



**« La Protection Sociale en Santé, un chemin de
lutte contre les inégalités »**

Conférence internationale

10-13 mai 2022 NIAMEY NIGER

Rapport

Table des matières

« La Protection Sociale en Santé, un chemin de lutte contre les inégalités »	1
10-13 mai 2022 NIAMEY NIGER.....	1
1 La première journée.....	3
1.1 Première partie	3
1.2 La seconde partie	4
1.2.1 Le premier thème.....	4
1.2.2 Le second thème	4
1.2.3 Le troisième thème	5
2 La deuxième journée	6
3 La troisième journée	9
3.1 Expériences actuelles.....	9
3.1.1 En matière d'organisation de la protection sociale	9
3.1.2 En matière de prise en charge	10
3.1.3 En matière de financement.....	10
3.1.4 En matière de régulation	10
3.2 Ce qui aurait pu être mieux organisé.....	10
3.2.1 La faible volonté politique	10
3.2.2 L'institutionnalisation de la protection sociale en santé	11
3.3 Débat.....	12
3.3.1 Gouvernance	12
3.3.2 Financement	13
3.3.3 Service/offre	14

1 La première journée

La première journée de la conférence a été scindée en deux temps, tout aussi importants, avec une première partie de nature politique et une seconde partie plus stratégique concernant la protection sociale en santé ainsi que la couverture universelle en santé. Cependant, les messages généraux de cette première journée se recoupent entre ces deux parties et nous en proposons trois dans l'encadré 1 plus bas.

1.1 Première partie

La première partie de la journée a donc permis de donner la parole à plusieurs représentants officiels des parties prenantes de la conférence, tant au plan du Gouvernement du Niger que de la région de Niamey et des partenaires internationaux co-organisant et co-finançant la conférence. Les responsables politiques du Niger et de l'OMS ont ainsi permis d'ancrer la conférence dans les objectifs de développement durables (ODD) et de rappeler que la volonté des pays à développer des politiques de protection sociale s'inscrit aussi dans ce socle mondial et ces engagements internationaux. Il s'agit bien d'objectifs globaux, qui servent de boussole à tous les pays, à tous les programmes. Leur convocation au début de cette conférence a permis à tous les participants de se souvenir de leur importance. L'appel à ces ODD a aussi été une occasion pour de nombreuses personnes de rappeler leur perspective intersectorielle et donc le besoin de ne pas limiter la protection sociale en santé à la seule prise en charge des personnes malades par des systèmes de santé formels. Beaucoup ont ainsi mis en avant les déterminants sociaux de la santé (même si les termes ne sont pas employés) comme l'insécurité alimentaire, l'accès à l'eau, à l'éducation ou le pouvoir d'agir des femmes pour montrer qu'il est indispensable de disposer d'une vision globale et holistique de la santé. Le gouverneur de la ville de Niamey a même profité de l'occasion pour rappeler que sa ville et son pays subissent aussi des chocs liés aux changements climatiques dont il faudra tenir compte, y compris dans la protection sociale en santé et la résilience des systèmes de santé. Si cette résilience est souvent comprise comme la capacité des systèmes à faire face à des chocs, elle devrait aussi être entendue au sens de sa réactivité, donc de la mesure du système à tenir compte des avis des usagers, point mis en avant par la Ministre belge de la coopération au développement mais aussi plusieurs représentants de la société civile dans la salle. Le premier ministre du Niger n'a donc pas hésité à rappeler l'importance d'impliquer la société civile dans toutes les réformes sanitaires et de redonner plus d'humanité à nos actions en nous exhortant à agir.

En outre, beaucoup ont déploré la fragmentation des systèmes de santé et notamment de leurs stratégies de financements. Ainsi, la représentante de l'OMS a rappelé les liens étroits entre la protection sociale en santé, la couverture en santé universelle et les inégalités sociales de santé, thème central de la conférence. Elle en a profité pour expliciter les besoins en financement public des systèmes de santé et montré aussi combien les estimations des comptes nationaux de la santé, par exemple de 2020 au Niger, peuvent être très utiles pour guider les réflexions. La Ministre belge de la coopération au développement en a profité pour mettre en avant les défis de l'accès financier aux soins de santé et le besoin de trouver des solutions pour réduire les paiements directs des soins, toujours présents et imposant une barrière infranchissable pour de nombreuses personnes.

A l'instar de ces informations sur la protection financière, l'utilisation de données et plus globalement l'apprentissage et la capitalisation des expériences ont été souvent mis en avant par les différents panelistes de cette session d'ouverture, « donner et recevoir » a-t-on évoqué pour traduire cette approche. Mais, comme l'a noté l'Ambassadeuse du Royaume de Belgique au Niger, il ne s'agit pas de transférer des modèles prêts à l'emploi d'un contexte à l'autre

mais de tenir compte des leçons apprises ailleurs pour les adapter aux environnements locaux et populations particulières. Et dans ce processus d'apprentissage, beaucoup ont rappelé le besoin d'un dialogue politique et d'un leadership gouvernemental politique fort et déterminé pour trouver des solutions aux besoins des populations en protection sociale et en santé. Les prises de paroles du Premier ministre du Niger et de son collègue le ministre de la Santé ont ainsi été des moments très forts pour montrer combien leurs engagements sont sans équivoque. Ainsi, le Niger a pris la mesure des limites des mutuelles communautaires mais aussi des défis des politiques d'exemption du paiement des soins qui ne se sont pas toujours donnés les moyens de leur ambition, comme cela a aussi été rappelé par des collègues de l'OMS à Genève. Suivre l'engagement du Niger à rendre plus cohérent, plus efficient et plus rationnels ses systèmes de financement de la santé par l'intégration des mécanismes d'assurance maladie au sein de la nouvelle INAM sera essentiel. De même, la volonté de s'engager dans trois districts qui vont tester l'assurance maladie à grande échelle et professionnelle, à l'image de l'expérience sénégalaise, mérite une attention particulière afin de s'assurer de la prise en compte des particularités du contexte nigérien.

1.2 La seconde partie

La seconde partie de cette première journée a permis de présenter des dimensions stratégiques concernant la Protection Sociale en Santé (PSS) et la CSU. Si ces éléments étaient nécessairement globaux, génériques et parfois normatifs, ils ont eu le mérite de permettre aux participants d'avoir une vision globale des enjeux contemporains pour mieux apprécier les présentations plus concrètes, locales et empiriques de la seconde journée à partir des expériences dans quelques pays. Ces débats de cet après-midi ont permis de rappeler quelques grands principes essentiels que l'on a parfois tendance à oublier ou que l'on n'a pas toujours le temps d'aborder dans nos interventions et actions de terrain. En étant attentifs aux discours, nous pourrions tomber dans une certaine dichotomie, ou bi-polarité pour reprendre un terme du domaine de la santé mentale. En effet, cette première journée pourrait être perçue comme un appel à l'innovation alors que beaucoup des présentations laisse croire à la permanence des défis sans que des solutions ne semblent avoir été trouvées depuis des lustres. Ainsi, nous pourrions être pessimistes ou optimistes en profitant de cette fenêtre d'opportunité offerte par la conférence pour déclarer qu'il est temps de changer, de tester, de réformer et surtout d'innover, tout en n'oubliant pas de les adapter aux contextes locaux et de les étudier de manière rigoureuse et sans conflit d'intérêt. Pour illustrer cette vision bipolaire, les présentations ont mis en avant trois thèmes principaux sur lesquels il semble urgent d'agir. L'exhortation du premier ministre est certainement à prendre au sérieux par les techniciens que nous sommes.

1.2.1 Le premier thème

Le premier thème est celui de l'équité, qui est la préhistoire de la santé publique et qu'il est surprenant de devoir de nouveau définir comme, et c'est une définition parfaite, « payer en fonction des moyens et utiliser en fonction des besoins ». La pandémie a confirmé que l'on ne tient quasiment jamais compte de l'équité quand on formule des politiques puis quand on les met en œuvre. Elle semble systématiquement oubliée et « s'il faut marcher avant de courir », il ne faut pas privilégier l'efficacité et la performance au détriment de l'équité.

1.2.2 Le second thème

Le second thème abordé est celui du financement de la santé, il a été central car il est central mais il ne doit pas monopoliser le débat. Plusieurs discussions ont eu lieu sur la proposition d'un financement par capitation et notamment sur la pertinence de sa mise en œuvre dans nos contextes ou plus exactement sur les conditions à remplir pour son organisation. C'est aussi intéressant que ce sujet ait été abordé car s'il ne relève pas de la pré-histoire comme

l'équité, il reste historique et très ancien. La capitation est au cœur des débats des experts du financement de la santé depuis très longtemps et n'a pas encore vraiment été acceptée dans de nombreux pays du Nord, notamment par certains professionnels de la santé qui restent attachés à leur paiement à l'acte. De plus, deux éléments de l'histoire ancienne sont revenus dans les débats, soit celui des soins de santé primaires (SSP) et de l'initiative de Bamako (IB). Il est agréable d'entendre que le focus est toujours mis sur les SSP même si collectivement nous ne parvenons toujours pas à les faire fonctionner à 100% de leurs capacités. En effet, si l'on se réfère aux études de Dugbatey dans les années 1980 comparant les pays en Afrique ou aux expériences ailleurs dans le monde en Asie ou Amérique Latine, il y a peu de doute sur l'efficacité des SSP. Pourtant, nos pays investissent peu dans les SSP et l'hospitalo-centrisme est toujours de rigueur à l'échelle de la planète, la pandémie de COVID-19 n'ayant fait que renforcer la place des hôpitaux dans la santé.

1.2.3 Le troisième thème

Enfin, le troisième thème central des débats de l'après-midi a été l'importance de penser global et systémique, de lutter contre les approches en silo qui ont provoqué, depuis très longtemps, la fragmentation¹, une des raisons des défis de la mise en œuvre des SSP, que l'on connaît et qui a été l'objet de longues discussions par les panélistes et les participants. Une approche, qui opérationnalise en quelques sortes la CSU, a été présentée par Enabel qui se fonde sur un double focus, l'offre de soins et de services (SSP) et un système unique de protection sociale en santé (PSS) qui remplit trois fonctions, l'assurance, la garantie de l'accès aux services et aux soins pour les personnes indigentes et le droit à la santé ainsi que la défense des droits des assurés. La coordination des bailleurs, le dialogue politique favorable à la santé et la participation sociale pour plus de justice et d'inclusion ont été mis en avant par les participants comme de possibles solutions. La question qu'il faut se poser maintenant est celle du contexte actuel, a-t-il changé et est-il plus propice à une approche holistique allant contre la fragmentation.

Encadré 1 : les trois messages clefs du premier jour

- 1. Dans la dynamique de mise en place de la CSU, la référence à l'expérience des autres est une variable importante. Cette démarche permet de s'inspirer de leurs réussites, d'éviter leurs erreurs et de gagner ainsi en efficacité ;*
- 2. Dans le processus de mise en place de la CSU, il n'y a pas de recette toute faite, qui peut fonctionner partout. La référence au contexte est une démarche impérative pour la mise en place de la CSU ;*
- 3. La mise en place de la PSS, comme un élément de la CSU, nécessite une volonté politique forte. En tant que « coordonnateur du processus », l'Etat doit apporter un financement additionnel, créer un environnement social favorable (en définissant des lois adaptées), des conditions de la participation sociale et une volonté de traiter l'accès aux services et aux soins pour toutes et tous dans un seul système basé sur la solidarité et l'équité. Certains intervenants ont estimé que « quand les dirigeants s'engagent, la confiance s'installe, et les autres parties prenantes suivent »...ou presque ; D'autres ont soutenu que l'engagement de toutes les parties prenantes ne va pas de soi, et que la régulation étatique reste nécessaire : dans un contexte où 80% de la population évolue dans le secteur dit informel, « les gens ne voudront jamais contribuer si on leur laisse le libre choix ». Un consensus est apparu sur la nécessité d'introduire une telle obligation même si certains pays préfèrent aujourd'hui attendre pour rendre l'AMU obligatoire pour la*

¹ Par exemple avec des projets et des financements dévolus à certains publics (indigents, enfants, femmes enceintes, etc.) ou certaines maladies, plutôt qu'au système dans son ensemble

population du secteur informel que l'offre de soins et le système de protection sociale en santé aient acquis une crédibilité suffisante auprès des citoyens.

Les défis sont nombreux et la seconde journée a laissé la parole à plusieurs expériences locales et nationales.

2 La deuxième journée

Cette seconde journée de la conférence a orienté les débats sur des aspects plus techniques et opérationnels, éclairés par les échanges politiques et stratégiques de la veille. Nous avons eu une série de présentations concernant des pays en particulier, qui ont permis de mettre en avant des éléments importants : la mise en exergue de la permanence de certains défis pour la protection sociale en santé et la CSU et des pistes de solutions. Une analyse transversale et exploratoire de la journée nous permet de proposer une courte liste de quelques facteurs potentiellement favorables.

D'abord, en ce qui concerne les défis, de nombreuses présentations ont permis de montrer que si les contextes changent et la situation sanitaire des populations s'améliore le plus souvent, certains problèmes persistent. Ces défis sont de multiples ordres et concernent de nombreux niveaux de nos systèmes de santé tant du côté de l'offre de soins que de la demande mais aussi de l'interaction entre les deux. La barrière financière à l'accès aux soins de santé a été de nouveau explicitée dans certaines présentations, tant en mettant en avant les défis du paiement direct au point de service comme on l'a vu pour les personnes en situation de handicap au Bénin (une des rares études sur le sujet), que pour les indigents de la Mauritanie. Si l'exemption du paiement des soins s'est montrée parfois efficace et faisable, comme au Sénégal où une expérience tente de l'intégrer dans une assurance maladie à échelle départementale ou au Rwanda qui est un des rares pays à organiser une progressivité du paiement de la prime assurantielle, elle ne semble pas suffisante pour les populations les plus pauvres qui ont besoin d'une prise en charge globale et de leurs besoins afin qu'ils puissent bénéficier de leurs droits. Ceci devrait rester au centre de nos préoccupations.

Des présentations ont montré le rôle des organisations de la société civile dans la structuration de la demande de soins, comme les mutuelles, ou dans l'organisation du droit à la parole des usagers des services de santé comme au Bénin. Pour évoluer vers toujours plus d'équité, dans la poursuite de nos échanges, posons-nous toujours la question de savoir si nous représentons bien les populations que nous voulons défendre, notamment les plus pauvres.

En outre, l'articulation entre les services de l'État civil et l'immatriculation des indigents dans les systèmes assurantiels pour favoriser l'équité a été parfaitement abordée, en notant le besoin d'interopérabilité progressive sans se risquer à une fusion, justement risquée, présentée par les collègues belges. L'équité reste donc un défi énorme et ce n'est évidemment une surprise pour personne dans la salle. Pourtant, la présentation de notre collègue de l'ULB a montré que sa définition était aussi floue que son application concrète était parfois faible. L'équité sera encore plus au cœur des débats lorsque l'on devra tenir compte de la fameuse transition épidémiologique, expliquée par les collègues d'Enabel, où les maladies non transmissibles se superposent, dans notre contexte, aux maladies transmissibles et aux épidémies sinon aux pandémies. La pression sur les systèmes de santé et leur financement,

sur le paquet de soins pris en charge par les assurances, déjà loin de répondre aux besoins, comme cela a été présenté au premier jour, sera grande à l'avenir.

Ensuite, à cause de la permanence de ces défis, de nombreux pays ont organisé de multiples pistes de solutions allant de politiques publiques comme au Sénégal, à des actions plus régionales au Niger ou plus locales comme en Mauritanie. Le passage à une grande échelle, qu'elle soit nationale au Rwanda ou départementale, pour le moment, au Sénégal, montre la pertinence qu'un partage des risques à grande échelle est essentiel. Les expériences trop locales ne devraient pas perdurer trop longtemps après les premières expériences visant à démontrer la preuve du concept. La comparaison de l'expérience du Sénégal avec celle de la Mauritanie, et certainement celle du Burkina Faso dont on parlera plus tard dans la conférence, montre que les mutuelles peuvent être potentiellement utiles pour l'intégration des exemptions de paiement mais seulement lorsque l'on passe à une grande échelle. La délégation de certaines fonctions de l'État aux mutuelles, tant pour la gestion que pour le contrôle médical ou des activités sociales par exemple, est au cœur d'un débat international et sera abordée lors d'une réunion organisée fin juin à Genève par le BIT. Il ne s'agit pas de dire que les initiatives locales et à petite échelle ne sont pas utiles mais elles doivent, si elles sont démontrées (rigoureusement) comme efficace, équitable et acceptée socialement, passer plus vite à plus grande échelle et participer à la construction d'une PSS nationale. États et partenaires au développement ont certainement une responsabilité à cet égard. Le cas de la Mauritanie montre que c'est plus facile à dire qu'à faire pour les indigents, mais les collègues de ce pays nous présenteront d'autres expériences plus convaincantes dans la journée. Un élément important dans cette question de l'échelle est celle du caractère volontaire de l'adhésion aux assurances. Les mutuelles au Rwanda ont rendu l'adhésion quasi-obligatoire. On a vu dans les débats sur l'État civil, qu'il est certainement utile de rappeler que plusieurs États de la région s'interrogent actuellement sur les moyens d'utiliser ces documents d'état civil pour inciter les populations à s'assurer. De plus, la question de la professionnalisation de la gestion des mutuelles, mais aussi des organisations de la société civile, a été abordée dans plusieurs présentations et sera certainement un point d'attention important tant on a vu dans les débats la complexité des opérations bureaucratiques des assurances, du FBR, des mutuelles, etc. En outre, la grande majorité des présentations a montré que les subventions de l'État sont indispensables, tant pour les subventions des cotisations aux mutuelles ou la prise en charge complète de la cotisation pour les personnes indigentes. On en revient donc au besoin d'un accroissement des financements publics et des enjeux de pérennité, qui ont été longuement abordés dans l'évocation de l'arrimage entre le FBP et l'assurance puisque nous savons que le premier est quasiment totalement dépendant des financements internationaux.

Le financement additionnel n'a été donné qu'à la condition que certains aspects 'qualité' et 'équité' soient présents. Il a donc permis à la fois d'améliorer la performance de l'offre et de recapitaliser le système de soins. Des réflexions prospectives sont menées pour envisager comment une assurance maladie peut remplacer en tout ou en partie le FBP qui pourrait rester une modalité de financement institutionnel de l'offre de soins (voir réforme des finances publiques et du budget programme qui se développe dans plusieurs pays présents à la conférence)

Notre collègue de l'UCL nous a montré qu'en Europe et en Amérique du Nord, la notion de paiement à l'acte tendait à laisser la place à un paiement 'forfaitaire' par système local de services et de soins où les indicateurs ne sont utilisés que comme outil d'apprentissage sur les systèmes locaux.

Mais les pays du Nord sont loin de toujours avoir raison, l'avenir nous le dira. Ensuite, il faut aussi rendre les modalités de paiement plus transparente pour les personnes qui sont en mesure de payer, d'où les expériences intéressantes du Niger et du Sénégal sur la tarification forfaitaire, qui peut dans un premier temps être subventionnée. Cette transparence pour les usagers et la population renvoi, encore une fois, au débat de la veille sur le besoin de renforcer la réactivité des systèmes de santé et de leurs ressources humaines mais aussi leur capacité à maîtriser les coûts, notamment avec le contrôle médical, et la qualité des soins.

Enfin, une analyse transversale de ces présentations et de toutes les réflexions et commentaires proposées durant les séances de discussions, peuvent permettre de relever certains facteurs favorables au développement de la protection sociale en santé et de la CSU. Voici quelques-uns de ces éléments qui nous ont semblé essentiels :

- S'assurer de disposer d'un financement public et de réduire la dépendance aux bailleurs de fonds internationaux
- Planifier des activités favorables à la pérennité au début des projets et des interventions qui sont souvent sur le temps long, les projets de trois ans sont trop courts
- Disposer d'un leadership politique, organisationnel et individuel pour impulser et soutenir durablement le changement
- Évaluer, analyser, apprendre, corriger et avancer, s'inscrire dans des organisations apprenantes et dans l'utilisation des connaissances expérientielles (par ex calculs de coûts, de fardeaux des maladies, etc.) et issues de la recherche
- Profiter du potentiel de la digitalisation mais tenir compte de ses défis et des contextes locaux
- Disposer d'un ancrage et d'une appropriation au niveau local et régional, politique et communautaire
- Mobiliser des ressources humaines (tant de l'offre que de la demande) motivées, dédiées, professionnelles et justement rémunérées
- Organiser une gouvernance inclusive et réactive
- Penser à la faisabilité de l'universalisme proportionné

Les trois messages clefs de la journée sont présentés dans l'encadré 2.

Encadré 2 : les trois messages clefs du deuxième jour

1. La société civile a un rôle important dans la mise en œuvre des politiques de protection sociale. Elle possède un rôle de contre-pouvoir : elle protège les droits à la santé des populations (à travers la gestion des plaintes, la dénonciation des abus) (cas des PUSS). Elle mène également des actions de plaidoyer et de sensibilisation ; elle prend une part active dans la mise en œuvre des programmes (ROASEN Niger) ; elle possède un ancrage local et entretient des rapports de confiance avec les populations.

Toutefois, l'engagement de la société civile peut parfois être limité par le volontariat et la représentativité effective des populations qu'elle défend avec ardeur, notamment les plus pauvres.

2. Importance de la communication constructive : le Président des UDAM du Sénégal disait : « il faut accepter de perdre du temps au départ pour en gagner après » ; « Rien ne sert de courir... » ; « Pour que la population s'approprié le modèle, il faut communiquer avec elle », à travers ses différents segments (élus, autorités administratives, leaders d'opinion, etc.) ;

Toutefois, cette communication doit être empreinte de respect mutuel entre les différents acteurs et de respect des engagements pris par les uns et les autres, notamment entre l'offre et la demande

3. La protection sociale protège véritablement si elle est à grande échelle et avec l'aide de professionnels. Dans le cas du Sénégal « ceux qui ont leur carte d'adhérents peuvent bénéficier de toutes les prestations au sein du département », et « ceux qui ont un problème de santé, ce sont ceux qui ne sont pas assurés ».

Toutefois, il y a des défis d'équité (cas du Rwanda) et de pérennité (cas de la mutuelle Dar Naïm (Mauritanie) dont la Directrice adjointe disait : « après 17 ans, nous n'avons pas pu aller là où on pourrait être »), et que « les personnes qui sont sorties de la mutuelle ont très vite fait face à des problèmes de santé » et sont « retombés dans la spirale de la pauvreté ».

3 La troisième journée

Au cours du troisième jour, nous avons entendus les présentations des 10 pays participants et avons travaillé en groupe sur 8 thèmes centraux. Dans les présentations des 10 pays, quatre points ont été abordés : i) le contexte national, ii) l'option retenue par le pays, iii) l'état d'avancement dans la mise en œuvre de la CSU et iv) les leçons apprises, en distinguant ce qui a marché, les défis et les perspectives. Ainsi, on peut resserrer l'exposé autour de trois points : (a) les expériences actuelles, (b) ce qui aurait pu marcher et (c) les leçons à tirer.

3.1 Expériences actuelles

3.1.1 En matière d'organisation de la protection sociale

La mise en place d'un cadre légal et institutionnel pour la mise en œuvre de la protection sociale est effective ou en cours dans tous les pays. Dans la plupart d'entre eux, le gouvernement a défini une politique en la matière. Il a pris des textes pour organiser cette réforme et mis en place des organes pour la gérer. On peut toujours revoir certains textes, ou améliorer certains arrangements institutionnels. Mais l'existence du cadre est, en soi, un acquis. Les options retenues sont très variables selon les pays. La plupart d'entre eux ont opté pour une gestion séparée des fonctions essentielles de la PSS :

- a) la gestion individuelle de la fonction assistance, qui se traduit par une gratuité totale ou partielle pour certaines catégories (femmes enceintes, enfants de 0-5 ans, personnes vivant avec un handicap, personnes démunies, personnes vivant avec le VIH, etc.), ou pour certaines pathologies (tuberculose, cancer du sein, cancer du col de l'utérus, dialyse, etc.).
- b) la gestion isolée de la fonction 'prévoyance' souvent appelée fonction assurance, qui implique une contribution soit obligatoire, particulièrement pour les agents de l'Etat par exemple, ou volontaire organisé par les compagnies privées d'assurance ou les mutuelles de santé .

Il est clair que cette diversité de formes d'organisation rend compte de la fragmentation du système de protection sociale dans la plupart des pays. Toutefois, beaucoup sont encore à la phase pilote, et ils finiront bien par retrouver leurs marques grâce à des ajustements successifs.

3.1.2 En matière de prise en charge

La mise en place des mécanismes de protection sociale aurait permis de changer la vie de plusieurs millions de personnes : des milliers de vies sauvées, des handicaps évités ou réduits et, finalement, des heures de travail gagnées, donc des milliards engrangés. Par ailleurs, la mise en place des mécanismes de protection sociale a enclenché une dynamique de professionnalisation du secteur. Ce dernier fournit désormais du travail à des milliers de personnes, renforce les compétences de plusieurs autres et améliore les conditions de vie de milliers de familles.

3.1.3 En matière de financement

Les États font des efforts pour faire avancer la réforme. Ainsi, au Burkina Faso, les pouvoirs publics paient 80% des factures ; au Sénégal, l'État respecte ses engagements en libérant sa contrepartie. Il en est de même de la Côte d'Ivoire, ou de la Mauritanie où les ressources ne posent pas de problème. Enfin, au Togo, les cotisations des employés des secteurs publics et privé sont prises en charge à hauteur de 50% par l'État.

3.1.4 En matière de régulation

Dans certains pays, cette régulation est assurée par les Comités régionaux qui se réunissent une fois par an pour évaluation de la satisfaction. Ces structures sont en grande partie constituées de représentants de travailleurs lesquels occupent six sièges sur 10 lors des réunions du Conseil d'administration de l'INAM (Togo), par exemple. Dans ce pays, certains contentieux sont réglés par les mécanismes internes aux mutuelles. Au sein du même institut, il y a un Comité dérogatoire interne qui reçoit et traite les recours des bénéficiaires, de même qu'un numéro vert pour recevoir les réclamations. En Côte d'Ivoire, des ONG sont enrôlées pour assurer le contrôle des mutuelles afin d'identifier des fraudes éventuelles. Au Burkina Faso, le système repose désormais sur la dématérialisation de la facture : les « transactions » s'effectuent en ligne, ce qui permet de gagner du temps et de minimiser les arrangements frauduleux par les acteurs.

3.2 Ce qui aurait pu être mieux organisé

D'une manière générale, la mise en place de la protection sociale en santé comporte deux grands défis. D'un côté, la faiblesse de la volonté politique et, de l'autre, la faible institutionnalisation des mécanismes de protection sociale en santé.

3.2.1 La faible volonté politique

La protection sociale en santé constitue une priorité des États dans l'ordre du discours, mais pas dans l'ordre des faits. En effet, elle repose davantage sur des financements extérieurs que sur les ressources domestiques. Les budgets alloués à la santé sont inférieurs au seuil fixé par l'OMS, encore moins à celui de la Conférence des Chefs d'Etat d'Abudja (15%). De fait, la plupart des Etats ne mentionnent pas de sources de financement durable de leurs systèmes de protection sociale. Quant aux Collectivités territoriales, pressenties pour servir de relais locaux aux systèmes de protection sociale, elles n'ont pas une assiette financière suffisante ni les capacités de mobilisation de ressources leur permettant de mener à bien cette mission. Au Niger et en Guinée, leur contribution au budget de santé n'est que de 0,2%. En termes de répartition des ressources disponibles, une part importante du budget alloué à la santé est absorbée par le niveau central. Cette répartition se fait donc au détriment des zones rurales. Cependant, au-delà de la faible allocation des ressources, il existe des problèmes de consommation des crédits disponibles par les cadres des administrations. En Guinée par exemple, seuls 46% du budget alloué annuellement à la santé est réellement consommé. Cette situation ne favorise pas toujours une allocation de budget conséquent à la santé. Il ne semble

pas y avoir suffisamment de dialogue social, de rencontres institutionnalisées entre l'État et les citoyens

3.2.2 L'institutionnalisation de la protection sociale en santé

On observe une faible couverture en protection sociale en santé dans la région, y compris pour les mutuelles de santé. Il importe donc d'intensifier, notamment, la communication. Par ailleurs, le périmètre des prestations dans le cadre de la protection sociale en santé reste mal défini : ainsi, les maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, cancer, etc.) ne sont pas toujours prises en charge par ces mécanismes, alors que leur fréquence est élevée. De plus, les mécanismes mis en place pour réguler la protection sociale n'ont pas toujours bien fonctionné. C'est le cas de la Caisse de prévoyance et le régime universel au Bénin, ou du Fonds national d'indigence qui peut connaître des ruptures de financement pendant au moins 6 mois. On peut ajouter les structures destinées à recevoir les cotisations des fonctionnaires en 2016 au Togo ou en Guinée qui n'ont jamais fonctionné. De même, la fonction de médecin conseil n'est pas encore suffisamment bien implantée dans plusieurs pays. Il en est de même des instances de protection des droits des usagers (représentants des travailleurs), très peu actives dans ces pays. Enfin, dans la plupart des pays, le secteur dit informel occupe une proportion importante de la population (80% au Niger). Cette population ne ressent pas à priori la nécessité de s'affilier à un régime de protection sociale sauf si on lui en explique les enjeux. Sa conscientisation et son enrôlement dans un système de protection sociale est une tâche essentielle.

Dans l'encadré 3, nous résumons les leçons apprises des expériences des pays

Encadré 3 : les leçons apprises des expériences des pays

- 1. Le respect de ses obligations par l'Etat est indispensable pour la mise en œuvre d'une politique de PSS. Ceci montre que sans volonté politique, toute politique de protection sociale est vouée à l'échec ;*
- 2. On ne saurait parler de politique de PSS sans un renforcement global du système de santé (volet offre). Ce renforcement suppose, une politique judicieuse de ressources humaines en quantité, un financement conséquent et bien réparti, et une politique d'approvisionnement et d'utilisation des médicaments, bref, une bonne gouvernance ;*
- 3. La levée de la barrière financière est une condition nécessaire à la mise en place de la PSS, mais cette condition n'est pas suffisante ;*
- 4. La qualité de l'accueil au sein des formations sanitaires est indispensable pour accompagner le processus;*
- 5. La défense des droits des populations constitue un facteur essentiel à la protection sociale. Elle passe, entre autres, par la communication et l'information sur leurs droits, mais également, par le renforcement des instances de recours et de gestion des plaintes ainsi que la participation des organisations de la société civile, y compris les représentants du secteur dit informel, et des autorités administratives et politiques locales aux instances de décision.*

En guise de synthèse générale, il paraît utile de revenir d'abord sur le processus de notre conférence pour ensuite tenter une synthèse du contenu de nos débats, nonobstant les discussions des travaux de groupe ainsi que les débats des panelistes.

Ainsi, avant d'évoquer le contenu des débats, il est utile de mettre en avant le processus que nous avons vécu durant ces quatre jours. Il faut évidemment saluer l'organisation de la

conférence et l'ambiance studieuse et efficace de l'ensemble des personnes présentes, sur place ou à distance. De telles rencontres sont toujours essentielles et après deux ans de pandémie, nous sommes évidemment tous très heureux de pouvoir nous rencontrer et nous parler, avec ou sans masque, avec ou sans musique pour danser. Le processus que nous avons vécu a l'avantage de permettre à toutes les personnes impliquées dans les interventions de partager leurs expériences. Ces savoirs expérientiels sont essentiels aux discussions et aux échanges et il faut donc ici saluer leur participation et leur souhait de les partager. Les analyses réflexives présentées par les uns et les autres ont souvent été minutieusement préparées en amont et utiles aux réflexions des ateliers de groupe. Bien sûr, ce n'est jamais commode de réfléchir à la manière dont on travaille et il n'est jamais facile, lorsque l'on pense représenter son pays à l'extérieur, d'avoir une distance critique sur ses actions. Mais la critique doit être constructive. Il aurait été cependant certainement salutaire de compléter ces savoirs tacites par des connaissances tirées d'évaluations ou de recherches sur les politiques et interventions présentées par des personnes plus distancées, notamment des scientifiques des pays concernés. Cela sera peut-être une leçon pour la prochaine conférence. Cependant, avec une intensité variable d'une présentation à l'autre du caractère réflexif, on ressort de cette conférence avec la mise au jour de nombreux éléments et dimensions de la protection sociale en santé à renforcer. Il nous reste donc tous ensemble, une myriade de défis à relever et d'actions à mener !

3.3 Débat

Venons-en maintenant au contenu des débats. Que peut-on retenir d'essentiel à partager ? D'abord, le message clef de la conférence reste l'importance de développer, financer et maintenir un système de protection sociale en santé contributif et équitable dans le sens où les personnes incapables de payer seront prises en charge par la solidarité incluant la subvention publique. Ensuite, on peut regrouper cela en trois grandes catégories : la gouvernance, le financement (qui a été central dans les débats et notamment l'équité), et enfin les services.

3.3.1 Gouvernance

- La majeure partie des pays sinon la totalité dispose d'un arsenal juridique, législatifs et stratégique de documents en faveur de la CSU, de la protection sociale en santé. On a entendu les collègues du Bénin évoquer la loi de février 2021 instaurant un caractère obligatoire à une assurance. Cependant, certains se plaignent du temps long des débats, des discussions, des concertations et des dialogues politiques pour établir un consensus (« le consensus c'est bien mais quand on perd du temps dans la discussion »; « 10 ans après les textes... ») et surtout pour que la situation change sur le terrain pour les populations et les professionnels.
- On a constaté que dans beaucoup de pays, contrairement aux idées reçues, les administrations publiques ont souvent été en mesure d'être agiles, de s'adapter aux évolutions, aux contextes parfois difficiles au plan de la sécurité. Au Sahel par exemple, ils ont fait preuve de réactivité.
- Il nous semble cependant qu'il reste encore d'importants chantiers de gouvernance autour des textes réglementaires sur les assurances, des médecins conseils et du contrôle médical, de la digitalisation et du respect de la vie privée dans un contexte où l'on tente (à juste titre) d'informatiser tant l'offre que la demande.
- Si la question des agences est relativement peu traitée dans les recherches sur l'administration publique en Afrique, il est intéressant de noter que quasiment tous les pays sont engagés dans la création d'Agence nationale ou d'Instituts nationaux pour fédérer, coordonner, encadrer ou gouverner les multiples politiques et

programmes de protection sociale. Les défis sont immenses pour ces agences, comme avoir des budgets et des ressources humaines suffisants, ne pas devenir des instruments politiques, être en mesure de résister aux éventuelles pressions « fragmentatrices » des bailleurs.

- Enfin, on constate aussi que pratiquement partout, les pays ont pris la mesure des défis de la fragmentation des multiples politiques d'exemption pour les groupes vulnérables et tentent presque tous maintenant de les intégrer dans ces agences en place ou en cours de création. Ces fusions et intégrations restent donc à être étudiées, évaluées et certainement soutenues par tous les acteurs.

3.3.2 Financement

- Les très anciens constats de la fragmentation des mécanismes de financement et la dépendance aux financements internationaux n'a pas fait défaut à cette conférence. On voit encore que les bailleurs ont un poids financier (et donc certainement idéationnel) énorme et que certains États peinent encore à s'engager dans le domaine de la santé. On a cependant vu des exemples intéressants, au Burkina par exemple, qui pourtant fait face à une crise majeure depuis quelques années, d'accroissement du budget de l'État pour le domaine de la santé. Mais il ne faut jamais se reposer sur ses lauriers et se rappeler que la loi pour la CMU au Burkina devait être votée le jour de la révolte populaire et de l'incendie de l'Assemblée nationale. Tout va en effet vite dans nos contextes.
- En conséquence de ces défis d'un financement public, ce sont toujours et encore les ménages qui paient un lourd tribut pour se soigner. Les chiffres des taux de recours aux soins partagés par certains pays restent alarmants et nous avons tous une responsabilité collective à trouver une solution, au-delà des solutions dont de nombreux pays ont parlé, pour la prise en charge des indigents. Tous les pays ont montré combien la subvention publique était essentielle à l'accès aux soins, à l'adhésion aux assurances y compris pour les personnes vivant dans l'indigence. La question de la navigation du système de santé, donc du besoin d'accompagner les indigents dans l'exercice de leurs droits à l'accès aux soins, pourtant souvent gratuit en principe, a été mis au jour à de nombreuses reprises lors de la conférence pour de nombreux pays, et il sera essentiel que nous ne les oublions pas. Les enjeux autour du nécessaire passage à plus grande échelle de nos assurances et les moyens pour en rendre obligatoire l'adhésion sont certainement l'avenir des défis pour les prochaines années. Le rôle des ministères des finances, parents pauvres dans cette conférence, sera central.
- De plus, même si nous en avons peu parlé, le rôle des collectivités territoriales, tant pour la gouvernance que le financement, est primordial. On a appris que celles de la Guinée n'apportait que 0,2% du budget alors qu'elles devraient s'engager à hauteur de 15%, ce qui rappelle le cas du Mali où ces collectivités territoriales devaient payer 25% des dépenses du RAMEC pour les indigents, ce qui n'a jamais été possible. Il y a certainement des pistes à explorer de ce point de vue même s'il ne faut pas oublier les enjeux d'équité régionale comme cela nous a été brillamment présenté en Ouganda.
- Enfin, au plan plus micro, on a vu les défis pour de nombreux pays de disposer d'une tarification à jour, qui tient compte de la réalité actuelle et du fardeau de morbidité, des défis de la définition du paquet de soins, de l'évolution des besoins et des technologies, du contrôle de la qualité, etc. Plusieurs pays s'engagent dans des processus de digitalisation du paiement, qui ira vite de pair avec celle de la demande, mais avec des défis semblables de technologie, de protection des données, d'interopérabilité, etc.

3.3.3 Service/offre

- La qualité des soins a été relativement peu abordée dans nos quatre jours car nos débats se sont focalisés sur la protection sociale en santé. Cependant, les enjeux du contrôle médical ont parfois été mis en avant dans le contexte de la contractualisation entre la demande et l'offre. L'un des défis abordés par quelques pays est celui des sanctions, ou simplement des procédures mises en place après la plainte de patients ou le contrôle médical. Le passage à l'échelle de l'assurance maladie devra veiller à la laisser 'sociale' en plaçant la participation citoyenne au centre de la construction du système assurantiel. La crise COVID a montré que dans les pays au Nord ou en Afrique où ces modalités de participation des citoyens étaient bien développées, ils ont été souvent ignorés par des réponses étatiques relativement fortes.
- En effet, l'un de débats importants de la conférence a été celui de la place des usagers et des citoyens dans la gouvernance des systèmes de santé et des instances de protection sociale en santé. Plusieurs exemples ont été présentés dans plusieurs pays pour y réaliser avec des numéros verts et des centres d'appels, des enquêtes de satisfactions, des mutuelles de santé, des comités de bénéficiaires, etc. La place de ces mécanismes de participation sociale citoyenne, devient de plus en plus clair et les États apprennent petit à petit à les prendre en considération dans la construction de leur système de protection sociale en santé.

Terminons par deux points ; le premier est un regret, le second est un espoir.

Pour le regret, comme partout ailleurs et comme très souvent dans les conférences sur les inégalités, nous avons surtout parlé de la pauvreté, de l'indigence, de la charité et peu des inégalités. Car lutter contre les inégalités n'est pas se concentrer uniquement sur les plus pauvres, ce qui est nécessaire mais pas suffisant. En effet, il nous faut plutôt, pour lutter contre les inégalités, agir en tenant compte du gradient social de santé qui montre que les phénomènes de santé sont inégalement distribués pour l'ensemble des sous-groupes de nos sociétés, d'où le défi dont nous avons parlé de l'universalisme proportionné cher à Michael Marmot : agir pour tous mais aussi agir de manière proportionnée aux besoins de chaque sous-groupe de nos populations. Un cadre d'échange permanent et dynamique sur les bonnes pratiques à cet égard devient urgent à mettre en place, comme les panelistes l'ont évoqué, mais il devra reposer sur des données probantes et solides, au-delà des savoirs expérientiels.

L'espoir, pour terminer par une note positive, oblige à un retour en arrière et au début de la conférence en rappelant les mots de nos collègues de l'OMS qui nous expliquaient que le parapluie de la CSU était percé, qui nous relataient les défis d'aller au-delà des déclarations sur la participation sociale et enfin les mots de son Excellence le Premier Ministre du Niger qui nous exhortait à trouver des solutions, « à *plus d'humanité* ». En effet, le Directeur général de l'OMS a déclaré il y a peu qu'il fallait « *Réparer le toit (de la CSU) avant que la pluie n'arrive* ». Pourtant, dans son dernier roman, le fameux écrivain mauritanien Beyrouk faisait dire à un de ces personnages « *Des médecins en grève ? ils n'ont qu'à soigner les riches et se taire, les pauvres s'adresseront aux marabouts !* ». A elle seule, cette phrase de l'écrivain exprime les principaux défis de notre vaste ambition collective dont nous avons parlé pendant quatre jours : financement public, partage des risques à grande échelle et professionnalisme, lutte contre les inégalités et participation sociale et enfin qualité des soins.

Enfin, une déclaration d'intention a été élaborée par les deux ministres présents et les trois délégations ministérielles. Elle est reproduite ici.