



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2014-2015

Analyse des stratégies de pérennisation financière
d'une innovation en santé : le cas de Djantoli

Soutenu en septembre 2015

Mademoiselle Anne Roos-Weil

Maître de stage :

Madame Pascale Le Roy

Guidant universitaire :

Monsieur François Alla

REMERCIEMENTS

A mon maître de stage, Mme Pascale Le Roy, pour avoir accepté d'apporter son éclairage, son expertise et ses conseils méthodologiques,

Au Gret, pour avoir accepté d'inscrire ce travail dans leur démarche de recherche et de capitalisation même si le stage était mené au sein d'une structure partenaire,

A Djantoli pour avoir accompagné notre initiative et à Lucie de Clerck pour avoir fourni des informations nécessaires à la réalisation de ce travail,

A Lucille, Fabienne, Richard et Momo pour leur aide logistique et leur soutien psychologique,

A David et Mamadou pour leur relecture attentive,

A M. François Alla pour son soutien méthodologique.

SOMMAIRE

Introduction	6
1 – Contexte	7
1.1 – Un intérêt croissant pour la pérennisation des innovations en santé	7
1.1.1 – Un objectif prioritaire aux contours flous	7
1.1.2 – La pérennisation financière : « maillon faible » des stratégies de pérennisation	9
1.1.3 – L'innovation, au cœur des stratégies de développement	10
1.2 – Djantoli, un service de santé innovant	11
1.2.1 – Genèse, déploiement et premiers résultats	12
1.2.2 – Le caractère innovant du service Djantoli	13
1.2.3 – Le contexte du stage : le projet MobiSan	14
1.2.3.1 – Genèse et résumé du projet	14
1.2.3.2 – Contexte de l'intervention	15
1.2.3.3 – Contexte politique au moment du stage	15
1.3 – Les objectifs du stage	15
2 – Méthodes	16
2.1 – Clarification des concepts	16
2.2 – Méthode d'analyse du modèle économique	17
2.2.1 – Le choix des données sources à analyser	17
2.2.2 – Le développement d'outils analytiques	18
2.2.2.1 – L'offre de service	18
2.2.2.2 – Compte de résultat analytique	18
2.2.2.2.1 Les charges	18
2.2.2.2.2 Les recettes	19
2.2.2.2.3 Présentation synthétique et analytique	19
2.2.2.3 – Les indicateurs de performance et de gestion	20
2.2.3 – L'exploitation des études de cas	21
2.2.3.1 – Les projets d'assurance santé communautaire	21
2.2.3.2 – Les services à base communautaire	22
2.3 – Méthode d'analyse du contexte politique	22
2.3.1 – Le contexte en matière de santé communautaire	23
2.3.2 – Le contexte en matière de Couverture Santé Universelle	23

3 – Résultats	24
3.1 – Les enjeux de pérennisation financière du dispositif Djantoli	24
3.1.1 – Trouver le juste équilibre entre viabilité économique et pertinence sociale	24
3.1.1.1 – Un prix et des modalités de paiement accessibles	24
3.1.1.2 – Le focus sur les jeunes enfants	25
3.1.2 – Garantir une bonne gestion avec des ressources humaines professionnelles	25
3.1.2.1 – Des fonctions de gestion gérées par des professionnels	25
3.1.2.2 – Des agents de suivi rémunérés, supervisés et formés	26
3.1.3 – S’inscrire dans un système de soins en évolution	27
3.1.3.1 – Mutuelles familiales et gratuité des soins pour les enfants	27
3.1.3.2 – Un consensus de plus en plus large sur les limites du volontariat	28
3.1.3.3 – Un enjeu global de soutenabilité des programmes communautaires	28
3.2 – Les évolutions nécessaires du dispositif	29
3.2.1 – Sur le volet assurance	29
3.2.1.1 – Elargir la prise en charge	29
3.2.1.2 – Trouver des solutions pour améliorer le recouvrement	30
3.2.1.3 – Optimiser les activités et outils de gestion	30
3.2.1.4 – Faire évoluer le portage de l’activité	30
3.2.2 – Sur le volet préventif	30
3.2.2.1 – Intégrer les agents dans le réseau des ASC nationaux	30
3.2.2.2 – Diversifier les activités des agents de suivi	31
3.2.2.3 – Faire évoluer le portage de l’activité	31
3.3 – Les scénarii de pérennisation financière à poursuivre	32
3.3.1 – Choix du scénario sur le volet assurance	32
3.3.2 – Choix du scénario sur le volet préventif	32
4 – Discussion	34
4.1 – Limites méthodologiques	34
4.2 – La multiplicité des facteurs de pérennisation	35
4.3 – Une priorité pour Djantoli : capitaliser, partager	36
4.4 – Diffuser la démarche et les principes d’action	37
Index des tables	39
Index des illustrations	40
Bibliographie	41

Annexes	I
1. Cadre logique du projet MobiSan	I
2. Liste des documents fournis pour l'analyse du dispositif Djantoli	III
3. Présentation synthétique de l'organisation humaine, logistique et financière du dispositif Djantoli	IV
4. Répartition analytique des coûts du dispositif Djantoli (Programme Commune 3, Bamako, 2014)	VII
5. Synthèse de l'entretien avec Mme Sanou, Responsable Gestion et Patrimoine au Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) du Burkina Faso	IX
6. Synthèse de l'entretien avec M. Saïbou SEYNOU, Secrétaire Général de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) du Burkina Faso	XIII
7. Extrait du « Rapport sur la cartographie des acteurs communautaires de la ville de Fada N'Gourma », Djantoli, avril 2015	XVII

INTRODUCTION

Si la plupart des bailleurs de l'aide au développement s'accordent aujourd'hui sur la nécessité de penser la pérennisation des interventions, il n'existe ni une définition univoque du terme de pérennité ni un corpus de recommandations consensuelles sur la manière dont les praticiens doivent envisager cette question. Il n'existe pas non plus de « boîte à outils » pour évaluer la capacité d'un projet à devenir pérenne. Il est donc souvent difficile d'anticiper et de planifier cette question, ou de savoir à quel stade de développement de l'intervention sa « pérennisabilité » doit être évaluée.

Peu de travaux portent spécifiquement sur la question de la pérennisation financière alors même que cet aspect est souvent le point d'achoppement des stratégies de pérennisation. Cela est particulièrement vrai pour les projets innovants dans le domaine de la santé, qui combinent tout à la fois des méthodologies d'intervention en décalage avec les pratiques existantes et des activités relevant de missions de service public, par essence difficiles à financer dans des pays où les ressources sont faibles.

Association française de solidarité internationale, l'ONG Djantoli se donne pour mission de lutter contre la mortalité évitable des jeunes enfants en facilitant leur accès préventif aux soins. Djantoli a conçu une méthode de suivi, d'alerte et d'accès aux soins permettant de préserver la santé des enfants, en travaillant en amont (prévention et accès) et en aval (diagnostic et soins). Le dispositif déployé par l'association est reconnu comme un modèle innovant pour la fourniture de service de santé primaire.

Après 5 ans d'action sur le terrain et des résultats déjà probants en termes d'impacts socio-sanitaires, la pérennisation du dispositif devient un objectif prioritaire pour Djantoli. Certes, le projet a fait la preuve 1) de son impact significatif sur les changements de comportements et l'amélioration du recours aux soins, 2) de sa capacité d'intégration dans les structures locales de santé (acceptabilité, faisabilité) et 3) de son intérêt pour les familles (demande des populations), qui sont autant de facteurs essentiels pour sa pérennisation. Mais, le service ne s'autofinance aujourd'hui, via les contributions des bénéficiaires, que très partiellement.

Avec le lancement en 2015 du projet MobiSan en partenariat avec l'ONG Gret à Fada N'Gourma, dans la région Est du Burkina Faso, Djantoli a bénéficié d'un contexte particulièrement favorable pour mener une réflexion approfondie sur les stratégies de pérennisation financière de son dispositif. C'est dans ce cadre que s'est inscrite notre mission. Elle nous a donné la possibilité de bénéficier des apports méthodologiques et d'expériences de Pascale Le Roy, experte du Gret en financement de la santé, qui a encadré notre travail. En tant que directrice et fondatrice de l'association Djantoli, cette mission revêtait pour nous un caractère particulièrement stratégique, puisque ses résultats, au-delà du projet MobiSan, avaient également pour objectif de servir d'appui à la définition des orientations futures de l'organisation.

1 -Contexte

L'aide au développement connaît, comme tous les secteurs, des modes, et voit émerger à certaines périodes des notions qui revêtent pour un temps un caractère central au point de prendre parfois le pas sur celles, tout aussi essentielles, qui les avaient précédées au rang des priorités. C'est semble-t-il le cas de la pérennisation. Au-delà de l'effet de mode, il nous a semblé intéressant de voir l'apport que la littérature sur la question pouvait avoir dans la réflexion que Djantoli souhaite conduire sur sa stratégie de pérennisation. Nous nous attacherons ici à présenter d'abord des éléments de revue de la littérature sur la question de la pérennisation des projets de développement, ensuite les spécificités et défis que revêt cette question pour les projets d'innovations en santé, et enfin le contexte du stage professionnel que nous avons mené.

1.1 - *Un intérêt croissant pour la pérennisation des innovations en santé*

1.1.1 - Un objectif prioritaire aux contours flous

Les bailleurs internationaux sont de plus en plus attentifs à la capacité des projets qu'ils financent à perdurer ou à pérenniser leurs effets. Cette préoccupation découle du constat que, dans de nombreux cas, les résultats de programmes de santé ayant fait l'objet d'investissements importants n'ont pas perduré après le retrait des équipes de mise en œuvre du projet et des financements associés.

Le terme de pérennité est apparu dans le domaine de la santé publique dans les années 1980. Il est devenu un terme « à la mode » dans les années 1990, après que l'agence américaine de développement international (USAID) en a donné sa définition selon laquelle « *un programme de développement est pérenne quand il est capable de fournir un niveau satisfaisant de bénéfices pour une période de temps étendue suite à l'arrêt des appuis des bailleurs externes sur les plans financier, managérial et technique* »⁽¹⁾¹. Aujourd'hui la plupart des grands bailleurs de fonds internationaux exigent des ONG qu'elles démontrent dans leurs documents de présentation de projet que la pérennité des interventions qu'elles proposent de mettre en œuvre est une priorité.

La question de la pérennité apparaît essentielle dans le domaine de la santé, d'abord parce que les effets attendus d'un programme de santé (en particulier dans les domaines de la prévention, du changement de comportement) se manifestent en général à long-terme. Ainsi, selon Roussos et Fawcett, les effets sur les indicateurs de santé de la plupart des programmes de santé communautaire ne peuvent pas être détectés moins de trois à dix ans après le lancement du programme (2). Surtout, si l'intervention fait la preuve de son efficacité et de son impact sur les populations ciblées, la non-pérennisation de l'activité représente une perte pour les structures qui ont investi dans

¹ La définition est formulée en anglais comme suit : "A development program is sustainable when it is able to deliver an appropriate level of benefits for an extended period of time after major financial, managerial and technical assistance from external donors is terminated."

son développement (qu'ils soient bailleurs ou acteurs de l'intervention). Enfin, l'arrêt des programmes engendre souvent un sentiment de déception chez les populations bénéficiaires de l'intervention qui développent par conséquent une forme de résistance et seront moins enclines à se mobiliser dans l'avenir pour une nouvelle action.¹

Malgré l'intérêt grandissant et justifié pour la question de la pérennité, sa définition n'est pas univoque. La notion de pérennisation peut être appréhendée sous différentes perspectives. S'agit-il de pérenniser le dispositif (logistique, technique, humain) et les activités mis en place par le projet dans les conditions de mise en œuvre par l'ONG ? S'agit-il de garantir que les activités pourront être poursuivies par des acteurs locaux et de s'intéresser alors à la « transférabilité » de l'action ? S'agit-il de s'assurer que l'intervention pourra être « absorbée » et devenir partie intégrante des activités de routine des acteurs du système de soins, qu'elle pourra être « institutionnalisée », voire « standardisée »(3) ? Ou doit-on se concentrer plutôt sur la pérennité des effets de l'action et non sur la continuité des actions et services mis en place et s'intéresser dans ce cas au renforcement des capacités individuelles et communautaires à résoudre les problèmes ?

La nature de l'objet à pérenniser varie, nous le voyons bien, d'une intervention à l'autre et les stratégies de pérennisation de l'intervention doivent donc souvent être pensées de façon *ad hoc*. Shediak-Rizkallah et Bone résument ainsi en trois catégories les perspectives que l'on peut avoir sur la notion de pérennisation : 1. Continuité des impacts sur la santé produits par un programme initial ; 2. Niveau d'institutionnalisation d'un programme dans une organisation « hôte » ; 3. Acquisition de compétences/capacités par la communauté bénéficiaire (3)². Cette typologie constitue un cadre conceptuel à l'aide duquel un programme peut fixer ses objectifs et sa stratégie de pérennisation, c'est-à-dire identifier ce qui doit être pérennisé, comment ou par qui, dans quel degré et à quel horizon.

La question de la temporalité du processus de pérennisation se pose également. Certains auteurs ont remis en cause la vision « séquentielle » des modèles de gestion de projet (« stage-model ») qui voudrait que la pérennisation soit la dernière étape de la gestion d'un projet. Ils ont suggéré en réalité une concomitance des processus d'implémentation et de pérennisation (3). La pérennisation étant un processus complexe, il importe de la penser très en amont.

Dans le même temps, évaluer la capacité d'une intervention à devenir pérenne n'a de sens qu'après l'avoir déployée et avoir évalué son impact, dans différents contextes. Son efficacité et sa répliquabilité sont en effet des pré-requis à sa pérennisation (4). De plus, la pérennisation d'une intervention est dépendante de l'environnement social, culturel et politique dans lequel s'inscrit l'action à un moment donné, et qui, par définition, peut

¹ Godman et Steckler, (1987/88) cité par (3)

² Les trois catégories sont formulées en anglais comme suit : (1) maintenance of health benefits achieved through an initial program, (2) level of institutionalization of a program within an organization and (3) measures of capacity building in the recipient community:

évoluer. Aussi la notion de pérennité est-elle fondamentalement dynamique. L'évaluation de la pérennisation d'une action est toujours un « arrêt sur image » d'un processus en action (5). La « pérennisabilité »¹ d'un projet tient donc également à la capacité de ses porteurs à l'adapter aux évolutions du contexte².

1.1.2 - La pérennisation financière : « maillon faible » des stratégies de pérennisation

Dans la littérature relative à la pérennisation, l'accent est assez peu mis sur la question financière en tant que telle. Pourtant la viabilité financière d'une action, c'est-à-dire la capacité à mobiliser durablement des ressources pour couvrir les charges suite à l'arrêt de financements extérieurs, est souvent un point critique pour la poursuite d'un projet, qu'elle que soit la structure organisationnelle ou sociale qui a vocation à le porter. Si la viabilité financière de l'action n'est certes pas suffisante pour en garantir la poursuite, elle n'en est pas moins nécessaire. C'est d'ailleurs à cet aspect de la pérennisation que les bailleurs sont généralement attentifs dans leur décision d'investissement.

Dans les projets de développement, la pérennisation financière d'une intervention après le retrait des bailleurs externes passe généralement par la mobilisation de l'une ou l'autre de deux sources de financement : les ressources du secteur public ou les ressources des bénéficiaires (3). Dans les deux cas, améliorer la performance financière de l'action peut faciliter son financement durable.

Se pose alors la question pour les acteurs du projet des critères de performance financière à utiliser comme aiguillon. Or, s'il existe une littérature relativement fournie sur les ratios financiers utiles pour évaluer la performance financière de projets marchands, comme pour les projets de micro-assurance santé communautaire par exemple (6), l'exercice s'avère plus difficile quand il s'agit d'interventions dans le secteur non-marchand, qui ont des modèles économiques subventionnés par nature parce qu'ils sont conçus comme des délégations de service public. Quel critère doit alors prévaloir pour appréhender la viabilité financière d'un tel projet ?

Un ratio souvent utilisé pour évaluer la performance financière d'une action est celui du « coût-efficacité » (7). Cependant ce ratio n'a de sens que de manière relative à un autre projet qui chercherait à atteindre les mêmes effets. Il n'est jamais un critère absolu (8). Il peut être utile, par exemple, dans le cadre d'un choix d'investissement entre deux projets (soit deux innovations, soit une innovation et l'organisation antérieure), mais doit être utilisé avec prudence en s'assurant que ce que l'on compare est réellement comparable. Il ne peut être utilisé qu'en isolant précisément les effets. En effet, un projet peut avoir un « coût-efficacité » plus important qu'un autre mais générer des impacts bénéfiques complémentaires. Dans ce cas, son coût-bénéfice sera plus élevé (7).

Surtout, la performance financière d'une intervention, ne suffit pas à présager de son

¹ Néologisme utilisé par Cornillot et al.(2005) pour qualifier la capacité d'un projet à devenir pérenne(4)

² Pressman et Wildavsky (1979), cité par (3), pp. 93

potentiel de pérennisation. Comme l'a bien mis en lumière Jensen (1991), il est tout à fait possible qu'une intervention qui présente le meilleur ratio « coût-efficacité » ne soit pas soutenable et inversement (8). Au-delà de la performance financière intrinsèque du projet, sa viabilité financière est toujours relative à un contexte spécifique, et notamment à l'intérêt porté à l'action par les acteurs susceptibles de la financer. Ainsi, dans des domaines où l'Etat ou les collectivités locales sont en capacité de mobiliser durablement des ressources pour s'attaquer à un problème spécifique de santé, le critère principal pour évaluer sa viabilité financière sera son « coût-efficacité » par bénéficiaire, en comparaison aux solutions déjà financées pour résoudre le problème. Dans ce cas, l'institutionnalisation du projet, son intégration dans les circuits de financements publics pourra assurer sa pérennisation financière. A contrario, un projet qui s'intéresserait à un problème de santé tout aussi majeur et apporterait une réponse pertinente en termes d'impact pourra ne jamais se pérenniser financièrement si le système de santé local, et avant lui les bailleurs internationaux qu'il devra mobiliser, ne mettent pas la priorité sur ce sujet.

Par ailleurs, un projet peut sembler viable financièrement quand il est mis en œuvre par une organisation et ne pas l'être une fois transféré à des acteurs locaux. C'est ce qui rend les exercices d'estimation des coûts pour une reprise par un Etat d'expériences menées par des ONG peu convaincants. Extrapoler ces coûts pour établir des projections financières dans l'optique d'une intégration de ces dispositifs dans les stratégies nationales revient à présumer que l'action restera identique en termes d'efficience une fois reprise par les acteurs publics locaux. Or cette hypothèse est largement discutable, car elle suppose 1) d'avoir validé la « pérennité » du niveau d'efficience de l'action au moment de la généralisation d'un dispositif (souvent expérimenté par les ONG sur des périmètres limités) et 2) la capacité de l'organisation qui la poursuit à la mettre en œuvre dans les mêmes conditions.

1.1.3 - L'innovation, au cœur des stratégies de développement

Si les bailleurs internationaux sont de plus en plus attachés à la question de la pérennisation des projets qu'ils soutiennent, ils recherchent également de manière beaucoup plus dynamique qu'auparavant des « innovations » dans le domaine de la santé. En témoignent les « challenges for development » organisés périodiquement par les agences de coopérations américaines et canadiennes ou encore des dispositifs tels que la « Facilité d'innovation sectorielle pour les ONG » (FISONG) de l'Agence Française de Développement (AFD). L'objectif est clair : il s'agit d'inciter les acteurs à tester des solutions nouvelles pour répondre à des enjeux de santé non résolus ou à proposer des modèles novateurs pour y répondre plus efficacement ou à moindre coût. Ainsi les ONG sont-elles sollicitées pour mener des activités de « recherche-action » dans la même logique qu'un groupe industriel investirait dans sa « recherche et développement » pour développer de nouveaux produits.

Cette recherche d'approches novatrices s'est traduite par le développement (aujourd'hui perçu pas beaucoup comme exponentiel et contre-productif) des « pilotes ». La logique des « pilotes » est de proposer un cadre adapté à l'expérimentation d'une innovation, sur un temps et un périmètre donné, afin d'établir la « preuve du concept », c'est-à-dire de valider son impact et sa faisabilité. Cela est nécessaire car l'innovation porte en elle une part de risque en venant proposer un changement dans l'ordre établi (4). Les mécanismes de financement de ces expérimentations sont donc en général moins contraignants pour les porteurs de projet qui doivent avoir la latitude de tester différentes hypothèses, d'évaluer en continu l'action et de réorienter au besoin leur stratégie.

S'ensuit, idéalement, une phase de déploiement, puis de « passage à l'échelle » de l'innovation, et enfin, une phase de « pérennisation » par l'intégration de l'innovation dans les activités de routine de l'organisation qui l'absorbe. Nous retrouvons dans ce schéma théorique la logique industrielle où des « start-up » innovantes se voient absorbées par des groupes multinationaux une fois la preuve de leur « rentabilité » faite.

L'objectif final est donc toujours l'institutionnalisation du dispositif, au sens du terme donné par Shediak-Rizkallah et Bone : *« L'institutionnalisation peut être définie comme le processus d'ajustement mutuel qui intervient entre un programme innovant et une organisation hôte. Le niveau le plus élevé d'institutionnalisation est atteint lorsque l'innovation perd son identité propre et devient partie intégrante des activités de routine de l'organisation »* (3)¹. C'est bien là toute la difficulté, car le caractère innovant du projet rend plus difficile son institutionnalisation. L'innovation se pose en effet en rupture avec l'état des choses existant, et de ce fait est susceptible de susciter inquiétude et résistance de la part de l'environnement dans lequel elle est introduite (4). Surtout, les projets d'« expérimentation » sont souvent menés en mobilisant des ressources humaines, techniques et financières importantes afin de produire rapidement des effets, ce qui induit des niveaux de coûts que les Etats ou les structures de la société civile n'ont pas la capacité d'absorber dans la phase de généralisation à grande échelle (5).

1.2 - Djantoli, un service de santé innovant

Djantoli constitue un excellent cas d'étude pour réfléchir aux enjeux de pérennisation financière d'une innovation en santé. En effet, les fondateurs de l'ONG, qui s'inscrivaient dans la mouvance de « l'entrepreneuriat social »², s'étaient donné comme principes

¹ La définition en anglais est formulée comme suit : *“Institutionalization can be defined as the process of mutual adjustment that occurs between an innovative programme and a receptive organization. The highest level of institutionalization is reached when the innovation loses its separate identity and becomes part of the organizations regular activities”*

² L'expression « entrepreneuriat social » a été inventée par Bill Drayton, fondateur d'Ashoka, dans les années 1980, pour caractériser les entreprises sociales portées par des « acteurs de changement » qui mettent leurs qualités entrepreneuriales au service de la résolution d'un problème sociétal à grande échelle (9). « Les entreprises sociales intègrent les objectifs de l'action publique tout en s'inscrivant pleinement

directeurs de 1) sortir de la dépendance aux bailleurs de fonds en imaginant un dispositif de santé financièrement autonome ; 2) proposer une approche résolument nouvelle pour contribuer à réduire la mortalité infantile évitable en Afrique de l'Ouest.

1.2.1 - Genèse, déploiement et premiers résultats

L'histoire de Djantoli est assez atypique dans le panorama des ONG de développement. L'ONG a été fondée en septembre 2007 (à l'époque, sous le nom « Pesinet ») suite à la conception, dans le cadre d'un cours sur l'innovation¹, d'un service permettant de faciliter la détection et la prise en charge des pathologies infantiles. Les fondateurs de l'association ont souhaité proposer une démarche nouvelle pour répondre à un enjeu qui les avait interpellé : la persistance en Afrique de l'Ouest d'une mortalité infanto-juvénile élevée liée à des maladies pourtant très simples à soigner localement. C'est sur la base d'une idée simple (le suivi régulier de données de santé de base, comme le poids), qu'ils ont conçu une méthode complète de suivi, d'alerte et d'accès aux soins pour préserver la santé des enfants et faciliter leur accès aux soins dès les premiers symptômes.

Le service consiste en un système de surveillance à domicile des enfants pour dépister les maladies et référer les enfants vers les centres de santé. Il s'appuie sur des agents itinérants, des femmes de la communauté, dotées d'une application sur leur téléphone mobile, qui rendent régulièrement visite aux familles abonnées et collectent des données sur l'enfant (poids, alimentation, symptômes). Elles envoient ensuite ces données via le réseau mobile afin de constituer un « carnet de santé électronique » accessible via une plateforme web dans les centres de santé partenaires. Constatant que l'aspect financier restait un frein important à l'accès malgré un meilleur dépistage des maladies, l'équipe de l'ONG a adjoint à ce système de suivi une assurance santé centrée sur les soins primaires des enfants et gérée directement par l'association. Cette assurance donne droit à des réductions sur les soins dans les centres de santé partenaires pour les enfants abonnés. Enfin, le dispositif a été complété par un programme d'éducation des mères à la santé à travers des conseils santé personnalisés lors des visites à domicile et l'organisation de causeries éducatives portant sur les pratiques préventives, sur la reconnaissance des symptômes et sur le fonctionnement du système de soins. Ces différents services (éducation à la santé / suivi préventif / assurance santé) sont proposés sous la forme d'un paquet intégré. L'adhésion se fait de manière volontaire, moyennant une cotisation mensuelle d'environ 1 euro par enfant et par mois.

Concrètement, du point de vue de la famille, le service fonctionne comme suit :

dans le marché. Elles s'efforcent d'être performantes économiquement pour résoudre de façon efficace les problèmes sociaux et environnementaux auxquels ni l'Etat, ni le marché ne savent répondre seuls.»(10)

¹ Cours intitulé « Création d'un Produit Innovant » réunissant des étudiants en commerce de l'Ecole Supérieure d'Economie et de Commerce (ESSEC) et de l'école d'ingénieurs Centrale Paris.

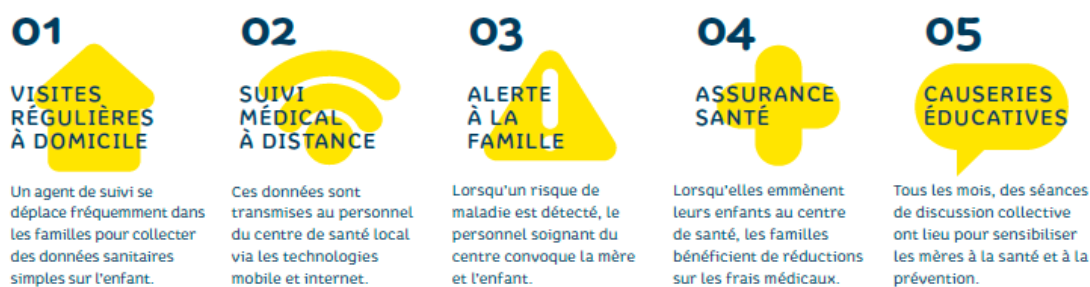


Figure 1 – Description du service Djantoli proposé aux mères d'enfants de moins de 5 ans

Après une phase de développement des outils et de test du dispositif avec une ONG locale (« prototypage »), un projet pilote a été lancé, en janvier 2010, dans le quartier de Bamako Coura, à Bamako, au Mali. Après un an et demi d'opération, une évaluation externe a été menée. Les résultats positifs ont incité l'équipe à déployer progressivement le service dans les quartiers voisins de Dravela et Ouolofobougou (2012), puis de N'Tomikorobougou, et de Samé (2013), et enfin de Badialan (2014) ; et à répliquer ensuite son modèle au Burkina Faso (à partir de 2013).

Depuis son démarrage en 2010, le projet a eu un impact significatif sur l'amélioration du recours aux soins – les enfants abonnés à Djantoli consultent trois fois plus que les autres (11) –, l'acquisition de compétences en santé¹ et l'amélioration de la fréquentation des structures de santé (12). Il a également fait la preuve de son acceptabilité, tant auprès des familles (13) que des équipes médicales locales (12,14). Le taux de pénétration du service est de 11% dans les zones d'intervention, deux fois plus que le taux de couverture des mutuelles de santé locales².

Le modèle a été identifié par les acteurs du développement et de l'entrepreneuriat social comme une innovation dans le domaine de la fourniture de services de santé primaire. Il a été référencé dans plusieurs études s'intéressant aux nouveaux modèles de développement réalisées par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) ou la Banque Mondiale (15,16) et a obtenu plusieurs reconnaissances pour son caractère innovant (17,18).

1.2.2 - Le caractère innovant du service Djantoli

Le service conçu par Djantoli présente plusieurs formes d'innovation. Elles sont présentées ici en reprenant les différentes dimensions proposées par Cornillot et al. (4) :

- **La dimension technique** : D'abord, avec son service de surveillance à domicile, Djantoli crée une nouvelle activité qui vient compléter les services préventifs et promotionnels proposés par les centres de santé (service de pesée au centre de santé) ou par les associations de santé communautaire (causeries éducatives notamment). Ensuite, le projet apporte un nouvel outil : Djantoli dote les centres de santé partenaires d'un outil basé sur les technologies de l'information et de la

¹ Cf. Rapport annuel 2014, Djantoli, p.18

² *Idem.*, p.11

communication (TIC) qui comporte : 1. une application sur mobile pour la collecte de données sanitaires individuelles auprès des abonnés par les agents, 2. une application web de consultation des données des patients par le personnel soignant.

- **La dimension sociologique** : Djantoli, propose un système de prévoyance santé pour l'enfant. Cela suppose un changement profond dans l'appréhension du risque maladie par les populations et la gestion anticipée de celui-ci.
- **La dimension organisationnelle** : Djantoli développe et anime un réseau d'agents itinérants non-médicaux mais professionnels. Contrairement aux relais communautaires bénévoles qui sont mobilisés ponctuellement par les districts sanitaires dans les campagnes de vaccination ou de dépistage communautaire, souvent avec l'appui d'ONG, les agents de suivi Djantoli sont indemnisés sur une base régulière, formés et supervisés. Ils assurent un suivi de routine des enfants abonnés.
- **La dimension économique et financière** : Djantoli propose son service sur un mode payant et forfaitaire. Les familles paient ainsi de manière intégrée pour les activités de prévention et les activités d'assurance santé. L'ONG crée un nouveau type de service sur le « marché » des services de santé, en proposant un service combinant suivi préventif de proximité, et assurance santé.

1.2.3 - Le contexte du stage : le projet MobiSan

1.2.3.1 - Genèse et résumé du projet

En 2014, l'Agence Française de Développement (AFD) a lancé un appel à projet intitulé « Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et Santé Maternelle et Infantile (SMI) » dans le cadre de son outil de financement « Facilité d'innovation sectorielle des ONG » (FISONG) », dédié au financement d'innovations en santé. L'ONG Gret, ONG de professionnels du développement solidaire, qui agit depuis 38 ans dans une trentaine de pays, a acquis une expertise forte, notamment dans les domaines de la nutrition et du financement de la santé. Elle s'est rapprochée de Djantoli qui bénéficie d'une expérience dans l'utilisation des TIC pour améliorer l'accès préventif aux soins des jeunes enfants afin de concevoir un projet en commun.

Le projet, intitulé MobiSan, vise à améliorer le recours aux bonnes pratiques nutritionnelles et aux services de santé materno-infantile par l'utilisation des TIC. Trois services seront déployés à l'échelle communautaire : 1) le service Djantoli décrit précédemment ; 2) un service d'éducation à la santé via l'envoi de SMS écrits ou vocaux de sensibilisation aux bonnes pratiques préventives, ciblés en fonction du profil du destinataire (jeune femme, mère, femme allaitante, mari etc.) ; et 3) un service visant à fluidifier l'échange d'information entre les relais communautaires dans les villages qui effectuent le dépistage des enfants malnutris au sein des foyers et les centres de santé qui en assurent la prise en charge, afin d'améliorer le suivi des patients. Le projet MobiSan a obtenu un financement de l'AFD pour trois ans et a débuté en janvier 2015.

1.2.3.2 - Contexte de l'intervention

Le Burkina Faso est classé en 9ème position des pays aux plus forts taux de mortalité infanto-juvénile (129 décès pour 1000 enfants de moins de cinq ans) (19). Il est également affecté par des taux élevés de décès maternels (341 décès pour 100 000 naissances en 2010) (19). Les régions de l'Est et du Nord sont les plus touchées.

Le district sanitaire de Fada N'Gourma (Province du Gourma, Région de l'Est), ciblé par le projet, présentait par ailleurs en 2011 un taux de malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans de 11,1% (20), supérieur au seuil critique de l'OMS, une forte prévalence de malnutrition chronique (37%, non loin du seuil d'urgence de l'OMS – 40%).

Le taux de recours aux services sanitaires est faible. Le taux de contact par habitant et par an est de 0,74 contre 0,77 pour la moyenne nationale (21) et rend essentiel le renforcement des activités à l'échelle communautaire.

1.2.3.3 - Contexte politique au moment du stage

Notre stage professionnel s'est déroulé pendant la phase de lancement du projet MobiSan. Le lancement du projet a eu lieu durant une période de transition politique pour le Burkina Faso, suite à l'insurrection populations d'octobre 2014 qui a mené à la dissolution de l'assemblée générale et à la chute du régime de Blaise Compaoré. Au moment de notre mission de stage, un gouvernement de transition avait été élu pour une période d'un an et des élections démocratiques étaient prévues en octobre 2015.

1.3 - Les objectifs du stage

En tant que directrice de l'ONG Djantoli, notre rôle dans le cadre du projet MobiSan revêtait différents aspects : le suivi et l'appui technique aux activités du service Djantoli (« service 1 »), la co-conception des autres services en tant que membre du comité technique du projet, le suivi-évaluation des activités et la contribution aux activités de capitalisation et de plaidoyer.

La question de la pérennisation financière des services mis en place occupe une place importante dans la gestion du projet MobiSan. Un axe spécifique du cadre logique d'intervention (Annexe I) y est consacré et prévoit la formalisation de scénarii de pérennisation financière ainsi que des actions de capitalisation et de plaidoyer auprès des pouvoirs publics pour faciliter la reprise du dispositif par les acteurs appropriés. Cet axe est piloté par Pascale Le Roy, experte du Gret en financement de la santé.

Notre mission de stage s'inscrivait dans ce cadre. L'expérience acquise par l'association jusqu'à ce jour a révélé que le dispositif Djantoli parvenait à s'autofinancer partiellement sur la base des contributions des bénéficiaires mais nécessitait un appui en subventions pour couvrir l'ensemble de ses charges. Dès lors se posait la question de la stratégie à mettre en place pour pérenniser l'intervention et ses effets. L'objectif général du stage consistait donc à explorer les stratégies de pérennisation financière du dispositif Djantoli à la suite du projet MobiSan et après l'arrêt du financement de l'AFD.

Plus spécifiquement, il s'agissait :

- de cerner les enjeux de pérennisation du dispositif Djantoli
- d'identifier les évolutions nécessaires afin de faciliter sa pérennisation financière
- de formuler des scénarii possibles de pérennisation financière

2 -Méthodes

L'exploration des stratégies possibles de pérennisation financière du dispositif Djantoli a été menée en partant : 1) d'une analyse du modèle économique du dispositif et 2) d'une analyse du contexte politique au Burkina Faso. Une fois les concepts clés clarifiés, la méthode utilisée pour l'analyse du modèle économique a consisté à développer des outils de présentation analytique du modèle et à mener trois études de cas de projets présentant des objectifs similaires à ceux poursuivis par Djantoli. L'analyse du contexte politique a été fondée sur la lecture de documents publics et complétée par des entretiens avec des responsables au sein des structures nationales de pilotage des stratégies de prévention communautaire et d'assurance santé au Burkina Faso. Cette section présente les outils conçus pour l'analyse du modèle ainsi que les éléments de contexte qui ont été nécessaires à notre étude.

2.1 - *Clarification des concepts*

Précisons d'abord les définitions données aux concepts clés utilisés dans notre travail.

La **pérennisation financière** d'un projet a été entendue comme la mobilisation effective de ressources, après le retrait des financements externes, pour couvrir les charges inhérentes à la poursuite des activités. Cette définition est fondée sur une perspective organisationnelle de la notion de pérennité, définie comme la « *continuité des services et des ressources* » qu'offre une intervention par Shediak-Rizkallah et Bone (3).

La **santé communautaire** est également un concept auquel nous avons régulièrement fait référence dans ce travail. Historiquement, l'expression visait surtout à décrire une médecine qui sortait des murs de l'hôpital, qui allait à la rencontre des populations. Avec la déclaration d'Alma Ata (1986), cette notion a pris un sens plus explicitement fondé sur les concepts de promotion de la santé et de participation communautaire (22,23). Nous avons retenu ici une définition très large de la santé communautaire, comme l'ensemble des actions menées avec les populations, dans la communauté, et visant à améliorer leur rapport à la santé. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux projets de santé communautaire qui font intervenir des « médiateurs sanitaires », c'est-à-dire des personnes non issues du corps médical qui mènent des activités visant à renforcer les liens entre les populations et le système de soin formel et l'acquisition par les communautés de compétences en santé.

Le concept de **micro-assurance santé** auquel il est fait référence dans l'étude est basé sur la définition qui en a été donnée par Alain Letourmy (2005), à savoir « *un dispositif d'assurance volontaire fonctionnant sur une base communautaire* » (24). Les mutuelles

de santé communautaires entrent ainsi dans la catégorie des structures proposant des produits de micro-assurance santé. On parle de « micro-assurance » pour signifier que l'action cible des populations vivant du secteur informel, exclues des systèmes d'assurance santé commerciaux ou de protection sociale publique.

Enfin, nous entendons par « **dispositif Djantoli** » l'ensemble des ressources humaines, techniques et logistiques mobilisées au niveau local pour mettre en œuvre les activités de prévention de proximité (éducation à la santé, et suivi sanitaire à domicile) et d'assurance santé centrés sur les soins de l'enfant telles que proposées dans le « service Djantoli » décrit en 1.2.1 dans la Figure 1. Les ressources de l'ONG mobilisées pour l'appui-technique et la coordination de projet ne sont pas incluses dans le périmètre du « dispositif Djantoli » sur lequel porte la réflexion de pérennisation financière.

2.2 - Méthode d'analyse du modèle économique

2.2.1 - Le choix des données sources à analyser

Nous avons choisi d'étudier les grandes composantes du modèle économique du service à partir des données de suivi-évaluation et des éléments comptables du programme mené par Djantoli en Commune 3 de Bamako. En effet, le calendrier du projet MobiSan prévoyait un lancement opérationnel du service Djantoli à Fada N'Gourma, en octobre 2015, ce qui ne nous permettait pas d'obtenir dans le temps imparti pour la mission des données exploitables issues du projet. En accord avec le maître de stage, il a été considéré que les données issues du programme mené par Djantoli à Bamako, au Mali, pouvaient constituer une référence utile pour l'analyse de la viabilité financière du service Djantoli tel qu'il serait déployé à Fada N'Gourma, au Burkina Faso.

Ce choix méthodologique se justifie principalement par :

- la maturité du projet en Commune 3 de Bamako (5 ans de déploiement)
- l'existence d'un corpus de données retrospectives important
- la similitude entre l'offre de service conçue pour le projet MobiSan et celle proposée en Commune 3 de Bamako
- la proximité des niveaux de vie des populations entre le Mali et le Burkina Faso

Les documents relatifs à ce programme fournis par l'organisation pour les besoins de l'analyse sont listés en Annexe II.

Pour tester la validité de ces données dans le contexte du projet MobiSan, des enquêtes ont été menées en parallèle par les équipes de l'association Djantoli à Fada N'Gourma auprès des associations partenaires du projet (ONG Gret, APAC Fandima et Association Base Fandima) qui ont acquis une bonne connaissance de l'environnement local, et auprès de groupes représentatifs des bénéficiaires cibles du programme (Coordination Provinciale des Femmes du Gourma, clientes d'institutions de microfinance etc.).

2.2.2 - Le développement d'outils analytiques

Pour faciliter l'analyse du modèle économique du dispositif Djantoli, une première étape consistait à exploiter les données fournies par l'association afin de développer des outils de présentation analytique de l'offre proposée par Djantoli aux familles, du modèle d'organisation et des indicateurs clés de performance et de gestion du dispositif.

2.2.2.1 - L'offre de service

Le Tableau I utilise le modèle du « marketing mix »¹ pour décrire l'offre de Djantoli.

Tableau I - le "marketing mix" du service Djantoli à Bamako

Produit	<p>Paquet de services incluant :</p> <ul style="list-style-type: none">– Suivi sanitaire : 2 visites de santé de routine à domiciles par mois (pesée de l'enfant, recensement des données sanitaires, dépistage des risques)– Education à la santé : 1 session collective de discussion en petit groupe (15 personnes en moyenne), animée par l'agent Djantoli, chez une abonnée, portant sur les pratiques familiales essentielles de santé ou fournissant des informations sur les services de santé disponibles– Assurance santé : Des réductions de 50% sur les médicaments génériques disponibles dans les centres de santé partenaires, sans limite dans le nombre de contacts, sans délai de carence, sans avance de frais (système de tiers-payant)
Prix	<ul style="list-style-type: none">– Contribution mensuelle forfaitaire de 500 FCFA (0,80 euro) par enfant.– Pas d'accès au service d'assurance santé en cas de retard de paiement.– Désabonnement pour défaut de paiement après 2 mois de retard de paiement.
Place	<ul style="list-style-type: none">– Service à domicile– Zone de distribution : rayon de 3 à 5km autour du centre de santé partenaire
Promotion	<ul style="list-style-type: none">– Marketing direct par des agents de promotion itinérants dans les quartiers– Campagnes radio (1 fois par an)– Evénements publics (1 fois par an)– Posters dans les centres de santé partenaires

Pour proposer aux populations cette offre de service, une organisation spécifique a été conçue et déployée. La description de cette organisation humaine, logistique et financière a été synthétisée en Annexe III. Cette synthèse exploite des données issues de publications externes (26) et des informations fournies par la Lucie de Clerck, directrice du développement et responsable au siège des projets au Mali.

2.2.2.2 - Compte de résultat analytique

2.2.2.2.1 Les charges

L'association avait pour habitude de présenter les charges de son service de manière globale, en distinguant les coûts de gestion, les coûts de personnel, les coûts d'opération, les coûts de commercialisation, les coûts de formation et d'évaluation.

¹ Ce modèle, introduit en 1960 par Jérôme McCarthy, recense les 4 grandes variables d'un produit ou d'un service sur lesquels une organisation peut intervenir pour atteindre son marché cible (25)

Cette présentation était en cohérence avec les logiques des bailleurs institutionnels. Néanmoins, elle ne permettait pas d'avoir une analyse fine de la viabilité financière du service dans ces différentes composantes. Le service combine en réalité deux activités très différentes du point de vue économique :

- des activités de prévention, qui sont par nature des centres de coûts et qui doivent être conçues comme un « investissement » de santé publique ;
- des activités d'assurance, qui ont un modèle économique marchand et qui cherchent à couvrir leurs charges voire à dégager une marge bénéficiaire.

Nous avons opté pour un traitement des données comptables présentant les coûts selon la nature de l'activité menée : 1) la prévention et 2) l'assurance santé.

L'Annexe IV présente la répartition analytique des coûts détaillés. Elle a été réalisée à partir des journaux comptables du programme en Commune 3 de Bamako, pour l'année 2014. Les clés de répartition utilisées ont été discutées et validées avec Lucie de Clerck, la responsable du programme. Il faut noter que l'analyse porte exclusivement sur les coûts récurrents du service, hors coûts d'investissement.

2.2.2.2 Les recettes

Nous avons considéré dans notre analyse, que l'ensemble des recettes du service devaient être affectées aux activités d'assurance santé. Ceci ne reflète pas tout à fait la perception des abonnés, qui disent adhérer en grande partie pour le volet préventif à domicile¹. Néanmoins, les populations indiquent également qu'elles ne seraient pas prêtes à payer pour le volet préventif seul². Ce volet constitue donc un « produit d'appel », mais doit bien être considéré avant tout comme un centre de coût.

2.2.2.2.3 Présentation synthétique et analytique

Le Tableau II présente de manière analytique le compte de résultat de 2014 pour le programme Djantoli en commune 3 au Mali.

Tableau II - Compte de résultat simplifié du dispositif en Commune 3 de Bamako, 2014 (en €)

Charges					
		Assurance		Prévention	
Type	Total	%	Montant	%	Montant
Charges d'exploitation	51 005	47%	24 094	53%	26 911
– Opération	22 133	49%	10 867	51%	11 266
– Gestion	25 061	42%	10 510	58%	14 552
– Commercialisation	2 717	100%	2 717	0%	–
– Formation	1 093	0%		100%	1 093
Charges financières	89	100%	89	0%	–
Charges exceptionnelles	892	50%	446	50%	446
Total	51 985	47%	24 628	53%	27 357

¹ Enquête sur la valeur perçue du service par les abonnés, 2014. Sur les visites de santé à domicile : « C'est la meilleure prévention », « Cela compte beaucoup pour moi ».

² *Idem.* 95 % des familles disent qu'elles quitteraient le service si Djantoli n'offrait plus d'assurance santé.

Recettes					
		Assurance		Prévention	
Type	Total	%	Montant	%	Montant
Cotisations	11 801	100%	11 801	0%	-
Subventions	40 184	32%	12 827	68%	27 357
Total	51 985	47%	24 628	53%	27 357

La lecture du compte de résultat ci-dessus nous a permis de dégager quelques points d'attention pour orienter notre analyse : les charges sont réparties de manière assez équilibrée entre les deux types d'activités (47% pour l'assurance et 53% pour la prévention). L'importance du poste des dépenses de gestion est manifeste, celui-ci étant équivalent en montant à celui des postes « opération ». Nous avons également pu constater que les cotisations du service ne couvraient que très partiellement les charges d'exploitation du volet assurance (11 801 / 51 985, soit environ 23%).

2.2.2.3 - Les indicateurs de performance et de gestion

Le Tableau III présente quelques indicateurs de performance pertinents pour analyser la viabilité financière du dispositif¹.

Tableau III - Indicateurs de pilotage de la performance de Djantoli

Indicateurs de Performance	2013	2014	2014/2013
Nombre d'abonnés actifs moyen	952	1 611	+69 %
Nombre total d'abonnés en fin d'année	1 421	2 081	+46 %
% désabonnés par mois	5,53	5,11	-8 %
Taux de recouvrement mensuel (sans retards)	36%	37%	
Taux de recouvrement final ²	78%	84%	+8 %
% d'abonnés consultés moyen	20%	17%	-15 %
Coût moyen des prescriptions par abonné (en CFA)	148	202	+36 %

Plusieurs éléments à analyser sont mis en évidence dans ce tableau de bord. D'abord, le pourcentage important de désabonnements chaque mois (autour de 5%). Ensuite, les retards importants constatés dans le recouvrement des cotisations dues : si 80% des cotisations sont recouvrées *in fine*, seulement 37% sont versées en temps et en heure.

Le programme « Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté » (STEP) du Bureau International du Travail (BIT) a défini dans son guide méthodologique les principaux ratios de gestion à suivre pour évaluer la viabilité financière d'une mutuelle de santé (6). Nous avons calculé ces ratios pour le volet « assurance santé » de Djantoli. Ils sont présentés dans le Tableau IV, ainsi que les valeurs cibles définies par le BIT.

¹ Synthèse programme Commune 3 (2013 et 2014) et tableau de suivi des consultations

² Part des cotisations attendues pour chaque mois récupérées en fin d'année (via recouvrement des retards en direct ou par recouvrement des créances au moment du réabonnement)

Tableau IV - Indicateurs de gestion du produit d'assurance santé Djantoli

Catégorie	Ratio de gestion	Calcul	Ratio Djantoli	Objectif (BIT)
Financement de l'activité	Cotisations acquises/charges d'exploitation	Ce ratio compare les cotisations aux charges d'exploitation (prestations maladie et frais de fonctionnement) de la mutuelle.	49%	n/a
	Cotisation acquises/charges totales	Ce ratio compare les cotisations aux charges totales (exploitation, financières exceptionnelles) de la mutuelle.	48%	n/a
Bonne marche financière	Sinistralité	Le ratio de sinistralité mesure la part des cotisations utilisée pour le remboursement ou le paiement des prestations maladie.	71%	> 75%
	Frais de fonctionnement brut	Le ratio des frais de fonctionnement brut mesure la part des ressources financières de la mutuelle utilisées pour son fonctionnement.	53%	< 15%

Ce tableau nous a alerté sur trois éléments : d'abord le dispositif ne couvre qu'à 49% les les coûts de prise en charge médicale avec les cotisations des adhérents. Ensuite, le taux de sinistralité de Djantoli est en-deçà des recommandations du BIT (71% vs. >75%), ce qui indique que la part des cotisations des familles réellement utilisée pour la prise en charge des prestations de santé est faible. Enfin, l'importance des « frais de fonctionnement brut » indique un fort coût de gestion du dispositif, ce qui était déjà un point d'alerte du compte de résultat (Tableau II).

2.2.3 - L'exploitation des études de cas

Les études de cas ont été utilisées pour donner des éléments de comparaison pour l'analyse du modèle économique de Djantoli et pour identifier des bonnes pratiques utiles pour la réflexion sur les évolutions possibles du dispositif. Le choix a été fait de se concentrer sur un nombre réduit de projets qui avaient une proximité forte avec Djantoli dans leurs localisation géographique, leurs finalités et leur niveau de maturité. Trois projets ont été étudiés : 1) celui d'AFAFI, mutuelle de santé communautaire mise en place par l'ONG InterAide à Antananarivo, à Madagascar (contexte urbain) ; 2) le projet « Keneya Sabatili » de l'Union Technique des Mutuelles (UTM) qui concernait 7 mutuelles de la région de Sikasso au Mali qui bénéficiaient d'un co-financement étatique dans le cadre d'un projet pilote (taille similaire, historicité comparable, Mali) ; 3) les services à base communautaire (SBC) mis en œuvre par les ONG au Burkina Faso dans le cadre du Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS).

2.2.3.1 - Les projets d'assurance santé communautaire

L'analyse des projets AFAFI d'InterAide (27,28) et « Keneya Sabatili » de l'UTM (29) a été fondée sur les documents de présentation et les rapports d'évaluation des projets.

Un tableau comparatif des projets en matière d'offre et de modèles de gestion a été dressé pour faciliter l'analyse. Il est présenté dans le Tableau V.

Tableau V - Tableau comparatif des offres et modèles de gestion de Djantoli, d'AFAFI, de l'UTM

	Djantoli	AFAFI	UTM
Fréquence de paiement des familles	Mensuel	Par cycle de crédit	Mensuel
Adhésion volontaire ou obligatoire	Volontaire	Obligatoire	Volontaire
Adhésion individuelle ou familiale	Individuelle (moins de 5 ans uniquement)	Familiale	Familiale
Partenariat avec une Institution de Micro-Finance	Non en Commune 3, Oui à Ouagadougou	Oui, CEFOR (organisation issue d'InterAide)	Non : « les IMF n'ont pas adhéré au projet « faute d'un business case clair »
Panier de soins pris en charges	Primaire (ambulatoire)	Focus sur les hospitalisations, quelques soins primaires	Primaire, secondaire, tertiaire (ambulatoire et hospitalisations)
Prestataires couverts	Public	Publics et privés	Public
Prix de la cotisation (rapporté à l'individu)	500FCFA (0,80 euros)	0,10 euros (hypothèse de 4 membres par famille)	550 FCFA (0,85 euros)

Ce tableau comparatif a permis de noter des différences importantes en termes de fréquence de paiement (mensuel pour Djantoli et l'UTM vs. par cycle de crédit pour AFAFI), de base d'adhésion (individuelle pour Djantoli vs. familiale pour AFAFI et UTM), de niveau de prise en charge (soins primaires pour Djantoli vs. soins primaires et hospitalisations pour AFAFI et couverture de l'ensemble des niveaux pour UTM) et de niveau de prix (0,80€ pour Djantoli et l'UTM vs. 0,10€ pour AFAFI). Ces éléments ont été pris en compte dans notre analyse.

2.2.3.2 - Les services à base communautaire

Nous avons également étudié le programme national de services de santé à base communautaire mis en place au Burkina Faso. Ce programme, financé par un groupement de bailleurs externes, et piloté par le PADS, repose sur le financement en cascade d'ONG de renforcement de capacité (RenCap) et d'Organisations à Base Communautaire d'Exécution (OBCE) qui déploient un paquet d'activités à l'échelle communautaire en s'appuyant sur des Agents de Santé Communautaire (ASC). L'analyse du programme a été fondée sur différents rapports d'évaluation (30, 31, 32) et sur les informations recueillies lors de notre entretien avec l'ancien responsable du programme de contractualisation des ONG du PADS. L'Annexe V présente une synthèse détaillée de l'entretien.

2.3 - Méthode d'analyse du contexte politique

L'analyse du contexte politique s'est concentrée sur les deux domaines d'intervention de Djantoli : la santé communautaire d'une part, la couverture maladie d'autre part. L'étude a été menée à travers l'analyse de documents publics et des entretiens semi-dirigés avec des responsables au sein des autorités sanitaires. Ces informations devaient nous aider à identifier les opportunités d'institutionnalisation du dispositif Djantoli ou d'une partie de ses activités dans les cadres d'intervention publics.

2.3.1 - Le contexte en matière de santé communautaire

Plusieurs pays à faibles revenus sollicitent, depuis la Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, les Agents de Santé Communautaire (ASC) pour dispenser des services de santé dans la communauté. Au départ, les ASC étaient définis comme des membres volontaires de la communauté, choisis par elle et redevables devant elle de leur activité (33). L'enthousiasme initial s'est traduit par le développement de nombreux programmes communautaires, particulièrement en Afrique. La stratégie à long terme était que ces programmes soient dupliqués à l'échelle nationale. Au Burkina Faso, ces agents ont commencé à exercer leur rôle dans les années 80. Ils ont été de plus en plus sollicités par le système de santé, les Partenaires Techniques et Financiers et les organisations de la société civile et ont vu leur rôle se renforcer avec l'identification des « Interventions à Gain Rapide » pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement qu'ils relaient auprès des populations (30). Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011–2020, a fixé, entre autres objectifs, le développement des Services à base communautaire (SBC) (34). Avec l'élaboration, en 2008, du document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé et celle de la politique nationale de promotion de la santé (en attente de validation (35)), le Burkina Faso s'est engagé en faveur d'une intégration forte des activités de santé communautaire dans la politique de santé et le système de soins.

L'entretien mené avec la responsable du programme de santé communautaire du PADS (Annexe V) nous a permis d'obtenir des éléments sur les résultats de ces stratégies, le niveau d'engagement politique effectif et les évolutions à venir.

2.3.2 - Le contexte en matière de Couverture Santé Universelle

Les limites des politiques de recouvrement des coûts mises en place dans les années 80 en Afrique de l'Ouest ont été mises en lumière ces dernières années : inéquité face aux soins, insuffisance des ressources des ménages pour lever des fonds substantiels, limites des dispositifs d'exemption pour les indigents. Pour ces raisons, certains bailleurs de fonds et acteurs de la santé promeuvent aujourd'hui des mécanismes de financement de la santé basés sur des formes d'assurance décentralisée, à base communautaire. Tout en poursuivant une logique de contribution par les usagers, ces mécanismes permettent un partage plus équitable des frais de santé au sein de la population et réduisent les principaux écueils liés au paiement direct au moment des soins en évitant les dépenses de santé catastrophiques. Des pays comme le Ghana ou le Rwanda ont mis en œuvre des politiques de couverture santé universelle basées sur l'appui aux mutuelles de santé communautaires pour les populations informelles, qui ont donné des résultats probants (90% de couverture pour le Rwanda, 50% pour le Ghana) (36). D'autres pays ont fait le choix de politiques d'exemption de paiement pour certaines catégories vulnérables de la population (femmes enceintes, jeunes enfants). Ces politiques ont montré un impact net sur l'amélioration de l'accès aux soins des populations (37).

Dans le souci d'étendre la protection sociale à l'ensemble de la population, le Burkina Faso s'est engagé depuis 2008 dans un processus de réflexion visant à mettre en place un système national d'Assurance Maladie Universelle (AMU) à partir de 2015. Ce projet a été adopté lors du Conseil des ministres le 4 août 2008. Un comité national de pilotage, incluant des représentants des ministères techniques concernés, des organismes de prévoyance sociale, des établissements de santé, des mutuelles de santé, des partenaires de la société civile, étudie actuellement les moyens de mettre en place un système cohérent d'assurance maladie devant permettre un large accès des populations aux soins de santé. Le projet d'assurance maladie se décline en 3 volets : 1) une assurance maladie obligatoire pour le secteur formel ; 2) une assurance maladie volontaire pour les populations vivant du secteur informel ; 3) un mécanisme d'assistance (gratuité) pour les indigents. Parallèlement à ce mouvement porté par le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale, des initiatives pilotes ont été mises en œuvre au Burkina Faso par certaines ONG, sur financement européen, pour tester la faisabilité d'une exemption de paiement pour les soins primaires des 0-5 ans. Sur la base des résultats de ces projets (38), le Ministère de la Santé au Burkina Faso a établi un document stratégique pour la mise en place de l'exemption de paiement pour les 0-5 ans.

L'entretien avec le Secrétaire général de l'AMU, au sein du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale du Burkina Faso (Annexe VI) a permis de préciser l'état d'avancement de ces chantiers.

3 -Résultats

Le développement d'outils analytiques nous a permis de mettre en lumière des points d'attention dans les indicateurs de performance financière du dispositif Djantoli. L'étude d'autres projets dans le domaine de l'assurance santé nous a aidés à identifier des leviers d'amélioration potentiels du modèle économique de Djantoli. Enfin, l'étude du contexte politique à l'œuvre au Burkina Faso nous a permis de préciser les grandes orientations en matière de politiques de santé dont Djantoli doit tenir compte dans sa stratégie de pérennisation. Sur la base de ces éléments, nous nous sommes attachés à cerner les enjeux de pérennisation du dispositif Djantoli, identifier les évolutions nécessaires du dispositif et formaliser des scénarii possibles de pérennisation financière.

3.1 - Les enjeux de pérennisation financière du dispositif Djantoli

3.1.1 - Trouver le juste équilibre entre viabilité économique et pertinence sociale

3.1.1.1 - Un prix et des modalités de paiement accessibles

Le tableau IV a mis en évidence que les coûts relatifs à la gestion du service d'assurance santé de Djantoli étaient au-delà des recommandations du secteur. L'analyse du modèle de gestion de l'association a montré qu'une des raisons principales tenait au choix fait

par l'association d'opter pour un paiement mensuel des cotisations (vs. un paiement semestriel ou annuel dans la plupart des mutuelles). Ce choix est justifié par la volonté de toucher des populations vulnérables urbaines dont les capacités de trésorerie rendent souvent impossibles le pré-paiement d'une cotisation semestrielle ou annuelle.

L'exemple de la mutuelle AFAFI, à Madagascar, a montré qu'il était possible de synchroniser le paiement de la cotisation à la mutuelle sur un cycle de crédit contracté auprès d'une institution de micro-finance (IMF) partenaire (29). Les frais liés au recouvrement des cotisations sont alors nuls pour la mutuelle. Djantoli a mis en place ce type de partenariat avec des IMF à Ouagadougou. Elle leur a délégué la gestion du recouvrement mensuel des cotisations¹. Néanmoins, ces offres ne touchent pas les populations qui n'ont pas accès aux produits d'épargne et de crédit. Se pose alors la question de la cible du programme et notamment de sa capacité à toucher des familles qui n'ont accès ni aux produits des IMF ni aux dispositifs de gratuité pour les indigents. Sarriot et *alli.* (2004) mettaient ainsi en garde contre une recherche d'« autonomisation » des programmes qui irait de pair avec le refus de cibler les plus pauvres et donc à l'encontre de leur équité (40).

3.1.1.2 - Le focus sur les jeunes enfants

De plus, l'activité d'assurance santé du dispositif Djantoli se concentre sur les enfants de moins de 5 ans exclusivement. La cotisation est individuelle et l'accès au service est réservé aux enfants de cette tranche d'âge. Le tableau V montre qu'AFAFI et l'UTM ont fait des choix différents, en optant pour des adhésions familiales, en cohérence avec les recommandations du secteur. L'adhésion familiale favorise en effet un meilleur partage des risques entre les adhérents car la probabilité qu'un enfant en bas âge ou qu'une femme en âge de procréer soit malade est plus grande que celle qu'un homme entre 20 et 40 ans le soit. En assurant exclusivement les membres du foyer a priori les plus vulnérables, i.e. les enfants de moins de cinq ans, Djantoli a fait un choix orienté vers une finalité sociale (la protection de la santé de l'enfant) mais économiquement risqué.

3.1.2 - Garantir une bonne gestion avec des ressources humaines professionnelles

3.1.2.1 - Des fonctions de gestion gérées par des professionnels

Djantoli a fait le choix d'une gestion professionnelle et non bénévole, aussi bien pour le pilotage des activités préventives via le poste de superviseur, que pour celle des activités d'assurance santé avec le poste de caissier (Annexe III). Ceci a bien entendu un coût. Comme l'indique le ratio des frais de fonctionnement brut présenté dans le Tableau IV, 53% des recettes du service sont utilisées pour financer le fonctionnement du service.

Néanmoins, notre étude a montré que cet investissement était justifié. En effet, la gestion bénévole est apparue comme une cause majeure du faible taux de pénétration

¹ Rapport annuel 2014, Djantoli, p. 17

des mutuelles, de l'insatisfaction et de la défection des adhérents (37). Les mêmes conclusions sont ressorties du projet de l'UTM au Mali qui constatait que les activités de promotion et de gestion devaient être pilotées par du personnel salarié pour engendrer la confiance des populations (30). Les enquêtes internes menées par Djantoli ont également montré que les prestataires de soins partenaires de Djantoli valorisaient tout particulièrement la bonne gestion du dispositif.¹

L'enjeu est donc de maintenir le professionnalisme et la qualité de gestion que ces ressources humaines salariées fournissent, tout en limitant le coût relatif de ce poste sur l'ensemble du dispositif.

3.1.2.2 - Des agents de suivi rémunérés, supervisés et formés

Les agents de suivi Djantoli sont des agents de santé communautaire qui mènent dans la communauté des activités de prévention et de promotion de la santé. Néanmoins, ils se distinguent des ASC des programmes nationaux par leur profil, leur action, leur statut, leur formation et leur supervision.

Les agents de suivi Djantoli sont des femmes issues de la communauté. Le choix de recruter uniquement des femmes se justifie par la relation de confiance et de proximité qu'elles doivent nouer autour des enjeux de santé de l'enfant mais également de la mère (qui peuvent être plus délicats à aborder avec un agent homme). Les agents de suivi sont recrutées par un comité de sélection regroupant des représentants de Djantoli, des représentants du comité de gestion du centre de santé partenaire (représentants de la communauté) et le directeur technique du centre de santé, l'infirmier Chef de Poste (ICP), parmi un pool de candidates. L'entretien de recrutement vise à évaluer leur niveau de connaissance initial des pratiques préventives en santé et leur capacité d'animation. Elles doivent être alphabétisées. Leur rôle va au-delà d'interventions ponctuelles lors de campagnes de masse puisqu'elles assurent un suivi de routine de la santé des enfants abonnés très régulier. Les agents Djantoli touchent une rémunération fixe assortie de primes de performance. Elles sont supervisées toutes les semaines et bénéficient d'une formation initiale de sept jours et de formations continues organisées en collaboration avec les centres de santé partenaire, ce qui renforce le lien entre les agents et le système de soin.

A contrario les ASC sont des volontaires, choisis par la communauté exclusivement, supervisées par les ICP et appuyées par les animateurs des OBCE dans le cadre de certaines activités ponctuelles. L'évaluation des SBC menés au Burkina Faso par les ASC a mis en lumière l'impact limité des activités en raison du profil et du statut des ASC (37), de la faible coordination avec le système de santé (38), du manque de formation et de supervision prévus dans ces dispositifs. Selon Seck et Valéa (2011), les « *Agents de Santé à Base Communautaire sont d'un niveau d'instruction et d'alphabétisation très bas, généralement d'âge avancé et ont une mauvaise compréhension de leur rôle d'ASBC* »(35).

¹ Enquête sur la valeur perçue du service par les médecins des centres partenaires, 2014

Les formations reçues par les ASC ne semblent pas suffisantes pour assurer des SBC de qualité. Ainsi, 61% des ASC ne sont pas satisfaits de leur niveau de connaissance au regard des charges et des activités qui leur sont confiées (37).

Le choix fait par Djantoli de miser sur des ressources professionnelles, mobilisées et rémunérées sur une base régulière, et d'investir dans une formation continue et une supervision rapprochée, a un coût important. Cependant, l'étude des activités menées dans le cadre du PADS montre que cet investissement se révèle plus efficient en termes d'utilisation des ressources humaines que la mobilisation de ressources bénévoles, car les agents de suivi Djantoli assurent les fonctions combinées des ASC et des animateurs des OBCE pour environ 115 familles et réalisent deux visites à domicile et une causerie éducative par mois alors qu'un ASC bénévole couvre environ 200 familles mais ne mène des actions dans la communauté qu'une fois par mois en moyenne (Annexe V).

3.1.3 - S'inscrire dans un système de soins en évolution

3.1.3.1 - Mutuelles familiales et gratuité des soins pour les enfants

Nous avons appris dans notre entretien avec M. Seynou (Annexe VI), qu'un projet de loi sur l'AMU avait été défini et adopté en conseil des ministres le 29 juillet 2015. Il est actuellement en relecture par le parlement de transition, le conseil national de transition, et devrait être adopté d'ici septembre 2015. Il prévoit que l'extension de la couverture maladie auprès des populations informelles passe par les mutuelles sociales communautaires. Un plan de développement des mutuelles est porté par la Direction Générale de la Protection Sociale et prévoit de créer une mutuelle par commune et une union de mutuelles par région. Le taux d'adhésion aux mutuelles est aujourd'hui en deçà de 6% (39). L'Etat a prévu d'apporter un appui financier aux mutuelles pour accompagner la dynamique de développement nationale. L'offre d'assurance portée par les mutuelles devrait couvrir les trois niveaux de soins (primaire, secondaire, tertiaire) et prendre en charge 80% des dépenses de santé. Le coût du panier de soin a été estimé à 8500FCFA par personne et par an. La contribution des ménages (hors cas d'exemptions) s'élèverait à environ 35% du coût du panier de soins, soit environ 250 FCFA/mois (Annexe VI).

En parallèle, il semble que le Burkina Faso s'oriente également dans l'adoption d'une politique d'exemption des frais de santé pour les enfants de moins de 5 ans. En effet, le projet de loi sur l'AMU prévoit d'ores et déjà que le gouvernement puisse, sur simple décret, identifier des segments de populations spécifiques à exempter du paiement de l'AMU et plaide pour une intégration complète de la gestion de ces mécanismes de gratuité dans les organes de l'assurance maladie. La question de l'intégration des différentes stratégies de financement de la santé est en effet l'enjeu majeur pour la mise en place d'une Couverture Santé Universelle cohérente (40).

La situation politique transitoire du Burkina Faso ne permet pas de savoir précisément dans quels délais ces politiques seront mises en place. Néanmoins, ce nouveau contexte

politique remet en cause la pertinence pour Djantoli d'offrir un service d'assurance santé ciblé sur les 0-5 ans et invite à réfléchir à l'opportunité de faire évoluer son dispositif d'assurance santé vers celui d'une mutuelle de santé familiale pour être en cohérence avec les politiques nationales de financement de la santé et pouvoir bénéficier des cofinancements étatiques prévus dans le cadre de la politique d'extension de la couverture maladie via les mutuelles.

3.1.3.2 - Un consensus de plus en plus large sur les limites du volontariat

S'il existe globalement un consensus sur l'intérêt de l'approche communautaire reposant sur le travail des ASC pour la prévention des maladies de la mère et de l'enfant (30), et sur son « coût-efficacité » par rapport à l'approche institutionnelle, en particulier pour la lutte contre l'infection VIH et la tuberculose (41), la question du « volontariat » des ASC est aujourd'hui sujette à débat.

Les ASC ne bénéficient pas de rémunération fixe pour leurs actions et touchent uniquement des primes « à la tâche ». Cette irrégularité des revenus crée une forte démotivation (30,33). Or il a été montré que la motivation était significativement associée à la qualité de l'apport des relais-communautaires (42). Ainsi 87% des ASC au Burkina Faso ont indiqué que l'insuffisance d'appui financier constituait la plus grande difficulté pour la mise en œuvre de leurs activités (32). Des études économétriques ont montré que si la contribution à la communauté était une motivation importante des ASC, elle restait inférieure à celle liée aux rétributions futures anticipées. En sous-estimant ces attentes, et les coûts inhérents à la défection et au renouvellement des ASC, les concepteurs de programme de santé communautaire risquent de mettre en péril leur pérennité (43). L'ensemble de ces constats a également été établi par la responsable du PADS (Annexe V) et une proposition d'évolution du statut de l'ASC au Burkina Faso a été formulée pour que l'Etat s'engage à leur verser une indemnité fixe mensuelle de 15 000 FCFA (20 euros), en sus des primes ponctuelles reçues lors des activités spécifiques (dépistage, vaccinations de masse etc.) (43). Cette prise de conscience va dans le sens des principes d'actions de Djantoli et de son choix de miser sur des agents de suivi professionnels. Les agents de suivi Djantoli bénéficient d'une prime fixe d'environ 30 000 FCFA et de primes de performance, pour une rémunération totale avoisinant 50 000 FCFA par mois.

3.1.3.3 - Un enjeu global de soutenabilité des programmes communautaires

La « soutenabilité financière » des dispositifs de santé communautaire est problématique. L'exemple du PADS montre que les allocations prévues pour la mise en œuvre des activités dans le cadre des programmes nationaux ne sont pas suffisantes (Annexe V). Le coût réel de ces programmes est plus important, ce qui oblige les associations à mobiliser des sources de financement complémentaires. Ainsi la pérennisation de ces activités dans les budgets nationaux est encore aujourd'hui incertaine. Notre entretien avec la responsable du PADS a révélé un contexte actuel peu

favorable. La poursuite du programme de contractualisation des ONG du PADS risque d'être remise en cause. Dans ce contexte, les SBC ne seront mis en place que sur des financements ciblés, dans une « logique projet », qui est par nature non pérenne. La responsable du PADS que nous avons interrogée a conclu ainsi « *Notre programme n'est pas pérenne. Il n'y a que les structures publiques qui sont pérennes, mais elles n'ont pas la capacité de recruter du personnel. Les formations sanitaires n'arrivent même pas à gérer leurs bénévoles.* » (Annexe V)

3.2 - Les évolutions nécessaires du dispositif

3.2.1 - Sur le volet assurance

3.2.1.1 - Elargir la prise en charge

L'analyse des activités d'assurance santé menées par Djantoli ainsi que l'évolution du contexte réglementaire au Burkina Faso plaident pour une évolution de l'offre, aujourd'hui centrée exclusivement sur les soins de l'enfant, vers une base familiale conformément aux recommandations du secteur. C'est le seul scénario qui semble à même de garantir la pérennisation financière du système (en améliorant sa performance financière) et son inscription dans la politique nationale de couverture santé universelle.

La prise en charge est également apparue trop restrictive. Le Tableau IV montre ainsi que le taux de sinistralité est inférieur à 75% dans le modèle de Djantoli, ce qui indique que la part des cotisations utilisées pour le remboursement effectif des soins n'est pas optimum. C'est également ce qu'indiquent les enquêtes de valeur perçue menées par l'association¹. Le cas de la mutuelle AFAFI à Madagascar est instructif puisque celle-ci a choisi de mettre principalement l'accent sur la prise en charge des hospitalisations (plus rares, coût plus élevé) dans les risques couverts par la mutuelle (28), ce qui permet de limiter les dépenses catastrophiques et donne un caractère très tangible au bénéfice de l'assurance en cas de problème majeur de santé tout en facilitant la viabilité du dispositif étant donnée la rareté du risque.

Une innovation intéressante de la mutuelle AFAFI dont Djantoli pourrait s'inspirer est de proposer une offre de soins diversifiée (incluant prestataires publics et privés) et également la prise en charge de médicaments fournis par les officines privées, même si le niveau de remboursement est inférieur à celui proposé dans les dépôts pharmaceutiques des centres publics (29). Elargir le panel de prestataires pris en charge permet de limiter les risques d'insatisfaction en cas de défaut des prestataires publics (qui connaissent notamment des ruptures de stock de médicaments régulières).

L'AMU au Burkina Faso s'oriente quant à elle vers une prise en charge des trois niveaux de soins (Annexe VI). Il semble donc pertinent pour Djantoli de développer une offre d'assurance santé qui soit en cohérence avec le panier de soins prévu, à savoir 80% de prise en charge des dépenses de santé sur les trois niveaux de la pyramide sanitaire.

¹ Enquête sur la valeur perçue du service par les abonnés, 2014

3.2.1.2 - Trouver des solutions pour améliorer le recouvrement

Une des leçons de notre analyse est la difficulté du dispositif à assurer le paiement des cotisations de ses adhérents en temps et en heure. Le recouvrement des retards de paiement pose deux problèmes : des difficultés de trésorerie d'une part, et une mobilisation importante des ressources humaines sur ces sujets d'autre part.

Des solutions doivent être trouvées pour limiter le temps et les ressources utilisées pour le recouvrement. Comme le fait la mutuelle AFAFI avec son partenaire IMF CEFOR, il est pertinent de développer activement des partenariats stratégiques avec des groupements constitués pour faciliter des adhésions de groupes et déléguer aux structures partenaires le recouvrement ou le paiement des cotisations pour leurs membres. Une stratégie plus dynamique de recherche de partenariats avec des groupements constitués (groupements professionnels notamment) pourrait être activée.

Ces partenariats ne sont pas toujours faciles à nouer comme l'a montré l'exemple de l'UTM où les IMF n'ont pas adhéré au projet « faute d'un business case clair »(29).

3.2.1.3 - Optimiser les activités et outils de gestion

L'optimisation des coûts de gestion du service est apparue nécessaire. L'analyse des tableaux de bord utilisés par l'association a révélé que l'investissement dans un outil de gestion permettant un traitement plus automatique des données était indispensable si l'association souhaitait poursuivre le principe d'un paiement mensuel du service, tout en passant à une autre échelle d'action. Ceci permettrait d'économiser le temps des ressources humaines mobilisées sur les aspects comptables et financiers ainsi que sur le suivi des abonnements au service.

Des outils axés sur le contrôle de gestion et le suivi des ratios clés de performance d'un produit d'assurance santé devraient être mis en place pour faciliter l'évaluation en continu par les équipes de la viabilité financière du dispositif.

3.2.1.4 - Faire évoluer le portage de l'activité

L'activité d'assurance santé aujourd'hui pilotée par Djantoli pourrait être portée par une mutuelle sociale locale afin de garantir une meilleure pérennité du dispositif. L'ONG appuierait techniquement, dans un premier temps, cette mutuelle pour garantir un ciblage adéquat des populations et une gestion de qualité, qui sont ce que les populations et les partenaires de santé considèrent comme les points forts de Djantoli.

3.2.2 - Sur le volet préventif

3.2.2.1 - Intégrer les agents dans le réseau des ASC nationaux

Même si la pérennité des dispositifs nationaux de financement des activités à base communautaire est fragile, il est apparu opportun d'intégrer les agents de suivi Djantoli de manière plus formelle comme acteurs de ces dispositifs. L'association pourrait recruter les agents de suivi parmi le réseau des ASC existants si ceux-ci présentent un

niveau de qualification et une motivation suffisante pour le rôle. Il s'agirait alors d'adapter la charge horaire des agents de suivi Djantoli pour que l'activité de surveillance préventive soit compatible avec les activités complémentaires sur lesquelles les ASC sont mobilisés via le district sanitaire ou les OBCE. Si la qualification des ASC existants n'est pas suffisante, l'association pourrait néanmoins proposer d'associer ses agents aux activités du district sanitaire, comme elle a pu le faire à Bamako, au Mali, dans le cadre de la riposte contre Ebola, en menant des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) auprès des familles de ses quartiers d'intervention (abonnées et non-abonnées)¹.

Cette intégration est apparue importante 1) pour l'harmonisation des activités menées dans la communauté, 2) parce que les ASC sont peu actifs en zone urbaine et 3) dans la perspective d'une institutionnalisation potentielle d'une partie des activités menées par les agents de suivi via les dispositifs nationaux si ceux-ci parvenaient à se pérenniser.

3.2.2.2 - *Diversifier les activités des agents de suivi*

Il est apparu également pertinent de repenser les activités menées par les agents au sein des foyers pour qu'elles couvrent plus largement les besoins et demandes des familles abonnées au dispositif et prennent en compte les priorités du système de soin local.

La surveillance standardisée de la santé de l'enfant telle que proposée aujourd'hui par l'association est très qualitative et efficace, surtout pour les jeunes enfants et les mères qui ont besoin d'un accompagnement de très grande proximité dans l'acquisition de compétences essentielles en santé. D'après les enquêtes menées auprès des familles bénéficiaires à Bamako, elle semble moins cruciale quand l'enfant grandit et que la mère a acquis une certaine autonomie dans le suivi de la santé de son enfant. Un parcours d'accompagnement progressif et évolutif pourrait être proposé aux familles plutôt qu'une offre standardisée. Cela permettrait de mobiliser les ressources des agents là où les besoins sont les plus importants, et non de manière uniforme.

Cette flexibilité dans les modalités d'accompagnement par les agents permettrait également de mieux intégrer leur action aux différents programmes menés dans le domaine de la santé communautaire (PADS, Prise en charge à domicile (PECADO) du paludisme, activités de vaccination...), et de diversifier ainsi les sources de financement des agents entre différents acteurs (nationaux, internationaux, associatifs, privés) qui recherchent un accès facilité aux populations et auprès desquels le liens de confiance établis par les agents Djantoli au sein des familles pourraient être valorisés.

3.2.2.3 - *Faire évoluer le portage de l'activité*

L'activité de suivi préventif et d'éducation à la santé peut être portée en théorie par les OBCE qui ont déjà le mandat d'appuyer ces activités dans la communauté. Néanmoins, ces structures sont souvent très dépendantes des financements externes, et en

¹ Rapport annuel 2014, Djantoli, p.14

particulier de ceux du PADS comme l'a révélé notre entretien avec Mme SANOU (Annexe V). Il nous semble plus pertinent pour Djantoli de piloter ces activités en direct, via la création d'une association locale, ou de les intégrer aux activités de la mutuelle locale qui aura vocation à porter les activités d'assurance santé. Cette dernière option de portage semble particulièrement pertinente si l'appui de l'Etat prévu pour les mutuelles de santé inclut un appui à leurs activités de promotion et de prévention santé, comme le prévoit le Secrétaire général de l'AMU (Annexe VI).

3.3 - Les scénarii de pérennisation financière à poursuivre

S'il semble important que l'association garde une logique d'intégration forte dans son offre entre les volets préventifs et assurantiels, la stratégie de financement de l'activité doit être pensée différemment sur chacun des deux volets.

3.3.1 - Choix du scénario sur le volet assurance

L'objectif de l'association sur le volet « assurance santé » doit être d'équilibrer ses coûts voire de dégager une marge bénéficiaire pour co-financer les activités préventives. Une seule stratégie nous a paru pertinente pour atteindre cet objectif : l'évolution vers une mutuelle de santé à base familiale. Pour opérationnaliser cette évolution, deux scénarii sont possibles, celui de la création d'une mutuelle ou celui de l'adossement à une mutuelle existante. Dans le cadre du projet à MobiSan, la cartographie des acteurs dressée par les équipes sur le terrain a révélé l'absence de mutuelle de santé dans la commune, ce qui élimine de fait le second scénario (Annexe VII).

Un seul scénario est donc retenu pour la stratégie de pérennisation du volet assurance dans le cadre du projet MobiSan : l'appui à la création d'une mutuelle locale susceptible de porter les activités à la suite de la phase projet. En élargissant à une base familiale l'activité d'assurance santé, le dispositif bénéficiera d'une base de la solidarité plus large et pourra mieux lisser les risques. Par ailleurs, la structure pourra bénéficier de l'appui étatique prévu dans le cadre de l'AMU et des co-financements associés.

La politique nationale semble s'orienter vers un principe d'adhésion volontaire, dans un premier temps pour les populations vivant du secteur informel. Ce principe sera donc conservé dans l'offre de Djantoli même s'il génère une forte volatilité des adhérents comme l'a montré le taux de désabonnement mensuel (Tableau II). Des stratégies de ciblage de groupements organisés plus solvables (groupements professionnels, clients d'IMF), pourront être poursuivies par la mutuelle pour limiter la fluctuation des adhésions et améliorer sa viabilité financière.

La cartographie des acteurs communautaires à Fada N'Gourma a permis d'identifier quatre IMF avec lesquelles le montage de partenariats pourra être exploré (Annexe VII).

3.3.2 - Choix du scénario sur le volet préventif

L'activité préventive ne devrait pas peser financièrement sur les abonnés qui ont une capacité contributive limitée, au risque de restreindre significativement l'adhésion au

dispositif. Les travaux d'Esther Duflo ont montré que faire payer les services préventifs constituait un frein majeur à leur utilisation par les populations. L'impact positif des services préventifs sur la société dans son ensemble justifie qu'ils soient subventionnés voire que l'on mette en place des incitatifs pour en dynamiser la demande (44). Le volet préventif doit donc être financé par ceux qui ont un intérêt à ce que les populations aient des comportements favorables à la santé et un suivi sanitaire de qualité.

Le premier scénario, qui nous semble le plus pertinent au vu de la mission de santé publique des agents Djantoli serait celui d'un financement par la mutuelle locale créée d'une part et par l'Etat d'autre part. Une mutuelle a en effet un intérêt économique clair à investir dans des activités de prévention pour maintenir un taux de sinistralité soutenable. Le niveau de co-financement qui pourra être apporté par la mutuelle aux activités de prévention est bien sûr dépendant de sa capacité à atteindre l'objectif de rentabilité de ses activités d'assurance santé décrit précédemment et de la capacité contributive des populations. L'Etat a un intérêt à financer un dispositif de prévention efficace pour améliorer la santé des populations. Pour bénéficier d'un soutien étatique, deux conditions essentielles : 1) les agents de suivi Djantoli doivent être des acteurs du dispositif national des ASC (Voir supra) ; 2) l'engagement de l'Etat à donner des indemnités fixes pour les ASC doit être poursuivi.

Malgré la pertinence de ce premier scénario, l'étude a montré que l'institutionnalisation dans les structures nationales des dispositifs préventifs communautaires était difficile. Il nous a donc paru nécessaire pour l'association d'explorer un scénario de financement alternatif ou complémentaire à celui de l'Etat. Pour compléter le co-financement du dispositif préventif par la mutuelle déjà mentionné, une deuxième stratégie pourrait être poursuivie : celle de la fourniture de produits ou services par les agents Djantoli. Des activités de distribution de proximité pourraient être développées dans le cadre de partenariats institutionnels. Les agents de suivi pourraient ainsi être « prestataires » d'acteurs publics ou économiques pour faciliter l'accès des populations à leurs services ou produits. Cette stratégie s'appuierait sur la confiance acquise par les agents auprès des familles. Elle supposerait la recherche de partenariats à forte valeur ajoutée pour les familles qui soient en cohérence avec leur rôle de conseillère santé et ne présentent pas de risque de dégradation de leur image vis-à-vis des familles. Des stratégies de fourniture de produits nutritionnels ou d'hygiène pourraient être imaginées, ainsi que des stratégies d'information sur des questions de santé publique ou sur les dispositifs publics existants qui auraient intérêt à se faire connaître auprès des populations.

Ce scénario présente l'avantage de fidéliser les abonnés à travers une diversification des services apportés « à domicile ». Ses principaux désavantages résident dans le risque d'« éparpillement » de l'agent qui pourrait être préjudiciable à sa mission centrale de surveillance préventive et dans la complexité de gestion de ces multiples activités. Il est à noter que ce scénario n'est pas exclusif du précédent. Les deux stratégies peuvent être poursuivies en parallèle pour diversifier les revenus de la structure : financement de la mutuelle, subventions étatiques, recettes de prestations des agents.

4 -Discussion

Notre mission de stage nous a permis de dessiner les scénarii de pérennisation à poursuivre pour l'association Djantoli, au moment où elle lance son service de santé préventive et d'assurance santé à Fada N'Gourma. Nous avons également pu qualifier le niveau de pertinence et de faisabilité de ces scénarii aux regards des évolutions politiques à l'œuvre. Après avoir précisé les limites du travail mené dans le cadre de ce stage, nous nous attacherons à mettre nos résultats en perspective avec les travaux existants sur la question de la pérennisation et en particulier sur l'identification des facteurs concourant à la réussite de cette dynamique, avant de formuler des recommandations pour l'organisation.

4.1 - *Limites méthodologiques*

Le travail mené présente certaines limites qu'il convient de préciser.

D'abord, le choix d'analyser le modèle économique du dispositif que l'association prévoit de déployer à Fada N'Gourma à partir de l'automne 2015 (analyse prospective) sur la base de données retrospectives issues des activités à Bamako, au Mali est discutable.

La différence de niveau de vie des populations entre le Mali et le Burkina Faso est relativement faible. Les différences culturelles et socio-économiques le sont beaucoup plus entre une capitale, très densément peuplée, et habitée majoritairement par des populations *bambara* et une ville secondaire, moins dense, et majoritairement habitée par des populations *gourmantché*. Les occupations journalières des familles et en particulier des mères sont susceptibles d'être très différentes, avec une difficulté supplémentaire à Fada, liée à l'absence d'une grande partie de la population pendant la saison des travaux champêtres (environ 3 mois). Par ailleurs, les pratiques relatives à la santé sont marquées par des construits culturels et sociaux qui diffèrent d'une ethnie à l'autre. Tous ces éléments peuvent avoir une influence directe sur les indicateurs économiques du service (taux d'adhésion, taux de recouvrement, taux de défection) et sur les variables du modèle (offre, prix, canaux de distribution, stratégies de promotion).

Il est donc essentiel de bien tenir compte de l'organisation sociale et économique et des pratiques individuelles et collectives des populations de Fada pour réfléchir à la stratégie de pérennisation du dispositif Djantoli dans ce contexte spécifique. Pour cela, Djantoli peut compter sur ses partenaires dans le cadre du projet MobiSan (le Gret, et les deux OBCE APAC Fandima et Base Fandima) qui ont une très grande connaissance des populations de la zone. L'ONG a par ailleurs mené des études amont pour identifier les points d'attention particuliers à avoir dans la conception de l'offre au regard du contexte local. Une étude du prix des denrées alimentaires a été menée ainsi que des entretiens avec les populations à travers des groupements de femmes et associations locales pour avoir une idée de la capacité contributive des familles et préciser quel niveau de contribution des ménages était envisageable.

Ensuite, la méthode utilisée pour l'analyse économique du modèle, basée sur une répartition des coûts actuels entre les activités de prévention et d'assurance présente aussi certaines limites. D'abord, elle a été basée sur les données d'un projet dont la structure de coût n'est pas encore totalement optimisée, dans la mesure où les ressources mobilisées aujourd'hui pourraient permettre d'assurer le service pour un plus grand nombre de familles (Annexe III). Ensuite, certains coûts seraient en réalité plus élevés qu'ils ne le sont aujourd'hui si les deux activités étaient menées de manière totalement dissociées. En effet, l'intégration des actions de prévention et d'assurance permet aujourd'hui de mutualiser certaines ressources humaines (agents de suivi, superviseurs) sur les fonctions de gestion (recouvrement en particulier) et de suivi (rapportage). De même, les coûts de structure sont mutualisés entre les deux activités. Cette mutualisation a d'ailleurs été également recherchée dans le scénario d'évolution proposé puisque la mutuelle porterait les activités préventives directement, de façon à faire des économies d'échelle sur les coûts de structures et de gestion.

Pour ce qui est de l'analyse du contexte politique au Burkina Faso, une certaine prudence doit être observée. Notre travail de recherche s'est déroulé pendant une période de « transition politique ». Aussi, si la mise en œuvre des grands chantiers politiques planifiés par le régime précédent (assurance maladie universelle notamment) a peu de chance d'être totalement remise en cause, elle risque d'être largement retardée.

Il faut noter que deux des entretiens que nous avons sollicités n'ont pas pu être menés dans les délais impartis pour la mission de stage. Ces entretiens avec des représentants de l'UNICEF et d'une OBCE de la zone de Fada N'Gourma nous auraient permis de compléter notre étude.

4.2 - La multiplicité des facteurs de pérennisation

Notre analyse a montré qu'une multiplicité de facteurs concourrait à la réussite d'une stratégie de pérennisation financière. L'ensemble des facteurs identifiés dans la littérature comme ayant une influence sur la pérennisation d'une intervention (2-4) restent valables si l'on s'intéresse spécifiquement à sa capacité à être durablement financée. Nous pouvons en faire le constat en reprenant dans une perspective financière l'ensemble des dix critères identifiés par le Groupe Pérennité de Médecins du Monde comme conditions à la pérennisation d'une intervention (4).

Pour commencer, une innovation aura plus de facilité à mobiliser durablement des ressources si elle a démontré sa *pertinence* (existence du besoin), son *efficacité* (impact), sa *réplicabilité*, et son *adaptabilité* à différents contextes. Mais ces pré-requis ne sont pas suffisants. L'innovation proposée par Djantoli a démontré qu'elle répondait à ces critères. Sa pérennisation financière n'en est pas pour autant assurée.

La pérennisation financière d'une innovation suppose en général que son coût de revient soit pertinent au regard des effets qu'elle produit (*efficience*). Ce dernier aspect, qui rejoint la notion de « coût-efficacité » utilisée dans notre analyse, mériterait d'être mesuré plus précisément dans le cas de Djantoli. Des évaluations des effets comparés

1) d'un service de mutuelle de santé communautaire, 2) d'un service de mutuelle de santé combiné à des services préventifs ponctuels menés par les ASC publics et 3) du service Djantoli pourrait être intéressantes pour démontrer les impacts spécifiques du dispositif. Ces évaluations nécessitent bien sûr des moyens importants et doivent être menées sur des temps relativement longs pour être valables, ce qui a un coût.

La *viabilité* est un critère fondamental. Il atteste du potentiel d'une activité à s'intégrer durablement dans les circuits socio-économiques existants, mais également de sa capacité à être opérée techniquement dans l'environnement dans lequel elle s'inscrit. Nous retrouvons ici la notion de *fonctionnalité* de l'innovation, sa capacité à être opérée par les acteurs locaux. Cet aspect mériterait d'être davantage étudié pour valider la capacité des structures « hôtes » à porter efficacement le dispositif. L'état des lieux des mutuelles de santé au Burkina Faso révèle qu'aujourd'hui leurs capacités de gestion sont limitées (39). Un appui technique important serait donc nécessaire pour en faire des structures de portage effectif du dispositif Djantoli.

Enfin, parce qu'elle passe en général par le financement durable des usagers ou de la puissance publique, la pérennisation financière d'une innovation nécessite qu'elle soit *acceptable socialement* (que les populations y adhèrent) et *institutionnellement* (que les structures publiques l'appuient voire l'intègrent). Pour le premier point, le faible taux d'adhésion aux mutuelles au Burkina Faso (< 6%) aujourd'hui révèle l'ampleur du défi. Adhérer à un mécanisme de prévoyance sociale est un acte très éloigné des priorités des populations, dont le coût d'opportunité est difficile à appréhender par elles (24). Surtout, un frein persistant à l'amélioration du recours aux soins des populations reste le faible niveau de qualité des soins prodigués par les structures de santé publiques (36,38). Cette faible qualité est évidemment un frein à l'adhésion des populations aux services d'assurance santé, comme les équipes de Djantoli le constatent régulièrement. Les enquêtes de désabonnement révèlent en effet que le mauvais accueil, l'attente, et l'indisponibilité des médicaments dans les centres de santé partenaires sont les principales causes d'insatisfaction du service. Pour le deuxième point, nous l'avons vu, la question est tout autant une question de « soutenabilité financière » des dispositifs dans les budgets nationaux que de volonté politique, ce qui rend ce facteur très peu dépendant de l'action directe de l'ONG. Nous retrouvons ici le caractère imprévisible de la dynamique de pérennisation, qui est souvent très dépendante de facteurs externes qui vont bien au-delà du seul domaine de la santé (45).

4.3 - Une priorité pour Djantoli : capitaliser, partager

Notre analyse a montré qu'une priorité devait être donnée par l'association à une meilleure inscription de son activité dans l'écosystème des acteurs existants pour une meilleure inscription de son action dans les schémas nationaux et afin de créer un environnement favorable au développement et à la pérennisation de ses actions.

Cela suppose de faire connaître son action, ses résultats et de documenter ses pratiques. Les enquêtes qualitatives conduites par l'association auprès du personnel soignant dans

les centres de santé partenaires ont confirmé des effets importants du projet (ex. accélération du dépistage et du recours aux soins, diminution du coût de prise en charge, adoption effective et durable de pratiques favorables à la santé). Une meilleure documentation de ces impacts par Djantoli serait utile pour bâtir une stratégie de plaidoyer efficace auprès des acteurs de l'assurance santé comme de ceux de la santé communautaire.

La mise en place d'un comité de pilotage réunissant les directions centrales du Ministère de la Santé dans le cadre du projet MobiSan a été identifiée comme un cadre intéressant à exploiter pour une meilleure diffusion des résultats de Djantoli. Il est apparu que des ponts avec le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale en charge de l'AMU et avec la Direction Générale de la Protection Sociale en charge de l'appui aux mutuelles devaient être créés. Par ailleurs, Djantoli doit s'impliquer dans les cadres de concertation existants et se faire connaître auprès des acteurs de ces secteurs.

4.4 - *Diffuser la démarche et les principes d'action*

Si la définition d'une stratégie de pérennisation claire et d'objectifs précis en la matière est nécessaire pour travailler à la poursuite des activités et des ressources mises en place par Djantoli, il nous semble tout aussi important pour l'organisation de réfléchir à la pérennité des effets de son action au-delà de celle du dispositif.

D'abord, parce que la pérennisation du dispositif est dépendante de nombreux facteurs extérieurs, qu'elle nécessite un temps long pour l'appui technique et le renforcement des acteurs susceptibles de poursuivre l'activité et pour mener un plaidoyer efficace au sein des structures publiques. Mais, surtout, parce que les principes d'actions et les méthodes développées par Djantoli (intégration prévention-prévoyance, utilisation des technologies pour la santé, formation de médiateurs professionnels) nous semblent importants et diffusables dès à présent dans les pratiques des acteurs locaux.

Pour toutes ces raisons, l'association Djantoli a signé en 2014 un partenariat avec la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire (DNPSSES) au Mali, visant à mener des activités de capitalisation croisée avec l'ensemble des acteurs de la mutualité pour échanger sur les méthodes et outils utilisés par les uns et les autres, documenter les procédés (conventionnement des centres, évaluation, contrôle des fraudes), diffuser les résultats et travailler à une harmonisation sur la base des « meilleures pratiques »¹. Le même travail pourrait être mené au sein des cadres de concertation autour de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Ce travail de diffusion du savoir-faire de l'ONG apparaît d'autant plus fondamental à mener que le Burkina Faso est encore à un stade de réflexion sur sa stratégie d'extension de la couverture santé auprès des populations informelles et que les autorités en charge de la mise en œuvre de ces politiques semblent ouvertes à l'intégration d'approches développées par les ONG, notamment pour la mobilisation sociale et la promotion de la

¹ Rapport annuel 2014, Djantoli, p.15

santé auprès des populations informelles et conscients de la nécessité d'adopter des approches spécifiques pour le milieu urbain. Une bonne documentation des résultats et des méthodes de Djantoli dans ce domaine pourraient utilement informer les décideurs et plaider pour l'intégration d'activités préventives dans le paquet de prise en charge prévu par le schéma d'assurance maladie national, au-delà des soins curatif. Cela apparaît en effet essentiel sur le plan économique, pour garantir la soutenabilité financière du dispositif de prise en charge, mais également d'un point de vue sanitaire, pour que l'accès universel aux soins des burkinabè concorde avec un accès effectif à des soins de qualité, dès les premiers symptômes.

En conclusion, l'étude des stratégies de pérennisation possibles du dispositif de Djantoli dans le cadre du projet MobiSan nous a incité à avoir une lecture critique du modèle économique développé par l'organisation, à construire des outils d'analyse et des tableaux de bord qui pourront être réutilisés par l'organisation pour le suivi des indicateurs clés de performance financière et à mettre les défis de Djantoli en regard des travaux déjà menés sur la question délicate de la pérennisation financière des innovations en santé. Surtout, cette étude nous a permis d'identifier des évolutions importantes à donner au projet, non seulement en termes d'offre de services aux populations, mais également sur le positionnement de Djantoli vis-à-vis de son écosystème qui devraient informer utilement les décisions de l'organisation à l'avenir.

INDEX DES TABLES

<u>Tableau 1 - Le "marketing mix" du service Djantoli à Bamako</u>	17
<u>Tableau 2 - Compte de résultat simplifié du dispositif en Commune 3 de Bamako, 2014 (en €).</u>	18
<u>Tableau 3 - Indicateurs de pilotage de la performance de Djantoli</u>	19
<u>Tableau 4 - Indicateurs de gestion du produit d'assurance santé Djantoli</u>	20
<u>Tableau 5 - Tableau comparatif des offres et modèles de gestion de Djantoli, d'AFAFI et de l'UTM</u>	20

INDEX DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 - Description du service Djantoli proposé <i>aux</i> mères d'enfants de moins de 5 ans	11
---	----

BIBLIOGRAPHIE

1. US Agency for International Development. Sustainability of development programs: A compendium of donor expérience. USAID, Washington DC; 1988.
2. Pluye P, Potvin L, Denis J-L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann.* mai 2004;27(2):121-33.
3. Shediak-Rizkallah MC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Educ Res.* 3 janv 1998;13(1):87-108.
4. Cornillot P, Flachenberg F, Blanchet K, Galland B, NGOMA PHUATI A. L'accompagnement des changements dans les services de santé : quelles priorités pour quelle pérennité ? Guide des bonnes pratiques pour conduire la pérennisation d'une innovation en santé. Groupe pérennité; 2005.
5. Samb OM, Ridde V, Queuille L. Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ? *Rev Tiers Monde.* 1 sept 2013;215(3):73-91.
6. Bureau International du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Bureau International du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté. Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique. Genève: Organisation Internationale du Travail; 2003.
7. Analyses coût/bénéfices, coût/efficacité et analyse comparative des coûts | The Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: <https://www.povertyactionlab.org/>
8. Jensen E. Cost-effectiveness and financial sustainability in family planning operations research. In: *Operations research: helping family planning programs work better* Proceedings of an International Conference and Workshop on Using Operations Research to Help Family Planning Programs Work Better, held in Columbia, Maryland, June 11-14, 1990 [Internet]. edited by Myrna Seidman, Marjorie C. Horn. New York, New York, Wiley-Liss,; 1991. Disponible sur: <http://www.popline.org/node/317643#sthash.6x09rLtn.dpuf>
9. L'Entrepreneuriat Social | Ashoka France Belgique Suisse [Internet]. [cité 1 août 2015]. Disponible sur: <http://france.ashoka.org/lentrepreneuriat-social>
10. Mouvement des entrepreneurs sociaux (Mouves) | Qu'est-ce que l'entrepreneuriat social ? – [Internet]. [cité 1 août 2015]. Disponible sur: <http://mouves.org/l-entrepreneuriat-social>

11. Simonyan D, Gagnon M-P, Duchesne T, Roos-Weil A. Effects of a telehealth programme using mobile data transmission on primary healthcare utilisation among children in Bamako, Mali. *J Telemed Telecare*. 1 sept 2013;19(6):302-6.
12. Gagnon M-P, Simonyan D, Ly AB. Évaluation du projet PESINET à Bamako-Coura en Commune III de Bamako, Mali. 2012.
13. Goita I. Evaluation d'un programme de suivi et de prise en charge des maladies infantiles grâce à l'utilisation des TIC en termes de compréhension et de satisfaction des bénéficiaires. Cas de « PESINET » [Internet]. [Bamako, Mali]: Université de Bamako, Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odontostomatologie; 2010. Disponible sur: www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M457.pdf
14. Preventative Child Health in Mali | Stanford Social Innovation Review [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.ssireview.org/blog/entry/preventative_child_health_in_mali
15. Gradl C, Sivakumaran S, Sobhani S. The MDGs: Everyone's Business. How inclusive business models contribute to development and who supports them. [Internet]. 2010. Disponible sur: United Nations Development Program – Growing Inclusive Markets
16. Kubzansky M, Cooper A, Barbary V. Promise and Progress market-based solutions to poverty in Africa [Internet]. Monitor Group; 2011. Disponible sur: <http://web.mit.edu/idi/idi/Africa-%20PromiseAndProgress-MIM.pdf>
17. mHealth Alliance, Rockefeller award top 11 innovators of 2011 | Government Health IT [Internet]. [cité 1 août 2015]. Disponible sur: <http://www.govhealthit.com/news/mhealth-alliance-rockefeller-award-top-11-innovators-2011>
18. L'association Crésus et Pesinet Prix du forum Convergences 2015 [Internet]. Eco & entreprise. [cité 1 août 2015]. Disponible sur: <http://lemonde-emploi.blog.lemonde.fr/2011/05/04/lassociation-cresus-et-pesinet-prix-du-forum-convergences-2015/>
19. Ministère de l'Economie et des Finances, Institut National de la Statistique et de la Démographie, Measure DHS. Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV) et à Indicateurs Multiples (MICS) IV – Burkina Faso – Rapport préliminaire. 2010.
20. Direction de la Nutrition. Rapport. Enquête nutritionnelle nationale. Ministère de la Santé du Burkina Faso; 2011.
21. Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires. Annuaire Statistique 2012, Burkina Faso. Minsitère de la Santé du Burkina Faso; 2013 mai.

22. OMS/UNICEF, Alma Ata 1978. Les soins de santé primaires. OMS, Genève, réimpression 1986,; 1986.
23. Schoene M. Au sujet de la santé communautaire. Institut Renaudot; 2003.
24. Letourmy A, Pavy-Letourmy A. La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu. Agence Française de Développement. Notes et Documents. Document n°26; 2005.
25. Irwin RD. E. Jérôme McCarthy, Basic Marketing. A Managerial Approach. 1960.
26. Clerck L de, Roos-Weil A, Carpentier P, Clerck A de. Combining local resources and mobile telephony to increase resort to care and reduce child mortality in Mali. Field Actions Sci Rep J Field Actions [Internet]. 12 juin 2012 [cité 30 juill 2015];(Special Issue 5). Disponible sur: <http://factsreports.revues.org/2234?lang=fr>
27. InterAide. AFAFI – « Protégeons la famille », Programme de Mutuelle de santé pour les familles des bas quartiers de la ville d’Antananarivo – Madagascar, Note de présentation. 2010.
28. Andrianaonitsoa V, Razakaharivelo C, Guichandut P. Evaluation Inter-Aide – Rapport Final, Renforcement des capacités des acteurs proposant un développement socio-économique aux familles défavorisées vivant en milieu urbain à Madagascar. 2010.
29. Projet Kénéya Sabatili « Assurer la santé » -- UTM [Internet]. [cité 3 août 2015]. Disponible sur: <http://www.impactinsurance.org/fr/projects/lessons/keneya-sabatili-project-insuring-health>
30. Seck A, Valea D. Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso. Rapport Final. Ministère de la Santé du Burkina Faso; 2011 févr.
31. Bureau du Conseil en Santé. Evaluation à mi-parcours de l’approche de contractualisation des activités de santé avec les ONG et associations au Burkina Faso. Résumé du rapport final. Ministère de la Santé du Burkina Faso; 2013 févr.
32. Evaluation de la prestation des agents de santé à base communautaire. Rapport provisoire. Fonds Mondial et OMS; 2013 juin.
33. Marchais M-A. Cadre de référence. Les Agents de Santé Communautaires (ASC). Médecins du Monde; 2009.
34. Plan National de Développement Sanitaire 2011–2020. Ministère de la Santé du Burkina Faso; 2011.

35. Promotion de la santé au Burkina: La politique nationale en relecture [Internet]. aOuaga.com. [cité 6 août 2015]. Disponible sur: <http://news.aOuaga.com/h/20476.html>
36. Boidin B. Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise. *Économie Publique* Public Econ. 25 nov 2012;(28-29):47-70.
37. Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest.
38. Olivier de Sardan J-P, Ridde V. L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger: Les contradictions des politiques publiques. *Afr Contemp*. 2012;243(3):11.
39. Boreux C. Etat des lieux de l'existant des mutuelles de santé, Région du Centre, Burkina Faso. Burkina Faso: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2013.
40. La gratuité des soins, une étape vers la couverture universelle en Afrique? Peut-être, si on tire les leçons du passé récent ! [Internet]. Financing Health in Africa: Le Blog. [cité 6 août 2015]. Disponible sur: <http://www.healthfinancingafrica.org/3/post/2013/03/la-gratuit-des-soins-une-tape-vers-la-couverture-universelleen-afrique-peut-tre-si-on-tire-les-leons-du-pass-rcent.html>
41. Islam MA, Wakai S, Ishikawa N, Chowdhury AMR, Vaughan JP. Cost-effectiveness of community health workers in tuberculosis control in Bangladesh. *Bull World Health Organ*. 2002;80(6):445-50.
42. Adom PVM, Ouendo EM, Salami L, Napo-Koura G, Makoutodé M. Qualité de l'apport des relais dans la PCIME-Communautaire au Bénin. *Santé Publique*. 15 mars 2014;Vol. 26(2):241-8.
43. Kasteng F, Settumba S, Källander K, Vassall A, Group the inSCALE S. Valuing the work of unpaid community health workers and exploring the incentives to volunteering in rural Africa. *Health Policy Plan*. 22 mai 2015;czv042.
44. Delalande F. « Lutter contre la pauvreté » par Esther DUFLO. *Groupe d'intérêt public santé-protection sociale internationale*; 2010.
45. Sarriot EG, Winch PJ, Ryan LJ, Edison J, Bowie J, Swedberg E, et al. Qualitative research to make practical sense of sustainability in primary health care projects implemented by non-governmental organizations. *Int J Health Plann Manage*. 1 janv 2004;19(1):3-22.

ANNEXES

1. Cadre logique du projet MobiSan

Items	Intitulé	Indicateurs objectivement Vérifiables
Objectif général	Amélioration de la santé materno-infantile par la mise en place de services basés sur la téléphonie mobile dans le dispositif de santé à l'échelle communautaire	
Spécifique	Augmenter le recours aux bonnes pratiques sanitaires et nutritionnelles et aux services de santé materno-infantile des femmes en âge de procréer, enceintes ou allaitantes et des parents d'enfants de moins de 5 ans	5150 enfants et 20000 femmes bénéficiaires des services Doublement du taux de recours au soin pour 850 enfants Augmentation de 20 points du taux de recours au soin pour 4300 enfants Entre 10 à 30 points d'amélioration des connaissances et pratiques des soins materno infantiles, d'ANJE et des pratiques courantes de santé des femmes bénéficiaires.
Résultats attendus	R1 : Un service de suivi sanitaire continu associé à une prise en charge mutualisée des dépenses de santé pour les enfants de moins de 5 ans avec transmission d'information au CSPS via mobile est mis en place	850 familles abonnées au service à la fin du projet 4 CSPS équipés et formés Taux de recours aux soins de ces familles deux fois plus important que la moyenne des familles de la zone
	R2 : Un service de sensibilisation aux pratiques sanitaires et nutritionnelles par la diffusion régulière d'informations personnalisées via SMS et de supports multimédia via Bluetooth est mis en place	20000 femmes se sont abonnées au service 24 agents de santé des CSPS et 150 ASBC formés au service Amélioration des connaissances et pratiques de soins materno-infantiles et d'ANJE (d'au moins + 10 points) parmi les 8000 femmes enceintes et allaitantes ciblées Amélioration des connaissances (d'au moins 30 points) et pratiques (d'au moins 25 points) sur les pratiques courantes de santé (PF, paludisme, hygiène, etc.) parmi les 12 000 femmes ciblées en âge d'avoir des enfants.
	R3 : Un suivi personnalisé des référencement et des cas d'abandons par téléphone mobile ciblant les enfants malnutris aigus est opérationnel (moins de 5 ans)	4300 enfants de moins de 5 ans bénéficiaires du service 40 agents de santé des CSPS et 250 ASBC des communes de Fada et Diabo sont formés au service Augmentation du taux de recours aux services de prise en charge de la malnutrition (suite à référencement) de 20 points Réduction du taux d'abandon des enfants malnutris pris en charge de 10 points.
	R4 : Un plaidoyer pour une plus grande insertion des TIC dans les politiques publiques de santé burkinabè est conduit auprès des acteurs publics de la santé à l'échelle territoriale et nationale.	Tenue de 5 ateliers de sensibilisation Réalisation d'une étude de faisabilité de reprise/poursuite activités
		Moyens
Activités pour atteindre Résultat 1	Un service de suivi sanitaire continu et prise en charge mutualisée des dépenses de santé pour les enfants de moins de 5 ans avec transmission d'information au CSPS via mobile est mis en place	RH Fada : 4 animateurs OBCE 50%, 4 animateurs Gret 100%, 2 responsables IEC/PADS OBCE 40%, 1 superviseur service 1 - Djantoli, 1 chargé de mission, 1 coordinateur local à 30%, 1 comptable /caissier à 50%
	R1A1 : Choix des zones d'intervention et des centres partenaires	RH Ouaga : Djantoli : un coordinateur du service à 40% et 1 chef de projet, représentant de Djantoli à 25% - Gret : 1 coordinateur du projet à 50 % et un représentant à 5% et 30 % d'un eq. temps plein de personnel logistique financier et administratif
	R1A2 : Conception du service	RH France : Expert en financement de la santé : 20 jours, Expert en TIC au service du développement : 72 jours,
	R1A3 : Montage des partenariats	Responsable de projet siège 72 jours, Contrôleur de gestion : 36 jours, Assistante administrative : 36 jours, Directeur des opérations : 12 jours, Chargé de communication : 15 jours,
	R1A4 : Conception des procédures et outils	Perdiem
	R1A5 : Recrutement, formation et équipement des équipes	
	R1A6 : Formation et équipement des centres partenaires	
	R1A7 : Promotion du service	Transport international : 4 missions de suivi Gret, 2 missions d'expertise Gret, 4 missions Djantoli 1 mission DAF, 1 mission com.
	R1A8 : Opération du service	Déplacements : Forfait taxi/taxi brousse/bus
Activités pour	R2 - Un service de sensibilisation aux pratiques sanitaires et nutritionnelles par la diffusion régulière d'informations personnalisées via SMS et de supports	Véhicules : 1 voiture, 6 motos (4 motos équipées de Fada, 2 motos OBCE), 5 vélos ADS Djantoli

atteindre Résultat 2	multimédia via Bluetooth est mis en place	
	R2A1-Cadrage du service	
	R2A2-Identification des messages de sensibilisation et élaboration des scénarios filmés	Equipement informatique : 10 ordinateurs (3 équipe de Fada, 2 pour les dispositifs technologiques, 1 de secours et 4 pour les CSPS - 1 imprimante / photocopieuse)
	R2A3-Elaboration de la base des messages	
	R2A4-Réalisation des vidéos	Equipements de télécommunication : - 13 téléphones smartphone : 4 pour l'équipe de Fada, 1 pour le MCD, 2 pour les OBCE, 4 pour les agents de santé Djantoli, 1 pour Ouagadougou et 1 de sécurité - 50 téléphones 2 puces améliorés : 24 pour les CSPS de Fada N'Gourma, 16 pour les CSPS de Diabo, 4 pour les animateurs Gret, 4 pour les animateurs OBCE, deux de sécurité. - 50 téléphones de base pour doter les ASBC en cas d'absence d'équipement.
	R2A5-Conception-développement de l'application technologique d'envoi en masse des SMS	
	R2A6-Test pilote sur population restreinte	
	R2A7-Etude d'identification et recensement de la population destinataire des messages	Cout de fonctionnement : bureau du Gret et OBCE à Fada, Bureau du Gret et Djantoli à Ouagadougou Carburant - Entretien/maintenance véhicules
	R2A8-Formation des Agent de santé et animateurs et accompagnement/formation des ASC	Publications : capitalisation et œuvre multimédia
	R2A9-Déploiement du service SMS - diffusion multimédia et gestion/maintenance du service	Prestataires : jours d'accompagnement local d'un informaticien/développeur, jours d'expertise TIC, jours de développement/maintenance application mobile - Enquêtes CAP avant-projet/après projet - Production de supports multimédia de sensibilisation et conception des messages - Traduction Gurmantchema des SMS - Etude pour la poursuite des services
	R2A10-Promotion du service auprès des groupes cibles	
Activités pour atteindre Résultat 3	R2A11-Suivi évaluation du service	
	R3-Un suivi personnalisé des référencement et des cas d'abandons par téléphone mobile ciblant les enfants malnutris aigus est opérationnel	Indemnités : rémunération des ADS Djantoli - Primes reversés aux IMF pour la gestion du recouvrement des frais d'abonnement
	R3A1-Etude d'identification et cadrage du service	Coûts des conférences/séminaires : Ateliers de lancement et de fin de projet - 5 Ateliers échanges et sensibilisation PP - 3 Comité d'orientation stratégique - 5 Comités d'orientation opérationnelle
	R3A2-Développement de l'application de collecte et diffusion des informations	Mission de supervision suivi district sanitaire/DRS (2 personnes)
	R3A3-Tests pilotes	
	R3A4-Formation des Agent de santé et animateurs et accompagnement/formation des ASC	Coûts d'audit et d'évaluation
Activités pour atteindre Résultat 4	R3A5-Déploiement trimestriel du service de suivi du référencement et des cas d'abandon	Cout de promotion des services auprès des bénéficiaires : leaflets, spots radios, poster pour CSPS. Campagne de promotion par ASBC
	R3A6-Suivi évaluation du service	
	Résultat 4 : Un plaidoyer pour une plus grande insertion des TIC dans les politiques publiques est mené	Frais de formation : 10 jours de formations de 8 animateurs (Gret/OBCE) et 40 agents de santé CSPS, 6 jours de formations de 250 ASBC et agents de santé Djantoli
	R4A1 - Mise en place du comité de pilotage stratégique et réunions	Cout spécifiques service Djantoli : Equipement ADS Djantoli (pèse-bébé/sacs...), équipement CSPS Djantoli (pèse-bébé/sacs...), consommables liés au service Djantoli, rémunération des AdS Djantoli, Primes reversés aux IMF pour la gestion du recouvrement des frais d'abonnement
	R4A2-Préparation et tenue des séminaires de lancement et clôture avec les autorités sanitaires locales et nationales	
	R4A3-Préparation et mis en œuvre des enquêtes CAP	Frais de promotion du projet : banderoles, kakemono, plaquettes
	R4A4-Préparation et Tenue des Ateliers de sensibilisation plaidoyer/d'influence	Communication des services : forfait crédit téléphonique pour ASC, forfait téléphone pour CSPS, forfait crédit pour ADS Djantoli, forfait versés aux CSPS pour interne, Coûts des SMS Sensibilisation
	R4A5-Reflexion et étude de la stratégie de sortie/reprise	Remboursement / compensation : Remboursement des coûts de prise en charge médicale Djantoli- forfait transport local pour familles indigentes - forfait CSPS pour surcharge lié à augmentation des visites Prestataires
	R4A6-Elaboration de la stratégie de prise en charge des services	
	R4A7-Conception et production du Web documentaire	Frais administratifs
Activités transverses	R4A8-Capitalisation du projet et publication d'un document	Total projet
	Mise en place de l'équipe projet et pilotage	
	Mise en place du comité de pilotage projet et réunions	
	Mise en place des moyens humains	
	Achats équipements informatiques et télécommunications	
	Achats véhicules	
	Négociation et Conventionnement avec les CSPS et autorités sanitaires partenaires du projet	
	Audit et évaluation ex post Participation aux activités communication/capitalisation AFD	

2. Liste des documents fournis pour l'analyse du dispositif Djantoli

- Rapport annuel 2014, Djantoli
- Synthèse mensuelle par site, Programme Commune 3, Bamako, Mali
- Tableaux de bord 2013, 2014, 2015, Programme Commune 3, Bamako, Mali
- Journaux comptables consolidés, Programme Commune 3, Bamako, Mali, 2014
- Synthèse de l'enquête sur la valeur perçue du service Djantoli auprès des médecins des centres partenaires (Bamako, février 2014)
- Synthèse de l'enquête sur la valeur perçue du service Djantoli auprès des abonnés (Bamako, juin 2014)

3. Présentation synthétique de l'organisation humaine, logistique et financière du dispositif Djantoli

Synthèse des informations recueillies auprès de Lucie de Clerck, directrice du développement et responsable au siège des activités au Mali.

1. Les Ressources Humaines mobilisées

Dans l'équipe projet :

1. Les agents de suivi Djantoli :

Rôle :

Les agents sont chargées de :

- se rendre (à pied) deux fois par mois dans les familles abonnées pour effectuer une visite préventive de santé : pesée de l'enfant, examen clinique simple, collecte des données sanitaires clés, enregistrement des données dans l'application mobile, prodiguer des conseils personnalisés à la mère lors de la visite santé
- animer une fois par mois une session de « causerie éducative » de 20 min environ avec une quinzaine de familles (majoritairement abonnées)
- récolter les cotisations, en espèce, auprès des parents et les reverser au caissier.

Profil

Ces femmes, vivant dans les quartiers cibles, sont recrutées en collaboration avec les centres de santé, souvent parmi leur bénévoles ou relais-communautaires, suite à un entretien oral et un test écrit de connaissance sur les messages clés de prévention santé. Elles doivent savoir lire et écrire.

Formation

Elles bénéficient d'une formation initiale de 2 jours sur les outils et procédures du service, d'une formation de 5 jours sur les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) et la Communication pour le Changement de Comportement (CCC). Elles bénéficient également de formations continues (2 ½ journées tous les trimestres).

Périmètre d'intervention

Elles suivent maximum 150 enfants (115 familles).

2. Les superviseurs

Rôle

Ils sont chargés, sur un périmètre donné, d'assurer le suivi de l'ensemble des activités opérationnelles, de superviser le travail des agents (gestion de planning, contrôle de la qualité), de gérer les relations avec les centres de santé, de collecter et consolider les indicateurs de suivi du projet (nombre de consultations, abonnements, désabonnements) tous les mois, de coordonner les formations des agents de suivi.

Profil

Ils ont des profils de gestionnaires ou de travailleurs sociaux.

Formation

Ils bénéficient d'une formation sur les outils et procédures de Djantoli (2 jours), sur les PFE et la CCC, ainsi que d'une formation de formateur (2 jours).

Périmètre d'intervention

Ils peuvent superviser maximum 4 centres de santé partenaires et 12 agents

3. Les caissiers

Rôle

Ils sont responsables de la gestion des flux financiers liés aux activités : encaissement des recettes collectées par les agents, tenue de la caisse, contrôle des flux financiers, production et archivage des pièces comptables, paiement des prestataires de soins (centre de santé partenaires), gestion des achats, reporting financier mensuel, gestion des paies. Ils contrôlent l'appartenance des patients qui ont bénéficié de la prise à charge à Djantoli et leur statut de paiement (contrôle *a posteriori*)¹.

Profil

Ils ont une formation universitaire en comptabilité.

Formation

Ils sont formés sur les procédures et outils comptables de Djantoli (2 jours) et bénéficie d'un suivi-formatif des équipes du siège (équivalent à 3 jours).

Périmètre d'intervention

Ils doivent pouvoir gérer l'activité pour 2 500 enfants.

Dans les centres de santé partenaires :

– Les équipes soignantes

Elles assurent la consultation des abonnés Djantoli (sans les prioriser par rapport aux autres consultants), l'enregistrement de la consultation dans l'application web et la revue des dossiers patients (historique de données collectées), l'enregistrement des prescriptions sur un ordonnancier spécifique (à quatre souches). Elles ne sont pas rémunérées par le service pour le travail supplémentaire.

– Les gérants des dépôts pharmaceutiques

Ils doivent fournir aux abonnés les médicaments prescrits, après vérification de leur statut de paiement, appliquer la réduction de 50%, renseigner sur l'ordonnance les produits achetés ou non-achetés, disponibles ou non disponibles, archiver l'ordonnance, consolider et transmettre la facture mensuelle au caissier de Djantoli (pour les 50% du montant des médicaments pris en charge par l'assurance Djantoli).

¹ Activité non menée en 2014, mise en place en 2015

2. Logistique

Les agents sont dotés de smartphones et d'un pèse-bébé, d'une blouse et d'un sac de protection pour leurs outils. Les centres de santé sont dotés d'un ordinateur, d'une clé internet par mobile, d'ordonnanciers spécifiques à quatre souches. Les superviseurs et caissiers sont dotés d'un téléphone, d'ordinateurs et d'une connexion internet. Ils sont basés dans les centres de santé et au bureau de l'association. Ils ont un forfait carburant pour couvrir leur déplacement et un forfait téléphonique mensuel. Pour le moment, ils utilisent leurs véhicules personnels mais l'achat de moto est prévu.

3. Gestion financière

L'ensemble des recettes est reversé au caissier qui effectue les dépenses nécessaires pour le fonctionnement opérationnel du dispositif.

Djantoli verse en fin de mois aux prestataires de soins 1) un forfait *per capita* pour compenser le manque à gagner des centres sur les consultations médicales (normalement payantes), 2) 50% du montant des médicaments prescrits aux abonnés, sur la base du prix public de vente.

Les équipes médicales qui doivent consulter les dossiers des abonnés et enregistrer les consultations dans la plateforme web n'ont pas de primes pour ce surcroît de travail.

4. Répartition analytique des coûts du dispositif Djantoli (Programme Commune 3, Bamako, 2014)

Charges						
			Assurance		Prévention	
Types	Commentaires	Montants annuels	%	Montant	%	Montant
Charges d'exploitation		51 005		24 094		26 911
Opérations		22 133	49%	10 867	51%	11 266
Indemnités Agents de Suivi	12 AdS en janv-sept, 14 en oct-déc	9 977	25%	2 494	75%	7 483
Prestations de santé	5 centres en janv-oct, 6 en nov-déc	8 373	100%	8 373	0%	-
Consommables causeries	rafraîchissements pour les causeries éducatives	1 002	0%	-	100%	1 002
Maintenance équipements AdS	achats batterie, chargeurs, réparations, renouvellement, confections blouses	317	0%	-	100%	317
Internet centres de santé (dossiers patient)	5 centres en janv-oct, 6 en nov-déc	1 008	0%	-	100%	1 008
Maintenance équipements centres des sa	réparation internet, ordi	244	0%	-	100%	244
Crédit téléphonique (envoi données santé)	12 AdS en janv-sept, 14 en oct-déc	1 212	0%	-	100%	1 212
Gestion		25 061	42%	10 510	58%	14 552
Salaires superviseurs	2 sur 12 mois	9 315	30%	2 794	70%	6 520
Salaire caissier	1 sur 12 mois	3 048	100%	3 048	0%	-
Consommables bureau + maintenance équipements administratifs	réunions, frais de fonctionnement du bureau (eau, electricité, ménage...)	4 992	30%	1 498	70%	3 494
Consommables - gestion paiements	ordonnanciers, reçus, cartes d'abonnement, cachets	2 292	100%	2 292	0%	-
Consommables - gestion plannings	impression des plannings	636	0%	-	100%	636
Frais de déplacement	carburant superviseurs, caissier + déplacements réunions	854	35%	299	65%	555
Internet bureau	Crédit 3G caissier, superviseurs, WIFI bureau	233	30%	70	70%	163
Crédit téléphonique supervision	Crédit pour 2 superviseur + 1 caissier	1 767	0%	-	100%	1 767
Crédit téléphonique recouvrement	Crédit spécifique appel défaut paiement	491	100%	491	0%	-
Suivi-évaluation	Frais d'enquête + dépenses de communication pour enquêtes (impression questionnaires) + stagiaire évaluation (2 mois)	1 256	0%	-	100%	1 256
Dépenses de communication	Impression pour réunions, partenaires etc.	177	10%	18	90%	159
Commercialisation		2 717	100%	2 717	0%	-
Indemnités Agents de Promotion	En moyenne 2 par mois sur 12 mois	1 366	100%	1 366	0%	-
Dépenses de communication commerciale	brochure, poster, pancartes, frais radio, approche communautaire	1 351	100%	1 351	0%	-
Formation		1 093	0%	-	100%	1 093
Formation internes	3 formations continues + formation AdS nouveau centre	241	0%	-	100%	241
Formation externes	1 formation dans l'année de 5 jours + formation formateur	852	0%	-	100%	852
Total charges d'exploitation		51 005	47%	24 094	53%	26 911
Charges financières		89	100%	89	0%	-
Frais bancaires	Frais de gestion de compte, virement etc.	89	100%	89	0%	-
Charges exceptionnelles		892	50%	446	50%	446
Evénements sociaux, imprévus	Frais liés au changement de nom (pancartes, blouses) + dons et libéralités + fêtes	892	50%	446	50%	446
Total des charges de l'exercice		51 985	47%	24 628	53%	27 357

Précisions méthodologiques :

Le tableau ci-dessus reprend l'ensemble des coûts opérationnels liés à la mise en œuvre du dispositif Djantoli en 2014 en les répartissant par nature d'activité.

Les clés de répartition ont été discutées et validées avec Lucie de Clerck, directrice du développement et responsable des projets au Mali.

Les coûts relatifs à la coordination du projet par l'ONG Djantoli ont été « sortis » de l'analyse pour se concentrer sur les coûts liés à l'activité opérationnelle. Néanmoins, une partie de frais de déplacement du coordinateur de l'ONG ont été maintenus dans l'analyse du modèle car ils seraient transférés aux superviseurs, en son absence.

Les coûts relatifs à la formation initiale sur les PFE et la CCC ont été maintenus dans le modèle, bien qu'ils soient plutôt des « coûts d'investissement » par nature, pour deux raisons : 1) l'extension du programme et le recrutement de nouveaux agents de manière régulière oblige à mener des formations initiales au moins une fois par an ; 2) même si l'objectif est d'internaliser la compétence de formation, l'association souhaite renforcer dans le même temps les formations continues trimestrielles, et proposer un « forfait formateur » aux équipes soignantes du centre impliquées dans la formation. Au global, il a été estimé que le coût de formation récurrent, même si l'association ne fait plus appel à des formateurs externes, resterait dans le même ordre de grandeur.

Les coûts de consommables ont été répartis entre les deux activités même si le détail des journaux comptables ne permet pas d'analyser précisément l'utilisation des consommables.

5. Synthèse de l'entretien avec Mme Sanou, Responsable Gestion et Patrimoine au Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) du Burkina Faso

Date de l'entretien : le 04 août 2015

Durée de l'entretien : 1h15

Modalité de l'entretien : entretien réalisé par téléphone

Élément méthodologiques

En amont de l'entretien, nous avons transmis par e-mail un document de présentation de l'ONG Djantoli ainsi que le guide d'entretien. En introduction, nous avons présenté succinctement les activités de l'ONG Djantoli et exposé l'objectif du travail de recherche dans lequel l'entretien s'inscrivait. Nous avons également rappelé les objectifs de l'entretien. Des notes ont été prises lors de l'entretien et les échanges ont été enregistrés. Les éléments ci-après ne sont pas une retranscription littérale des échanges mais une synthèse détaillée de l'entretien. Certains échanges sont cités littéralement quand cela nous est apparu opportun.

1. Présentation du PADS

Le PADS a été créé en 2002, d'abord sous la forme d'un projet, avant de devenir un programme public à part entière à partir de 2005. Au départ, le PADS a été créé pour gérer les fonds spécifiques d'un bailleur comme agence de gestion des ressources de ce bailleur pour un projet spécifique. L'objectif était de « sortir » la gestion du projet de l'administration générale du Ministère de la Santé, pour permettre au bailleur d'avoir une meilleure visibilité sur l'affectation des ressources et faciliter le suivi des actions. Le rôle du PADS s'est ensuite institutionnalisé quand d'autres bailleurs ont rejoint le dispositif, en y voyant un mécanisme intéressant pour assurer une meilleure redevabilité des acteurs nationaux sur les actions menées sur financement des bailleurs externes.

Aujourd'hui le PADS est une structure fiduciaire qui a pour objet de gérer les ressources d'une multitude de partenaires sur une multitude de thématiques (nutrition, santé de la reproduction, lutte contre le paludisme, vaccinations...). Ses bailleurs actuels sont la GAVI, la Banque Mondiale, l'UNICEF, le FUNUAP, les coopérations bilatérales françaises et allemandes. Historiquement, la coopération néerlandaise était le principal bailleur du PADS mais ils se sont retirés du Burkina Faso en 2014.

Le PADS reverse ces ressources, en fonction de programmes d'activité spécifique à deux grands types d'acteurs : 1. Les districts sanitaires ; 2. Les ONG.

Le PADS est sous la tutelle administrative du Ministère de l'Economie et des Finances. Le fonctionnement du PADS est régi par un décret du Ministère de la Santé. Le programme piloté techniquement par un comité de pilotage présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et composé des membres des différentes directions centrales du Ministère de la Santé. Ce comité se réunit tous les semestres.

Le budget annuel du PADS fluctue beaucoup. Il était en moyenne de 7 milliard de FCFA par an sur les 5 dernières années. La fluctuation des budgets d'une année sur l'autre tient au fait que les bailleurs s'engagent sur des durées variables (2, 3 ou 4 ans). C'est en général le PADS qui mobilise lui-même les ressources auprès des bailleurs.

2. Rôle de Mme SANOU au sein de la structure

Jusqu'en mars 2015, Mme SANOU était responsable de la contractualisation des ONG récipiendaires des fonds du PADS. L'avenir du programme de « contractualisation » étant pour le moment incertain, Mme SANOU occupe aujourd'hui le poste de responsable de la gestion du patrimoine du PADS (Ressources Humaines et matérielles). Mme SANOU est économiste.

3. Activités gérées par le PADS

Historiquement, le PADS regroupait différents bailleurs pour financer un « panier commun » d'activités via l'appui aux structures de soins publiques et aux ONG.

Le programme de contractualisation des ONG a été mis en place en 2009 et est opérationnel depuis 2010. Il consistait à « déléguer » à des ONG choisies par l'Etat toutes les activités de santé communautaire reposant sur les Agents de Santé Communautaire (ASC). Des ONG de Renforcement de Capacité (RenCap) ont pour rôle de coordonner l'action et les fonds sur un périmètre géographique donné et de renforcer les capacités des ONG d'exécution (Organisations à Base Communautaire d'Exécution- OBCE). Au total 20 ONG RenCap et 160 OBCE ont été contractualisées en 2010 et sont toujours actives. Le contrat de contractualisation est à durée indéterminée. Il peut être rompu en cas de manquement des ONG à leurs obligations. Le dispositif prévoit un appui financier pour les ONG RenCap et un appui pour les OBC-E calculé en fonction du périmètre d'intervention de chaque structure.

Les OBCE recrutent et supervisent des **animateurs**, qui ont pour rôle d'assurer les activités d'Information, Education, Communication (IEC) en appui des Agents de santé communautaire (en organisant des causeries éducatives) et sont chargés également de consolider les données d'activités des ASC. Ils sont payés à la tâche. Ils ont un niveau BEPC. En général, ils sont rémunérés 5 000 FCFA par activité menée. Certaines OBC-E leur donne une prime fixe de 30 000 FCFA et des primes à la tâche, pour les mobiliser durablement.

Les **Agents de Santé Communautaire** sont des relais bénévoles. Ils ont été choisis par la communauté. En général leur niveau d'éducation est très bas. Ils ne perçoivent pas de rémunération régulière. Ils sont payés à la tâche par les différents partenaires qui les mobilisent sur des activités. Leur rôle consiste notamment à : faire le dépistage de la malnutrition à l'échelle communautaire lors des campagnes de masse, faire les vaccinations de masse lors des Journées Nationales de Vaccination (JNV), faire les références vers les centres de soins des femmes enceintes, enfants malnutris etc. Ils ont également un petit stock de produits préventifs qu'ils peuvent fournir aux populations (traitement anti-palu, contraceptifs). Un ASC assure le suivi de 100 à 500 personnes.

En dehors de l'appui aux activités de santé communautaire menées par les ONG, le PADS appuie le renforcement du système de santé. Mme SANOU a expliqué que si l'approche des bailleurs était au départ « horizontale » avec un objectif de renforcement global des capacités des formations sanitaires (FS), ce sont de plus en plus des logiques « verticales », des logiques projet qui prévalent chez les bailleurs dans l'appui au système de soin. Les financements sont désormais ciblés sur certaines thématiques ou pathologies. Par exemple, GAVI finance le PADS pour qu'il appuie les formations sanitaires et ONG sur une thématique ciblée : la vaccination. Ainsi l'enveloppe « GAVI » finance les formations des personnels de soin, les intrants, des investissements matériels et les primes versés au ASC pour les vaccinations dans la communauté.

Les ASC sont mobilisés par une variété de projets qui travaillent parallèlement. Le PADS est tenu de faire un rapport spécifique pour chaque projet. Un rapport annuel consolidé donne une vue plus

globale de l'ensemble des activités menées par les ASC. Mme SANOU nous a transmis une version électronique du dernier rapport annuel du PADS.

4. Supervision des activités

C'est le Ministère de la Santé qui assure la supervision technique des activités menées. Le PADS se concentre sur le contrôle des aspects budgétaires et financiers.

5. Comment les financements sont-ils décaissés ? A quelle fréquence ?

Les financements sont décaissés par le PADS tous les semestres. Ils sont versés aux districts sanitaires et aux ONG RenCap sur la base d'accords de mise en œuvre pré-établis.

Les ONG RenCap sont responsables de transférer ensuite la part des financements qui revient aux OBC-E qu'elles supervisent, pour qu'elles puissent mener leurs activités.

6. Les financements du PADS suffisent-ils à mener les activités ?

Le PADS verse en moyenne 2 milliards de CFA par an par ONG RenCap. Ensuite chaque OBC-E dispose de 7 à 12 millions de CFA. Les financements octroyés par le PADS ne suffisent pas à mener les activités et toutes les ONG mobilisent des ressources supplémentaires directement auprès de leurs partenaires. Pour cette raison, il est très difficile d'avoir une idée précise du coût exact de ces activités.

7. Des évaluations ont-elles été menées ?

Une évaluation du programme de contractualisation des ONG a été menée mais ses conclusions ont été rejetées par les ONG qui ont trouvé qu'elle ne valorisait pas suffisamment le travail réellement accompli. Une autre évaluation a été demandée et est en cours. L'évaluation portait sur l'évaluation des processus, la collaboration Etat-ONG, et l'impact sur indicateurs de santé(32).

Mme SANOU trouve que le travail d'évaluation était intéressant. Il a montré qu'il y avait peu de collaboration effective entre les agents de santé et les ONG sur le terrain « *C'est comme si on les force à travailler avec les ONG* ». « *Les Formations Sanitaires veulent que les ressources n'aillent pas vers les ONG mais vers eux* ». Il y a une forme de compétition entre le système de soin et les ONG.

Les pouvoirs publics ont trouvé les impacts du programme limités. Pour Mme SANOU, la principale faiblesse du programme réside dans le profil des ASC et leur bénévolat. « On a de gros problème avec les ASC ». « *Le bénévolat ça ne peut pas durer* », « *il faut donner un minimum aux gens* ». Mme SANOU a plaidé pour revoir le profil des ASC et « *relever le niveau* ».

8. Quels développements du dispositif sont prévus ?

Suite aux résultats de l'évaluation, la question se pose donc de la poursuite ou non du programme de contractualisation des ONG. Pour Mme SANOU, il n'est toujours pas clair aujourd'hui si des financements seront alloués en 2016 à ces activités. Certains bailleurs poursuivent leur collaboration, sur des thématiques précises.

Le Fonds Mondial vient de signer une convention pour 2 ans ½. Via ce contrat, le PADS récupère notamment la gestion de la Prise En Charge A Domicile (PECADO) du paludisme simple, qui été précédemment gérée par Plan Burkina.

Mme SANOU et l'UNICEF ont plaidé pour une revalorisation des ASC, dans le cadre de la négociation

du financement du Fonds Mondial. L'Etat s'est engagé à verser aux ASC une prime fixe de 15 000 FCFA qui sera complétée par une prime de 5 000 FCFA payée par le Fonds Mondial. Cette prime vient en plus des primes obtenues « par tâche ». Une note a également été établie par le PADS pour présenter le profil attendu des ASC (meilleure formation, meilleur niveau)(43).

Pour Mme SANOU, il y a un manque de volonté politique pour la poursuite et l'approfondissement de l'approche communautaire. Le ministre de la Santé actuel, médecin, n'est « *pas vraiment pour les approches communautaires* ». Le ministre précédent, économiste, était très favorable à cette approche.

9. La question d'investir sur des ressources permanentes et rémunérées vs. ressources bénévoles a-t-elle été posée ?

Nous évoquons ici le cas de l'Ethiopie par exemple, qui a choisi d'intégrer le rôle d'ASC dans la pyramide sanitaire et de le formaliser. Nous évoquons également le choix fait par Djantoli de mobiliser un réseau d'agents de suivi sanitaire qui sont alphabétisées, formées et supervisées de manière très rapprochée, et qui combinent le rôle des ASC et des animateurs des OBCE.

Mme SAOU est très favorable à cette démarche. Elle cite l'exemple du Ghana qui a recruté des ASC et les a formé sur 2 ans. « *Ce sont des agents professionnels* ». C'est ce qui leur donne la confiance des populations et du système de soin.

Mais selon elle, le Burkina Faso est très loin de faire ce choix. Ainsi ce n'est que pour la durée de la convention avec le Fonds Mondial (2 ans ½) que l'Etat s'est engagé à indemniser les ASC.

10. Quels ponts sont possibles entre Djantoli et le PADS ?

Nous avons échangé sur la stratégie la plus pertinente pour Djantoli pour pérenniser les activités de ses agents de suivi dans le cadre des activités du PADS.

A la question de savoir s'il était opportun de s'adosser aux OBCE, Mme SANOU répond par la négative. « *Les OBC-E ne sont pas stables. Elles ne comptent que sur les ressources du PADS* ».

La pérennité même du dispositif d'appui à l'approche communautaire du PADS semble précaire. « *Notre programme n'est pas pérenne. Il n'y a que les structures publiques qui sont pérennes, mais elles n'ont pas la capacité de recruter du personnel. Les formations sanitaires n'arrivent même pas à gérer leurs bénévoles.* »

11. Diversification des activités et vente de produits

Nous avons ensuite interrogé Mme SANOU sur la pertinence selon elle que les ASC fournissent des produits aux familles pour dégager des revenus. Elle est sceptique. D'abord, aujourd'hui ils n'arrivent pas à dégager des revenus de la marge qu'ils font sur la vente des anti-palus, contraceptifs et autres. « *[Les ASC] ont bouffé leur capital. Ils n'ont même plus de quoi réapprovisionner leur stock* ». Surtout la liste des produits de santé qu'ils peuvent proposer est limitée. Ils n'ont pas le droit de vendre des médicaments. Quand à des produits autres (hygiène par exemple), elle indique « *pour quelqu'un qui ne sait même pas comment il va manger, est-ce que les produits d'hygiène sont sa priorité ?* ».

6. Synthèse de l'entretien avec M. Saïbou SEYNOU, Secrétaire Général de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) du Burkina Faso

Date de l'entretien : le 19 août 2015

Durée de l'entretien : 2 h 00

Modalité de l'entretien : entretien réalisé par téléphone

Elément méthodologiques

En amont de l'entretien, nous avons transmis par e-mail un document de présentation de l'ONG Djantoli ainsi qu'une description des objectifs de l'entretien. Cet entretien a été menée en binôme avec une consultante d'Odyssem qui intervient pour l'association Djantoli sur une mission d'appui stratégique. Cet entretien s'inscrivait dans sa mission et dans notre travail de recherche, nous avons donc choisi de le mener ensemble pour éviter de solliciter notre interlocuteur plusieurs fois.

Des notes ont été prises lors de l'entretien.

Les éléments ci-après ne sont pas une retranscription littérale de l'entretien mais en font une synthèse. Certains échanges sont cités littéralement quand cela nous est apparu opportun.

1. Présentation de l'état d'avancement de la politique d'AMU

Le Burkina Faso a mis en place une politique nationale de protection sociale depuis 2012 qui repose sur 2 pôles : l'assistance sociale qui s'adresse aux populations pauvres et démunies et l'assurance sociale pour les populations salariées et certains groupements de populations, qui repose sur le paiement d'une cotisation. Dans le cadre de cette politique, il était prévu de mettre en place un régime d'Assurance Maladie Universelle. Mme Saïbou SEYNOU pilote les réflexions sur cette mise en place. L'objectif de l'AMU est d'élargir la politique de protection sociale aux risques non couverts aujourd'hui (maladie, chômage notamment) et à l'ensemble de la population résidant sur le territoire.

Un projet de loi portant sur l'AMU a été préparé et adopté une première fois en conseil des ministres en 2014. L'insurrection populations d'octobre 2014 qui a mené à la chute du Président Compaore et à la dissolution de l'assemblée nationale a interrompu le processus. Le projet de loi a donc été de nouveau présenté au Conseil des Ministres, en intégrant les amendements reçus de la précédente assemblée nationale, et adopté le 29 juillet 2015/ Il est actuellement sur le bureau du Conseil National de Transition, le parlement de transition, en attente d'adoption. Il devrait être adopté d'ici septembre 2015.

Le projet de loi crée un régime d'AMU fondé sur un critère de résidence dont le financement reposera sur le principe de l'équité contributive : gratuité pour les indigents, contribution de certains en deçà du niveau réel de leur risque, et contribution de certains à hauteur de leur niveau de risque.

Le projet de loi prévoit d'ores et déjà que le gouvernement pourra proposer, par décret, d'instaurer des exemptions de paiement pour certaines catégories de populations. Il est d'ailleurs prévu d'établir un décret pour la mise en place d'une exemption de paiement pour les 0-5 ans. Mais cela ne pourra être mis en place qu'après l'instauration du cadre général de l'AMU à savoir :

- La création de l'organe de gestion de l'AMU

- La création de l'organe de régulation de l'AMU
- La publication de textes relatifs au financement de l'AMU
- La publication de textes relatifs à la définition du périmètre des prestations prévues (panier de soins pris en charge)

Le SG a précisé qu'il n'était pas possible de nous envoyer le projet de loi tant que celui-ci n'était pas adopté.

2. Quel système est prévu pour l'organisation de la mise en œuvre de l'AMU ? Reposera-t-il sur des nouvelles structures ou des structures existantes ?

La gestion de l'AMU ne sera pas confiée à un organisme de prévoyance existant, une nouvelle structure devra être créée. Une Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) sera créée, qui pourra déléguer certaines de ses fonctions à des organismes existants (par exemple l'identification et le pré-enregistrement des assurés, la collecte des cotisations, la mobilisation sociale, la gestion des certaines relations avec les prestataires de soins).

Il est déjà acté dans le projet de loi que l'assurance des personnes du secteur formel reposera sur un partenariat et une délégation de certains services aux structures existantes en charge de la sécurité sociale (CNSS) et de la prévoyance retraite (CARFO) pour l'affiliation des assurés et la collecte des cotisations. Pour le secteur informel, les mutuelles sociales ont été identifiées comme étant les acteurs les plus à même de toucher les populations, notamment en milieu rural et semi-urbain, et seront donc les structures relais pour l'extension géographique de l'assurance maladie auprès des populations informelles. Elles seront responsables de la mobilisation sociale. Les mutuelles professionnelles (par exemple la mutuelle des coton-culteurs de Bobo Dioulasso) joueront un rôle complémentaire de celui des mutuelles sociales en matière de mobilisation sociale et de collecte des cotisations de leurs membres.

Selon le SG, le déploiement ne pourra pas se faire de manière uniforme sur tout le territoire et des approches différentes seront nécessaires par exemple en milieu urbain.

En tout cas, le choix fait par le Burkina est de s'orienter vers un organisme de gestion unique (sauf pour les militaires qui garderont un régime spécifique et un organisme de gestion spécifique). Cet organisme de gestion unique délèguera ensuite aux structures les plus à même de toucher les cibles et de collecter les cotisations ces fonctions. « Nous sommes convaincus que l'organisme de gestion de pourra pas s'étendre jusqu'au plus petit des hameaux ».

3. Y-at-il des critères spécifiques dans le choix des mutuelles qui seront les partenaires de l'AMU ?

L'ensemble des mutuelles sociales seront partenaires de l'AMU mais le plan de déploiement de l'AMU via les mutuelles doit être mené en parallèle du mouvement de développement et de structuration du secteur des mutuelles sociales. Le plan stratégique de développement des mutuelles, porté par la Direction Générale de la Protection Sociale, prévoit que chaque commune puisse avoir une mutuelle et que chaque région ait une union de mutuelles. Le rôle de l'Etat est donc d'encourager dans un premier temps la création de mutuelles.

4. Quel calendrier pour ce plan de développement des mutuelles sociales ?

Il est difficile de donner un calendrier car les mutuelles doivent se créer sur la base d'un sentiment partagé entre les populations concernées. Mais l'Etat et les structures d'appui auront un rôle à jouer pour mobiliser les populations et encourager la création de mutuelles.

Trois projets pilotes vont être lancés à partir de 2016 dans 3 régions différentes du Burkina Faso, avec des contextes différents pour tester le déploiement de l'AMU à travers différentes structures :

- La région de Bobo, en s'appuyant sur la mutuelle professionnelle des coton-culteurs
- La région de la Boucle du Mouhoun, où la banque appuie le développement de mutuelles et d'une union régionale, et où la stratégie d'amélioration de la qualité des soins via le financement basé sur la performance (FBP) a été pilotée.
- La région centre (région de Ouagadougou) où la densité de populations sont importantes et les acteurs très divers.

L'objectif est de lancer au moins un des 3 pilotes en 2016, mais idéalement les trois en parallèle. Tout dépendra des financements.

Cela n'exclut pas la possibilité de travailler sur d'autres projets en parallèle.

Ainsi, le SG compte également tester dès 2015 le déploiement de l'AMU comme structure de gestion tiers-payeurs des mécanismes d'exemption des soins pour les 0-5 ans qui ont été mis en place à ce jour par des ONG (Help, TDH) dans certains districts. Le SG AMU est en discussion avec les districts concernés. Les financements de l'Union Européenne sur ces pilotes de gratuité prennent fin bientôt, donc l'AMU réfléchit à la manière de poursuivre ces initiatives dans le cadre d'un tiers payant géré par l'AMU.

L'objectif est d'expérimenter concrètement l'intégration des politiques d'exemptions au sein des structures de gestion de l'AMU.

5. Quels sont les objectifs en termes de calendrier de déploiement ?

Il est prévu de toucher 20% de la population en 3 ans, tous segments confondu. Un plan de déploiement triennal a été défini. Mme SEYNOU nous a proposé de nous le transmettre par e-mail.

6. Vers quel panier de soin s'oriente-t-on ?

Les différentes structures se sont mises d'accord sur un panier de soin large qui inclura les 3 niveaux de la pyramide sanitaire, les médicaments essentiels génériques (MEG) et les spécialités qui n'ont pas d'équivalent générique (sur la base d'une liste précise qui sera publiée). Les évacuations sanitaires en dehors du territoire ne seront pas prises en charge. Le reste à charge pour l'assuré variera de 0% (pour les indigents par ex.) à 20% pour les autres. Pour les maladies chroniques, des taux plus bas de prise en charge sont prévus. Un contrôle a priori et a posteriori sera mis en place avant le remboursement des prestataires de soins.

7. Quel niveau de cotisation des ménages est prévu ?

Comme il n'existe pas d'éléments clairs pour évaluer la capacité contributive de chaque ménage, il a été décidé d'opter pour un tarif unique pour tout le secteur informel (même s'il existe des différences de revenus réelles et importantes). Au début, on ne va pas pouvoir discriminer les ménages en fonction de leur capacité contributive, on est obligé de mettre tout le monde dans le même sac. Cependant les populations qui sont enregistrées aux registres des indépendants et commerçants auront des niveaux de cotisation équivalents à ceux des salariés du secteur formel.

Le coût réel du panier de soins a été évalué à 8500 FCFA/pers/an (environ 13€).

Il est prévu que la contribution des ménages du secteur informel soit de 30 à 35% du coût réel et que 65% du coût soit subventionné.

8. Quelle intégration des activités de prévention / promotion de la santé dans la politique d'AMU ?

« La prévention n'est pas la fonction première de l'assurance maladie. Mais ce sont des aspects qui impactent l'AMU » a déclaré M. SEYNOU. Il existe des structures au Burkina Faso qui mènent déjà des activités dans ces domaines. Il appartiendra à l'AMU de travailler en bonne intelligence avec ces structures ».

Théoriquement un appui financier est prévu pour les mutuelles. L'AMU et la loi le précise, un appui (y compris financier) des structures qui œuvre pour la promotion et la prévention est également prévu, mais cela sera précisé dans les textes d'application.

9. Quelle place pour Djantoli dans ce secteur ?

Dans le cadre d'une AMU, on s'intéresse à tout le monde, certains groupes de population qui sont sensibilisés permettent de sensibiliser toute la famille (notamment les mamans). Dans ce sens, l'action de Djantoli peut vraiment aider au développement de l'AMU.

L'AMU va se baser sur ce qu'elle va trouver sur le terrain. Toutes les initiatives seront donc entendues. Des cadres de concertation seront mis en place. L'AMU privilégie les regroupements, car il y a une grande diversité d'acteurs. (ex. cadre de concertation des structures d'appui aux mutuelles de santé – CCSAM). Sur les activités que nous menons, Djantoli peut être intégré quand il y a des activités et des rencontres avec les différents acteurs ; l'AMU le fait avec certaines ONG et les invite de plus en plus systématiquement (notamment celles qui sont actives sur les questions d'exemption de paiement pour les 0-5ans).

10. Un co-financement des mutuelles par l'Etat pour appuyer leur développement est-il prévu ?

Oui, en théorie, cet aspect est géré par la Direction générale de la Protection Sociale mais cela a pris du retard.

7. Extrait du « Rapport sur la cartographie des acteurs communautaires de la ville de Fada N’Gourma », Djantoli, avril 2015

Objectif global

La cartographie a pour objectif global de connaître tous les acteurs communautaires de la ville de Fada N’Gourma qui œuvrent pour le bien-être socio-économique des populations et pourraient vouloir collaborer avec Djantoli pour proposer son service de prévention et d’assurance santé à leur cible.

Objectifs spécifiques

La cartographie des acteurs communautaires de la ville de Fada a pour objectifs spécifiques de :

- identifier les Institutions de micro finance intervenant dans la ville de Fada ;
- identifier les mutuelles ou équivalents ;
- identifier les organisations de femmes et associations intervenant dans le domaine de l’enfance ;
- prendre contact avec les structures identifiées.

Méthodologie

Une liste a été établie puis discutées avec les associations partenaires du projet MobiSan afin de cibler les organisations les plus pertinentes avec lesquelles prendre contact.

Liste des potentiels partenaires de Djantoli dans le cadre du Projet MobiSan à Fada N’Gourma

N°	DENOMINATION	NATURE DE LA STRUCTURE	CONTACTS	SITUATION GEOGRAPHIQUE
01	Association Base Fandima (ABF)	Institution de Micro Finance (IMF)	YARGA François, Secrétaire Exécutif	Secteur 1
02	Association d’Appui et de Promotion Rurale du Gulmu (APRG)	IMF	TANKOANO ISSA	Secteur 7
03	GRAINE SARL	IMF		Secteur 2
04	COOPEC GALOR	IMF		Secteur 11
05	Coordination Provinciale des Femmes du Gourma (CPF)	Association	Mme DAYAMBA Djamila, Secrétaire Générale	Secteur 1 à la Maison de la Femme
06	Association Tin Tua	Association	OUOBA Benoit	Secteur 3 Fada

Ne pas supprimer cette page ni ce cadre qui n'est pas imprimé

RESUME

Malgré l'importance de l'enjeu, peu de travaux fournissent aux praticiens du développement des outils et directives utiles pour envisager la pérennisation financière de leurs interventions. Cette question est particulièrement délicate pour les innovations dans le domaine de la santé, qui combinent tout à la fois des méthodologies d'intervention en décalage avec les pratiques existantes et des missions de service public, par essence difficiles à financer à long terme dans des pays à faibles ressources.

L'étude des enjeux de pérennisation financière du dispositif de santé communautaire mis en place par l'ONG Djantoli, permet de mettre en lumière l'équilibre subtil que les praticiens doivent trouver entre la recherche d'autonomie financière et d'équité des interventions, le caractère multidimensionnel et souvent imprévisible de la dynamique de pérennisation et le rôle essentiel du plaidoyer dans l'institutionnalisation de pratiques innovantes dans les systèmes de soins.

MOTS CLEFS :

MICRO-ASSURANCE, SANTE COMMUNAUTAIRE, INNOVATION, PERENNISATION, INSTITUTIONNALISATION,

ABSTRACT

Very few research work has been focused on providing practitioners with tools and guidance for preparing for the financial sustainability of their interventions although this is seen by all as a critical issue. The question appears all the more complex when it comes to innovations in the healthcare sector as they often use intervention models that challenge traditional practice and undertake missions that fall under public service, which are, by nature, difficult to fund in the long run in low-resource countries.

Exploring strategies to sustain financially the community health service designed by NGO Djantoli allows to highlight the delicate balance that one needs to find between the quest for financial autonomy and equity when designing interventions, the multidimensional and often unpredictable dynamics of sustainability as well as the key role of advocacy to facilitate institutionalization of innovative practices into healthcare systems.

KEYWORDS:

MICRO-INSURANCE, COMMUNITY HEALTH, INNOVATION, SUSTAINABILITY, INSTITUTIONALIZATION

INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

Djantoli – 204 rue de Crimée – 75019 Paris