Identifying the worst off. *Journal of Applied Philosophy*, 35(1), 112–132. <https://doi.org/10.1111/japp.12142>

- Sheth, K. (2013). Evaluating health-seeking behaviour, utilization of care, and health risk: Evidence from a community based insurance model in India. *Health Economics*, 66(12), 246–267.
- Shiffman, J. (2007). Generating political priority for maternal mortality reduction in 5 developing countries. *American Journal of Public Health*, 97(5), 796–803.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.095455>
- Shiffman, J., Beer, T., & Wu, Y. (2002). The emergence of global disease control priorities. *Health Policy and Planning*, 17(3), 225–234. <https://doi.org/10.1093/heapol/17.3.225>
- Shiffman, J., Stanton, C., & Salazar, A. P. (2004, November 1). The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras. *Health Policy and Planning*. Oxford Academic.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czh053>
- Shipan, C. R., & Volden, C. (2012). Policy Diffusion: Seven Lessons for Scholars and Practitioners. *Public Administration Review*, 72(6), 788–796. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2012.02610.x>
- Shroff, Z. C., Roberts, M. J., & Reich, M. R. (2015). Agenda setting and policy adoption of india's national health insurance scheme: Rashtriya swasthya bima yojana. *Health Systems and Reform*, 1(2), 107–118. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1034310>
- Singleton, J. L. (2006). *Negotiating Change: An Analysis of the Origins of Ghana's National Health Insurance Act*.
http://digitalcommons.macalester.edu/soci_honors
http://digitalcommons.macalester.edu/soci_honors/4. Accessed 5 February 2021
- Smith, K. V., & Sulzbach, S. (2008). Community-based health insurance and access to maternal health services: Evidence from three West African countries. *Social Science and Medicine*.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.044>
- Soucat, A., Gandaho, T., Levy-Bruhl, D., De Bethune, X., Alihonou, E., Ortiz, C., et al. (1997). Health seeking behaviour and household health expenditures in Benin and Guinea: The equity implications of the Bamako initiative. *International Journal of Health Planning and Management*, 12(SUPPL. 1), 137–163.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199706\)12:1+<S137::AID-HPM469>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S137::AID-HPM469>3.0.CO;2-G)
- Stiglitz, J. (2007). *Principes d'économie moderne*.
- Stuart, E. A. (2010). Matching methods for causal inference: A review and a look forward. *Statistical Science*. <https://doi.org/10.1214/09-STS313>
- Sumaili, E. K., Krzesinski, J. M., Cohen, E. P., & Nseka, N. M. (2010). Epidemiology of chronic kidney disease in the Democratic Republic of Congo: Review of cross-sectional studies from Kinshasa, the capital. *Nephrologie et Therapeutique*. Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2010.03.008>
- Sun, S., Huang, J., Hudson, D. L., & Sherraden, M. (2021). Cash Transfers and Health. In *Annual Review of Public Health* (Vol. 42, pp. 363–380). Annual Reviews Inc. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102442>
- Supakankunti, S. (2000). Future prospects of voluntary health insurance in Thailand. *Health Policy and Planning*, 15(1), 85–94. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.1.85>
- Tangcharoensathien, V., Patcharanarumol, W., Kulthanmanusorn, A., Saengruang, N., & Kosiyaporn, H. (2019). Health Systems & Reform The Political Economy of UHC Reform in Thailand: Lessons for Low-and Middle-Income Countries Viroj Tangcharoensathien, Walaiporn Patcharanarumol, Anond Kulthanmanusorn, Nithiwat Saengruang & Hathairat Kosiyaporn The Political Economy of UHC Reform in Thailand: Lessons for Low-and Middle-Income Countries.
<https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1630595>
- Tangcharoensathien, V., Pitayarangsarit, S., Patcharanarumol, W., Prakongsai, P., Sumalee, H., Tosanguan, J., & Mills, A. (2013). *Promoting universal financial protection: how the Thai universal coverage scheme was designed to ensure equity*. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-25>
- Tangcharoensathien, V., Prakongsai, P., Limwattananon, S., Patcharanarumol, W., & Jongudomsuk, P. (2007). *Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn?* www.lshtm.ac.uk/hpu.

Accessed 16 May 2021

- Tantivess, S., Werayingyong, P., Chuengsamarn, P., & Teerawattananon, Y. (2013). Universal coverage of renal dialysis in Thailand: Promise, progress, and prospects. *BMJ (Online)*, *346*, f462. <https://doi.org/10.1136/bmj.f462>
- Tatar, M., Mollahalilog ̇lu Bayram, S., Ahin •, S. ., Aydın, S., Maresso, A., & Hernández-Quevedo, C. (2011). Health Systems in Transition. *Turkey Health system review*, *13*(6).
- Thaiprayoon, S., & Wibulpolprasert, S. (2017). Political and Policy Lessons from Thailand ' s UHC Experience. *Observer Research Foundation*.
- The World Bank. (1993). *World Development Report 1993*. New York: Oxford University Press.
- The World Bank. (2021a). Indicators Data. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur>. Accessed 25 September 2021
- The World Bank. (2021b). Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births) - Senegal Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=SN>. Accessed 7 April 2021
- Thiede, M., Palmer, N., & Mbatsha, S. (2004). South Africa: Who Goes to the Public Sector for Voluntary HIV/AIDS Counseling and Testing? *Reaching The Poor Program Paper*, *6*(6).
- Tine, J. (2000). Systèmes micro assurance santé et état de santé dans les pays en voie de développement : une analyse empirique de l ' impact des mutuelles de santé en milieu rural sénégalais. *ZEF – Discussion Papers on Development Policy Bonn*, (7359).
- Towse, A., Mills, A., & Tangcharoensathien, V. (2004, January 10). Learning from Thailand's health reforms. *British Medical Journal*. BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7431.103>
- Truog, R. D., Brock, D. W., Cook, D. J., Danis, M., Luce, J. M., Rubenfeld, G. D., & Levy, M. M. (2006). Rationing in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, *34*(4), 958–963. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000206116.10417.D9>
- Tsebelis, G. (2000). *Veto Players and Institutional Analysis*.
- UHC2030. (2018). Mesurer ce qui compte avec l'indicateur 3.8.1 des ODD - UHC2030. <https://www.uhc2030.org/fr/nouvelles-et-evenements/nouvelles-csu2030/sdg-indicator-3-8-1-measure-what-matters-465653/>. Accessed 25 September 2021
- UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. (2020). CME Info - Child Mortality Estimates. <https://childmortality.org/data/Senegal>. Accessed 9 April 2021
- Van Zon, A., & Muysken, J. (2001). Health and endogenous growth. *Journal of Health Economics*, *20*(2), 169–185.
- Vikaspedia portal. (2021). Unorganised Sector. *Unorganised Sector*. <https://vikaspedia.in/social-welfare/unorganised-sector-1/unorganized-sector-informal-sector>. Accessed 24 July 2021
- Waddington, C. J., & Enyimayew, K. A. (1989). A price to pay: The impact of user charges in ashanti-akim district, Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, *4*(1), 17–47. <https://doi.org/10.1002/hpm.4740040104>
- Wagstaff, A., & Neelsen, S. (2020). A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, *8*(1), e39–e49. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30463-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30463-2)
- Wagstaff, A., Paci, P., & van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social Science and Medicine*. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90212-U](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90212-U)
- Wallace, L. S. (2013). A view of health care around the world. *Annals of family medicine*. Annals of Family Medicine, Inc. <https://doi.org/10.1370/afm.1484>
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). *Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis*. *HEALTH POLICY AND PLANNING* (Vol. 9). <https://academic.oup.com/heapol/article/9/4/353/649125>. Accessed 23 April 2021

- Walt, G., & Gilson, L. (2014, December 1). Can frameworks inform knowledge about health policy processes? Reviewing health policy papers on agenda setting and testing them against a specific priority-setting framework. *Health Policy and Planning*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu081>
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R., & Gilson, L. (2008a). "Doing" health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. In *Health Policy and Planning* (Vol. 23, pp. 308–317). Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn024>
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R., & Gilson, L. (2008b). "Doing" health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. In *Health Policy and Planning* (Vol. 23, pp. 308–317). Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn024>
- Ward, M. M. (2008). Socioeconomic Status and the Incidence of ESRD. *American Journal of Kidney Diseases*, 51(4), 563–572. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2007.11.023>
- Wenar, L. (2017, March 21). The Stanford Encyclopedia of Philosophy. *Spring 2017*. <https://plato.stanford.edu/entries/rawls/#TwoGuiIdejusFai>. Accessed 11 April 2021
- Weyland, K. (2009). *Bounded rationality and policy diffusion: Social sector reform in Latin America*. *Bounded Rationality and Policy Diffusion: Social Sector Reform in Latin America*. <https://doi.org/10.5860/choice.45-4030>
- Weyland, K. G. (1996). *Democracy without equity: failures of reform in Brazil*. University of Pittsburgh Pre. <https://archive.org/details/democracywithout00weyl/page/91/mode/1up?view=theater>. Accessed 19 June 2021
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217–228. <https://doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>
- Wisdom, J. P., Juma, P., Mwangomba, B., Ndinda, C., Mapa-Tassou, C., Assah, F., et al. (2018). Influence of the WHO framework convention on tobacco control on tobacco legislation and policies in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5827-5>
- Witter, S., Arhinful, D. K., Kusi, A., & Zakariah-Akoto, S. (2007). The Experience of Ghana in Implementing a User Fee Exemption Policy to Provide Free Delivery Care. *Reproductive Health Matters*, 15(30), 61–71. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(07\)30325-X](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(07)30325-X)
- Witter, S., Armar-klemesu, M., & Dieng, T. (2008). National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. *Studies in Health Services Organisation and Policy series*.
- Witter, S., Dieng, T., Mbengue, D., Moreira, I., & De Brouwere, V. (2010). The national free delivery and caesarean policy in Senegal: Evaluating process and outcomes. *Health Policy and Planning*. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq013>
- Wood, A. (2020). A 'grand projet': Universal Health Coverage and social protection in Senegal Somatosphere. *Health for all? Critical perspectives on Universal Health Coverage*. <http://somatosphere.net/2020/senegal-uhc.html/#white>. Accessed 8 October 2021
- World Health Organization. (1946). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*.
- World Health Organization. (2005). WHA58.33 Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance.
- World Health Organization. (2008). *Les soins de santé Primaires: maintenant plus que jamais*. Genève. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43951/9789242563733_fre.pdf?sequence=1&allowed=y. Accessed 22 September 2021
- World Health Organization. (2017). *Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture santé universelle*. Geneva. <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>. Accessed 11 May 2021
- World Health Organization. (2018a). Distribution of causes of death among children aged < 5 years (%). [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/distribution-of-causes-of-death-among-children-aged-5-years-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/distribution-of-causes-of-death-among-children-aged-5-years-(-)). Accessed 7 April 2021

- World Health Organization. (2018b, February 22). Health inequities and their causes. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>. Accessed 10 April 2021
- World Health Organization. (2019a). *Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle RAPPORT DE SUIVI 2019 RÉSUMÉ D'ORIENTATION*. <http://apps.who.int/bookorders>. Accessed 11 May 2021
- World Health Organization. (2019b). *Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts P4H Network*. Geneva. <https://p4h.world/en/node/8598>. Accessed 26 September 2021
- World Health Organization. (2020a). Children: improving survival and well-being. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>. Accessed 7 April 2021
- World Health Organization. (2020b). The top 10 causes of death. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Accessed 21 April 2021
- World Health Organization. (2021a). Universal health coverage (UHC). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-uhc>. Accessed 11 May 2021
- World Health Organization. (2021b). Sénégal Couverture Sanitaire Universelle. <https://www.uhcpartnership.net/fr/country-profile/senegal/>. Accessed 25 September 2021
- World Health Organization. (2021c). Global Health Observatory. <https://www.who.int/data/gho>. Accessed 25 September 2021
- World Health Organization & the United Nations Children's Fund. (2018). *Déclaration d'Astana*. Astana.
- Xu, Z., Yu, D., Yin, X., Zheng, F., & Li, H. (2017). Socioeconomic status is associated with global diabetes prevalence. *Oncotarget*. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.17902>
- Yates, R. (2009). Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet*, 373(9680), 2078–2081. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60258-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60258-0)
- Yilma, Z., Mebratie, A., Sparrow, R., Dekker, M., Alemu, G., & Bedi, A. S. (2015a). Health risk and insurance: Impact of ethiopia's community based health insurance on household economic welfare. *World Bank Economic Review*. <https://doi.org/10.1093/wber/lhv009>
- Yilma, Z., Mebratie, A., Sparrow, R., Dekker, M., Alemu, G., & Bedi, A. S. (2015b). Health risk and insurance: Impact of ethiopia's community based health insurance on household economic welfare. *World Bank Economic Review*, 29, S164–S173. <https://doi.org/10.1093/wber/lhv009>
- Yıldırım, H. H., & Yıldırım, T. (2011). Healthcare financing reform in Turkey: context and salient features. *Article in Journal of European Social Policy*, 21(2), 178–193. <https://doi.org/10.1177/0958928710395045>
- Zeleeuw, H. N. (2013). Community Health Financing as a Pathway to Universal Health Coverage : Synthesis of Evidence, 1–11.

ANNEXE A3



Insuffisance rénale chronique : questionnaires « qualité de vie » et caractéristiques socio-économiques des patients en hémodialyse

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DE SANTE

Nom de la structure :

Nom et Prénom du patient :

Type de structure :

1. Privée

2. Publique

ELEMENT DU DOSSIER MEDICAL DU PATIENT

N° d'ordre :

Sexe : 1. Masculin

2. Féminin

Poids :

Taille :

Age :

Date de début hémodialyse/ structure :

Caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques

<i>Statut matrimonial</i>	
1. Marié(e) ou vivant ensemble	<input type="checkbox"/>
2. Divorcé(e)/séparé(e)	<input type="checkbox"/>
3. Veuf (ve).....	<input type="checkbox"/>
4. Jamais marié(e) et n'a jamais vécu avec quelqu'un(e).....	<input type="checkbox"/>

<i>Niveau d'éducation</i>	
1. Élémentaire.....	<input type="checkbox"/>
2. Moyen.....	<input type="checkbox"/>
3. Secondaire.....	<input type="checkbox"/>
4. Supérieur.....	<input type="checkbox"/>
5. Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>
Faites-vous partie d'une association de patient	
1. OUI <input type="checkbox"/>	2. NON <input type="checkbox"/>

<i>ASSURANCE MALADIE</i>	
Avez-vous une assurance maladie ?	
1. OUI <input type="checkbox"/>	2. NON <input type="checkbox"/>
Si oui laquelle ?	
1. Imputation Budgétaire.....	<input type="checkbox"/>
2. IPM.....	<input type="checkbox"/>
3. Mutuelle.....	<input type="checkbox"/>
4. Assurance privée.....	<input type="checkbox"/>
5. Autres (à préciser).....	<input type="checkbox"/>

Caractéristiques du ménage

N°	QUESTIONS	CODES		
102	D'où provient la principalement l'eau que boivent les membres du ménage ?	Robinet dans logement	11	
		Robinet dans cour/parcelle	12	
		Robinet chez un voisin	13	
		Robinet public/borne fontaine	14	
		Puits à pompe ou forage	21	
		Puits protégés	31	
		Puits non protégés	32	
		Source protégée	41	
		Source non protégée	42	
		Eau de pluie	51	
		Camion citerne	61	
		Charette avec petite citerne/tonneau	71	
		Eau de surface (rivère,barrage,lac,mare, fleuve,canal d'irrigation)	81	
		eau en bouteille/sachet industrialisé	91	
		Autre	96	
107	Quel type de toilette les membres du ménage utilisent-ils habituellement ?	Chasse branchée à l'égout	11	
		Chasse branchée à la fosse	12	
		Améliorées/ventilées	21	
		Latrines à chasse manuelle	22	
		Toilette avec fosse sans chasse	23	
		Latrines traditionnelles	24	
		Pas de toilette/nature	31	
		Autres	96	
110	Dans votre ménage, y a-t-il ?		OUI	NON
		l'électricité	1	2
		une radio	1	2
		une télévision	1	2
		une antenne MMDS/TV5	1	2
		un abonnement canal	1	2
		un téléphone fixe	1	2
		un téléphone cellulaire	1	2
		une machine à laver	1	2
		un réfrigérateur	1	2
		un réchaud/cuisinière à gaz/électrique	1	2
		un foyer amélioré	1	2
		un video/lecteur CD/DVD	1	2
		un climatiseur	1	2
un ordinateur	1	2		
internet à la maison	1	2		
111	Quel type de combustible votre ménage utilise t-il principalement pour cuisiner ?	Electricité	1	
		Gaz en bouteille	2	
		Charbon de bois	3	
		Bois à brûler, paille	4	
		Bouse	5	
Autre	6			

111A	Quel type d'éclairage votre ménage utilise t-il principalement ?	Electricité (SENELEC)	01
		Groupe électrogène	02
		Solaire	03
		Lampe torche	04
		Lampe à gaz	05
		Lampe tempête	06
		Lampe à pétrole artisanale	07
		Bougie	08
		Bois	09
		Autre	96
114	Principal matériau du sol	Terre,sable	11
		Bouse	12
		Planches en bois	22
		Palmes/bambou	21
		Parquet ou bois ciré	31
		Bandes de vynile/asphalte	32
		Carrelage	33
		Ciment	34
		Moquette	35
		Autre	96
115	Principal matériau du toit	Pas de toit	11
		Chaume/palmes/feuilles	12
		Mottes de terre	13
		Nattes	21
		Palmes/bambou	22
		Planches en bois	23
		Carton	24
		Tôle	31
		Bois	32
		Zinc/fibre de ciment	33
		Tuiles	34
		Ciment	35
		Shingles	36
Autre	96		
116	Principal matériau des murs extérieurs	Pas de mur	11
		Bambou/cane/palme/tronc	12
		Terre	13
		Bambou avec boue	21
		Pierres avec boue	22
		Adobe non recouvert	23
		Contre plaqué	24
		Carton	25
		Bois de récupération	26
		Ciment	31
		Pierres avec chaux/ciment	32
		Briques	33
		Bloc de ciment	34
		Adobe recouvert	35
		Planches en bois/ shingles	36
		Autres	96

		OUI	NON	
118	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède ?	une bicyclette	1	2
		une mobilette/motocyclette	1	2
		une voiture personnelle	1	2
		une voiture/camion à titre commercial	1	2
		une charrette	1	2
		une charrue	1	2
		une pirogue	1	2
		un compte en banque	1	2
122	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède t-il ? Si aucun marquer 00 Si 95 ou plus marquer 95 Si ne sait pas marquer 98	vaches, taureaux		
		chameaux		
		chevaux, ânes, mules		
		chèvres		
		moutons		
		porcs		
		volailles		
123	est-ce qu'un membre de votre ménage possède un compte en banque ou dans une autre institution financière (mutuelles d'épargne et de crédit, caisse d'épargne..) ?	oui		1
		non		2
		nsp		3
124	Employez-vous un personnel domestique ?	oui		1
		non		2
125	Possédez-vous une maison seul ou conjointement avec un autre ?	seul		1
		conjointement		2
		seul et conjointement		3
		n'en possède pas		4
126	Possédez-vous une terre cultivable seul ou conjointement avec un autre ?	seul		1
		conjointement		2
		seul et conjointement		3
		n'en possède		4
127	Nombre de personnes par chambre à coucher			

Coûts de l'hémodialyse

Q1. Combien de fois par mois venez-vous au centre de dialyse ?

Q2. Combien payez-vous lors de chaque séance de dialyse ?

Q3. Combien d'heures passez-vous au centre d'hémodialyse par séance ?

Q4. Avez-vous un travail ?

1. OUI

2. NON

Si oui

1. Travaillez-vous pour un tiers ?

2. Travaillez-vous à votre compte ?

(Si le répondant travaille pour une tierce personne)

Q5. Votre absence vous coûte-t-elle une retenue de salaire ?

1. OUI

2. NON

Q6. Si oui de combien par jour ou par heure ?

(Si le répondant travaille à son compte)

Q7. Quelqu'un vous remplace-t-il au travail quand vous faites votre dialyse ?

1. OUI

2. NON

Q8. Si oui combien cela vous coûte-t-il de vous faire remplacer ?

Q9. Si non combien perdez-vous par heure ou par jour quand vous ne travaillez à cause de votre dialyse ?

Q10. Avez-vous acquis au cours du mois passé des médicaments et/ou des éléments indispensables à vos séances de dialyse tels que des fistules ou fait des analyses médicales ?

1. OUI

2. NON

Q11. Si oui, combien vous coûte par mois ?

1. Les médicaments ?

2. Les fistules

3. Les analyses médicales

Q12. Quelqu'un s'occupe-t-il de vos enfants quand vous êtes en dialyse ?

1. OUI

2. NON

Q13. Combien cela vous coûte-t-il ?

Q14. A combien estimez-vous vos dépenses de transport par séance de dialyse ?

Q15. Avez-vous un régime alimentaire spécial ?

1. OUI

2. NON

Q16. Si oui combien vous coûte-t-il par semaine ?

Q17. Avez-vous recours à la médecine traditionnelle ?

1. OUI

2. NON

Q18. Si oui combien cela vous coûte-t-il ?

ANNEXE A4

Tableau A41 Suite statistiques descriptives

Variabiles	Mutuelles de santé n=2054	Sans assurance n=49046	AMO n=2406
Utilisation des SS (Non/Oui)			
<i>Non</i>	0,59	0,60	0,39
<i>Oui</i>	0,41	0,40	0,61
A payé (Non/Oui)			
<i>Non</i>	0,31	0,05	0,51
<i>Oui</i>	0,69	0,95	0,49
A payé (partiellement/totalement)			
<i>Partiellement</i>	0,53	0,04	0,58
<i>Totalement</i>	0,47	0,96	0,42
Zones géographiques			
<i>Zone 1</i>	0,36	0,52	0,83
<i>Zone 2</i>	0,47	0,27	0,11
<i>Zone 3</i>	0,17	0,20	0,07
Exposition à la cigarette			
<i>Jamais</i>	0,70	0,69	0,70
<i>Journalière</i>	0,15	0,21	0,22
<i>Occasionnelle</i>	0,16	0,11	0,08
Présence iode dans le sel			
<i>Sans iode</i>	0,36	0,33	0,23
<i>Iode présente</i>	0,64	0,67	0,77
Zone de résidence			
<i>Urbaine</i>	0,32	0,45	0,83
<i>Rurale</i>	0,68	0,55	0,17
Taille du ménage			
	9,71	8,09	6,43
Age			
	25,86	23,86	28,65
Genre			
<i>Homme</i>	0,43	0,46	0,46
<i>Femme</i>	0,57	0,54	0,54
Statut marital			
<i>Célibataire</i>	0,59	0,64	0,49
<i>Marié</i>	0,41	0,36	0,51
Niveau d'éducation			
<i>Sans éducation</i>	0,45	0,46	0,11
<i>Niveau primaire (au moins)</i>	0,55	0,54	0,89
Compte en banque			
<i>Non</i>	0,69	0,68	0,21
<i>Oui</i>	0,31	0,32	0,79
Indice de richesse			
<i>Plus pauvre</i>	0,27	0,19	0,01

<i>Pauvre</i>	0,23	0,20	0,03
<i>Q3</i>	0,27	0,20	0,11
<i>Riche</i>	0,13	0,21	0,19
<i>Plus riche</i>	0,10	0,19	0,67
Bourses de sécurité familiale			
<i>Non</i>	0,5	0,81	0,94
<i>Oui</i>	0,5	0,19	0,06
Crise au sein du ménage			
<i>Non</i>	0,31	0,34	0,29
<i>Oui</i>	0,69	0,66	0,71
Chef du ménage: Genre			
<i>Homme</i>	0,81	0,73	0,74
<i>Femme</i>	0,19	0,27	0,26
Chef du ménage: statut marital			
<i>Célibataire</i>	0,22	0,23	0,32
<i>Marié</i>	0,78	0,77	0,68
Chef du ménage: éducation			
<i>Sans éducation</i>	0,61	0,67	0,23
<i>Niveau primaire (au moins)</i>	0,39	0,33	0,77
Influence des pairs			
<i>Non</i>	0,14	0,97	0,98
<i>Oui</i>	0,86	0,03	0,02

Tableau A42 Suite déterminants de l'enrôlement

Variables	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Taille du ménage	-0.030*** (0.004)	-0.075*** (0.005)	-0.075*** (0.009)
Age	-0.028*** (0.008)	-0.044*** (0.010)	-0.044*** (0.012)
Age²	0.001*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.001*** (0.000)
Niveau d'éducation (réf: sans éducation)			
<i>Niveau primaire (au moins)</i>	0.363*** (0.055)	0.173* (0.074)	0.173* (0.084)
Genre (réf: homme)			
<i>Femme</i>	0.087 (0.050)	0.184** (0.067)	0.184** (0.071)
Genre du chef de ménage (réf: homme)			
<i>Femme</i>	-0.171* (0.066)	0.003 (0.090)	0.003 (0.113)
Statut matrimonial (réf: non marié)			
<i>Marié</i>	0.150* (0.074)	0.323** (0.103)	0.323** (0.124)
Zone de résidence (réf: urbaine)			
Rural	0.028 (0.062)	0.335*** (0.081)	0.335* (0.133)
Indice de richesse (réf: quintile 1)			
<i>Pauvre</i>	-0.065 (0.066)	-0.016 (0.093)	-0.016 (0.135)
<i>Quintile 3</i>	0.214** (0.074)	0.277** (0.104)	0.277 (0.166)
<i>Riche</i>	-0.221* (0.103)	-0.165 (0.140)	-0.165 (0.220)
<i>Plus riche</i>	-0.182 (0.125)	0.200 (0.169)	0.200 (0.250)
Compte bancaire (réf: non)			
<i>Oui</i>	0.442*** (0.059)	0.176* (0.083)	0.176 (0.132)
Bourses de sécurité familiale (réf: non)			
<i>Oui</i>	1.621*** (0.051)	0.583*** (0.074)	0.583*** (0.113)
Zone géographique (réf: Zone 1)			
<i>Zone 2 (Centre)</i>	0.522*** (0.062)	0.179* (0.089)	0.179 (0.133)
<i>Zone 3 (Sud)</i>	-0.458*** (0.071)	-0.252* (0.099)	-0.252 (0.143)
Exposition cigarette (réf: jamais)			

	<i>Journalière</i>	-0.443***	-0.374***	-0.374**
		(0.067)	(0.093)	(0.125)
	<i>Occasionnelle</i>	0.034	0.305**	0.305
		(0.066)	(0.095)	(0.173)
Iode dans le sel (réf: iode absente)				
	<i>Présence d'iode</i>	-0.149**	-0.115	-0.115
		(0.049)	(0.067)	(0.107)
Niveau d'éducation du chef de ménage(réf: niveau primaire au moins)				
	<i>Sans éducation</i>	-0.310***	-0.316***	-0.316**
		(0.057)	(0.077)	(0.106)
Statut matrimonial CDM (réf: non marié)				
	<i>Marié</i>	0.108	-0.198*	-0.198
		(0.070)	(0.098)	(0.121)
Crise dans le ménage (réf: non)				
	<i>Oui</i>	0.092	0.168*	0.168
		(0.050)	(0.069)	(0.108)
Influence des pairs (réf: non)				
	<i>Oui</i>		5.483***	5.483***
			(0.083)	(0.134)
	Constant	-3.474***	-4.652***	-4.652***
		(0.157)	(0.222)	(0.307)
<hr/>				
	Observations	50330	50330	50330
<hr/>				

Tableau A41 Effets moyens du traitement

Variables de résultat		NN (5)	Kernel	Radius	Mahalanobis
Mutualistes vs. Sans assurance (C1)					
A utilisé les services de santé (non/oui)	ATT	0,094***	0.052***	0,052***	0,076**
	N	50.083	50.083	50.083	50.330
A payé pour les services de santé (non/oui)	ATT	-0,274***	-0,278***	-0,278***	-0,292***
	N	17.960	17.960	17.960	18.023
A payé pour les services de santé (partiellement/entièrement)	ATT	-0,507***	-0,498***	-0,498***	-0,494***
	N	16.705	16.705	16.705	16.763
Mutualistes vs. AMO (C2)					
A utilisé les services de santé (non/oui)	ATT	-0,078*	-0,073**	-0,080**	-0,132**
	N	4382	4382	4382	4.382
A payé pour les services de santé (non/oui)	ATT	-0,017	-0,013	-0,011	-0,051
	N	2146	2146	2146	2146
A payé pour les services de santé (partiellement/entièrement)	ATT	0,109	0,089*	0,090*	0,042
	N	1289	1289	1289	1289

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.10

ATT= Average treatment effects on the Treated

Pour l'utilisation des services de santé les ATT expriment la différence entre la proportion de mutualistes et la proportion des individus sans assurance qui ont utilisé les services de santé.

La même logique s'applique pour les autres variables de résultat.

Tableau A42 Analyse de sensibilité

Variables	Utilisé (oui/non)		Payé (oui/non)		Payé (partiellement/entièrement)	
	(p_mh+)	(p_mh-)	(p_mh+)	(p_mh-)	(p_mh+)	(p_mh-)
Gamma	Mutuelles vs. Sans assurance (C1)					
1	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1.1	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1.2	0,009	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1.3	0,108	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1.4	0,420	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1.5	0,244	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1.6	0,055	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1.7	0,007	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1.8	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1.9	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
2	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Mutuelles vs. AMO (C2)					
1	0,001	0,001	0,046	0,046	0,112	0,112
1.1	0,000	0,019	0,167	0,008	0,287	0,031
1.2	0,000	0,124	0,379	0,001	0,513	0,006
1.3	0,000	0,375	0,435	0,000	0,331	0,001
1.4	0,000	0,360	0,235	0,000	0,173	0,000
1.5	0,000	0,141	0,107	0,000	0,078	0,000
1.6	0,000	0,040	0,041	0,000	0,031	0,000
1.7	0,000	0,008	0,014	0,000	0,011	0,000
1.8	0,000	0,001	0,004	0,000	0,003	0,000
1.9	0,000	0,000	0,001	0,000	0,001	0,000
2	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Gamma: odds of differential assignment due to unobserved factors

p_mh+: significance level (assumption: over-estimation of treatment effect)

p_mh-: significance level (assumption: under-estimation of treatment effect)

Tableau A43 SMD : mutualistes vs. Non assurés

Variabes	mean_T	mean_C	Diff	Std_diff	Sd_pool	Var_ratio
Niveau éducation	0,547	0,547	9.25e-07	1.86e-06	0,498	1,000
Genre	0,564	0,564	-1.05e-07	-2.11e-07	0,496	1,000
Chef du ménage: Genre	0,206	0,206	-8.59e-07	-2.12e-06	0,404	1,000
Zone de résidence	0,630	0,630	1.65e-07	3.41e-07	0,483	1,000
Compte en banque	0,312	0,312	-4.35e-07	-9.39e-07	0,463	1,000
Bourses de sécurité familiale	0,565	0,565	2.05e-07	4.14e-07	0,496	1,000
Zone géographique 2	0,465	0,465	2.41e-07	4.84e-07	0,499	1,000
Zone géographique 3	0,275	0,275	-1.49e-07	-3.33e-07	0,446	1,000
Chef du ménage: sans éducation	0,610	0,610	1.22e-07	2.51e-07	0,488	1,000
Crise au sein du ménage	0,669	0,669	2.64e-07	5.61e-07	0,470	1,000
Mean standardized diff.	0,000					
Mean absolute standardized diff.	0,000					
Maximum absolute standardized diff.	0,000					

Tableau A44 SMD : mutualistes vs. Assuré AMO

Variabes	Mean_T	Mean_C	Diff	Std_diff	Sd_pool	Var_ratio
Niveau éducation	0,547	0,547	-1.00e-07	-2.01e-07	0,498	1,000
Genre	0,564	0,564	-3.04e-07	-6.13e-07	0,496	1,000
Chef du ménage: Genre	0,206	0,206	-5.42e-07	-1.34e-06	0,404	1,000
Zone de résidence	0,630	0,630	1.59e-07	3.29e-07	0,483	1,000
Compte en banque	0,312	0,312	-2.47e-08	-5.33e-08	0,463	1,000
Bourses de sécurité familiale	0,565	0,565	-1.24e-07	-2.49e-07	0,496	1,000
Zone géographique 2	0,465	0,465	-7.50e-08	-1.50e-07	0,499	1,000
Zone géographique 3	0,275	0,275	5.32e-08	1.19e-07	0,446	1,000
Chef du ménage: sans éducation	0,610	0,610	-3.50e-08	-7.18e-08	0,488	1,000
Crise au sein du ménage	0,669	0,669	2.73e-07	5.81e-07	0,471	1,000
Mean standardized diff.	-0,000					
Mean absolute standardized diff.	0,000					
Maximum absolute standardized diff.	0,000					