



Présentation du projet de recherche doctorale
Couverture santé universelle et équité :
Analyse socio-anthropologique des politiques d'accès aux
services de santé au Bénin et au Sénégal

Céline Deville – Doctorante

Sous la direction de M. Poncelet et F. Fecher

Projet ARC « Effi-Santé »

Sociologie du développement – Pôle Sud,
Faculté des sciences sociales, Université de Liège

celine.deville@uliege.be

Problématique

- ▶ La CSU comme objectif : « vise à constituer de nouvelles configurations d'acteurs et d'objectifs, au plan global, selon un consensus éthique et faiblement normatif » (*Nauleau, Destremau et Lautier, 2013 : 145*)
- ▶ Technical vs. political concept : « UHC is expensive and redistributive, that is enough to make it contentious » (*Greer & Mendez, 2015*)
- ▶ L'équité semble implicite mais n'est pas automatique (*O'Connell et al. 2014*)
 - ▶ Le développement de l'assurance maladie est basé sur la contribution des assurés, et entraîne donc l'exclusion de ceux qui ne peuvent pas payer la cotisation (*Letourmy, 2008*)
 - ▶ Des mesures spécifiques doivent être mises en place pour les plus pauvres ou « indigents »
 - ▶ L'exemption de paiement n'est pas toujours suffisante pour augmenter l'utilisation des services de santé par les indigents (*Atchessi et al., 2015*)

Question de recherche et niveaux d'analyse

Les politiques de CSU développées au Bénin et au Sénégal permettent-elles d'améliorer l'équité d'accès aux soins de santé ?

► Niveau international :

Emergence et mise à l'agenda international du concept de CSU

► Niveau national :

Processus d'élaboration des politiques nationales de CSU au Bénin et au Sénégal

► Niveau local :

Mise en œuvre et résultats des stratégies d'accès aux services de santé, en particulier ciblées sur les plus pauvres

Méthodologie

- Une approche socio-anthropologique *ancrée* dans le terrain :
 - Terrain exploratoire (2016)
 - Terrains de recherche à Kaolack (sept.-oct. 2017) et à Dakar (déc. 2017)
 - Terrain de recherche à Foundiougne (2018)
- Collecte de données qualitatives :
 - Entretiens semi-directifs avec les différentes parties prenantes, y c. les bénéficiaires
 - Observation non-participante
- Récolte des données quantitatives disponibles
- Triangulation avec la littérature (grise et scientifique) sur la CSU et les « indigents »
- Approche comparative Bénin-Sénégal

(1) Emergence et mise à l'agenda international du concept de CSU

- Historique de l'émergence du concept de CSU: quelles institutions l'ont développé et véhiculé ? Pourquoi?
 - Remise en question progressive du paiement direct
 - Résurgence du critère d'équité au-devant de la scène internationale
 - Contexte de l'agenda de la lutte contre la pauvreté
- Quelles sont les grandes orientations et recommandations internationales pour progresser vers la CSU en favorisant l'équité ?
- Expérience de quelques pays pionniers en matière de CSU et d'équité

(2) L'élaboration des politiques et stratégies nationales de CSU

“The complex political waters of health reforms aimed at achieving universal health coverage” (Fox & Reich, 2015)

- ▶ Comment les politiques de CSU ont-elles été élaborées au niveau national ?
- ▶ Quelles configurations d'acteurs (nationaux et internationaux) y ont contribué ? Quels « entrepreneurs politiques » l'ont porté ?
- ▶ Comment l'objectif d'équité se traduit-il dans les stratégies adoptées par ces pays ?
 - ▶ Équité horizontale ou équité d'accès aux services de santé
 - ▶ Équité verticale ou équité du financement de la CSU
- ▶ Quels ajustements ? Quelles questions sont au cœur des débats actuels ?

(3) Les stratégies de CSU à l'épreuve du terrain : Analyse de la mise en œuvre - Cadres d'analyse

- Focus sur des stratégies visant l'amélioration de l'accès aux services de santé des plus pauvres. Au Sénégal :
 - L'enrôlement des bénéficiaires de BSF dans les mutuelles de santé à Kaolack
 - L'adhésion villageoise (Foundiougne et Kaolack)
- Comparaison [Bénin-Sénégal] des processus de ciblage et de leur efficacité
- Mise en œuvre de ces stratégies dans les postes et centres de santé:
 - Effectivité de la mesure et difficultés de mise en œuvre (y c. liées à l'influence d'autres stratégies)
 - *Implementation gaps*, logiques d'acteurs, normes officielles et normes pratiques (Olivier de Sardan, 2008)
 - Relations et « flux » entre mutuelles, prestataires, collectivités locales et autorités nationales

(3) Les stratégies de CSU à l'épreuve du terrain : Analyse de la mise en œuvre - Résultats provisoires

- Les bénéficiaires de G1 et G2 sont effectivement enrôlés et pris en charge
- Coût de la prise en charge du paquet de base pour les bénéficiaires de G1 dans deux mutuelles de santé de Kaolack (2016) :
 - Coût moyen par bénéficiaire : 3.653 FCFA (mutuelle rurale) et 2.175,44 FCFA (mutuelle péri-urbaine)
< subvention de 3.500 + 1.000 FCFA de ticket modérateur
 - Respectivement 75% et 66% des coûts proviennent des pharmacies privées !
- Emprunts à l'Union Régionale pour honorer les factures des prestataires en cas de retard de la subvention
- Les bénéficiaires G3 n'ont pas encore reçu leur carnet dans certaines mutuelles
 - Crainte d'une forte augmentation du coût des prestations avec la G3
 - Divergence de logique avec l'ACMU (prépaiement vs. paiement *ex post*)

(3b) Les stratégies de CSU à l'épreuve du terrain : Accès aux soins de santé pour les plus pauvres

- Analyse de l'utilisation des services de santé par les bénéficiaires de 1^{ère} génération à Kaolack :
 - Certains bénéficiaires utilisaient déjà les services de santé publics lorsqu'ils en avaient besoin avant l'enrôlement dans la mutuelle de santé
 - Les bénéficiaires de la BSF ne semblent pas surconsommer, malgré la « gratuité » (taux d'utilisation de 0,46 par personne et par an dans la mutuelle rurale)
- Cadre d'analyse : la typologie du « non-recours » (Warin, 2012)
 - Non-réception, non-information et non-demande
 - Analyse de l'effectivité, de l'efficience et de la pertinence de la mesure
- Persistances de barrières à l'accès :
 - Barrière financière (maladies non prises en charge, coût d'opportunité)
 - Accès géographique
 - Perception de la qualité du service et stigmatisation
 - Perception de la maladie et préférence pour d'autres recours

Perspectives

- Traitement des données de terrain (retranscriptions, codage)
- Finalisation de premiers *drafts* de chapitres de la thèse
- Diffusion des premiers résultats de la recherche
- Collectes de nouvelles données au Bénin et au Sénégal en 2018
- Analyse comparée Bénin-Sénégal
- Croisement des résultats de recherche des thèses ARC et PRD
- Recommandations et pistes de recherche complémentaires

Bibliographie indicative

- 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*, 31(5), 674–681. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv135>
- 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*, 40(5), 1023–1060. <https://doi.org/10.1215/03616878-3161198>
- Greer Scott L., Méndez Claudio A. (2015). “Universal Health Coverage: A political struggle and governance challenge”, *American Journal of Public Health*, Vol 105, s637-639.
- Letourmy A. (2008). “Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : l'exemple des pays africains”, *C.R. Biologies* 331, pp. 952-963.
- Nauleau, M., Destremau, B., & Lautier, B. (2013). « En chemin vers la couverture sanitaire universelle »: Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Revue Tiers Monde*, 215(3), 129. <https://doi.org/10.3917/rtm.215.0129>
- Olivier de Sardan J.-P. (2008). « A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique », *Afrique : pouvoir et politique*, Discussion paper n°5, Overseas Development Institute.
- O'Connell T, Rasanathan K, Chopra M (2014). What does universal health coverage mean? *Lancet* 383(9913): 277–79.