

**AFRICA DEVELOPMENT  
AFRIQUE ET DÉVELOPPEMENT  
Vol. XLII, No. 1, 2017**

**Quarterly Journal of the Council for the  
Development of Social Science Research in Africa**

**Revue trimestrielle du Conseil pour le développement  
de la recherche en sciences sociales en Afrique**

Special Issue on Health Governance in Africa: Taking Stock  
Numéro spécial sur la gouvernance de la santé en Afrique : état des lieux

**Guest Editors / Rédacteurs invités**

Blé Marcel Yoro  
Ellen E. Foley

Le CODESRIA exprime sa profonde gratitude à la Swedish International Development Corporation Agency (SIDA), au Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI), à la Carnegie Corporation de New York (CCNY), à l'Agence norvégienne de développement et de coopération (NORAD), à l'Agence Danoise pour le Développement International (DANIDA), au Ministère des Affaires Etrangères des Pays-Bas, à la Fondation Rockefeller, à l'Open Society Foundations (OSFs), à TrustAfrica, à l'UNESCO, à l'ONU Femmes, à la Fondation pour le renforcement des capacités en Afrique (ACBF), à l'Open Society Initiative for West Africa (OSIWA), à l'Open Society Initiative for Southern Africa (OSISA), à la Fondation Adrew Mellon ainsi qu'au Gouvernement du Sénégal pour le soutien apporté aux programmes de recherche, de formation et de publication du Conseil.

CODESRIA would like to express its gratitude to the Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA), the International Development Research Centre (IDRC), the Carnegie Corporation of New York (CCNY), the Norwegian Agency for Development Cooperation (NORAD), the Danish Agency for International Development (DANIDA), the Netherlands Ministry of Foreign Affairs, the Rockefeller Foundation, the Open Society Foundations (OSFs), TrustAfrica, UNESCO, the African Capacity Building Foundation (ACBF), The Open Society Initiative for West Africa (OSIWA), The Open Society Initiative for Southern Africa (OSISA), Andrew Mellon Foundation, and the Government of Senegal for supporting its research, training and publication programmes.

Africa Development is a quarterly bilingual journal of CODESRIA. It is a social science journal whose major focus is on issues which are central to the development of society. Its principal objective is to provide a forum for the exchange of ideas among African scholars from a variety of intellectual persuasions and various disciplines. The journal also encourages other contributors working on Africa or those undertaking comparative analysis of the developing world issues.

*Africa Development* welcomes contributions which cut across disciplinary boundaries. Articles with a narrow focus and incomprehensible to people outside their discipline are unlikely to be accepted. The journal is abstracted in the following indexes: *International Bibliography of Social Sciences (IBSS)*; *International African Bibliography*; *African Studies Abstracts Online*; *Abstracts on Rural Development in the Tropics*; *Cambridge Scientific Abstracts*; *Documentationseliest Africa*; *A Current Bibliography on African Affairs*, and the *African Journals Online*. Back issues are also available online at [www.codesria.org/Links/Publications/Journals/africa\\_development.htm](http://www.codesria.org/Links/Publications/Journals/africa_development.htm)

*Afrique et Développement* est un périodique trimestriel bilingue du CODESRIA. C'est une revue de sciences sociales consacrée pour l'essentiel aux problèmes de développement et de société. Son objectif fondamental est de créer un forum pour des échanges d'idées entre intellectuels africains de convictions et de disciplines diverses. Il est également ouvert aux autres chercheurs travaillant sur l'Afrique et à ceux se consacrant à des études comparatives sur le tiers monde.

*Afrique et Développement* souhaite recevoir des articles mobilisant les acquis de différentes disciplines. Des articles trop spécialisés ou incompréhensibles aux personnes qui sont en dehors de la discipline ne seront probablement pas acceptés. Les articles publiés dans le périodique sont indexés dans les journaux spécialisés suivants : *International Bibliography of Social Sciences*; *International African Bibliography*; *African Studies Abstracts Online*; *Abstracts on Rural Development in the Tropics*; *Cambridge Scientific Abstracts*; *Documentationseliest Africa*; *A Current Bibliography on African Affairs*, et *African Journals Online*. Les numéros disponibles de *Afrique et Développement* peuvent être consultés à l'adresse suivante: [www.codesria.org/Link/Publications/Journals/africa\\_development.htm](http://www.codesria.org/Link/Publications/Journals/africa_development.htm).

All editorial correspondence and manuscripts should be sent to:

Tous les manuscrits et autres correspondances à caractère éditorial doivent être adressés au:

Editor-in-chief/Rédacteur en Chef

*Africa Development / Afrique et Développement*

CODESRIA, Av. Cheikh Anta Diop x Canal IV B.P. 3304, Dakar, 18524 Sénégal.

Tel: +221 825 98 22 / 825 98 23 - Fax: +221 824 12 89

Email: [publications@codesria.sn](mailto:publications@codesria.sn) or [codesria@codesria.sn](mailto:codesria@codesria.sn)

Web Site: [www.codesria.org](http://www.codesria.org)

#### Subscriptions/Abonnement

(a) African Institutes/Institutions africaines:	\$32 US
(b) Non African Institutes/Institutions non africaines	\$45 US
(c) Individual/Particuliers	\$30 US
- Current individual copy / Prix du numéro	\$10 US
- Back issues / Volumes antérieurs	\$ 7 US

**Claims:** Undelivered copies must be claimed no later than three months following date of publication. CODESRIA will supply missing copies when losses have been sustained in transit and where the reserve stock permits.

**Les réclamations :** La non réception d'un numéro doit être signalée dans un délai de trois mois après la parution. Nous vous ferons alors parvenir un numéro de remplacement dans la mesure du stock disponible.

ISSN 0850 3907

**Africa Development  
Afrique et Développement**

**Vol. XLII, No. 1, 2017**

**Contents/Sommaire**

<b>Introduction : la gouvernance de la santé en Afrique – état des lieux</b> <i>Blé Marcel Yoro &amp; Ellen E. Foley</i> .....	1
<b>Introduction: Health Governance in Africa – Taking Stock</b> <i>Blé Marcel Yoro &amp; Ellen E. Foley</i> .....	5
<b>Le fonds d'équité au Sénégal : analyse des mécanismes de la couverture maladie des indigents et de ses perspectives pour la couverture maladie universelle</b> <i>Sara Ndiaye</i> .....	9
<b>De la mutualisation de la santé communautaire à la gouvernance de santé publique : analyse des déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé dans un contexte de dynamique sociale au Centre-Bénin</b> <i>Roger A. Atchouta</i> .....	33
<b>Challenges of the Devolved Health Sector in Kenya: Teething Problems or Systemic Contradictions?</b> <i>Leah Kimathi</i> .....	55
<b>Fonctionnement et gestion de la médecine scolaire au Cameroun : cas des établissements de la ville de Maroua de 1958 à 2008</b> <i>Bienvenue Germaine Nyane</i> .....	79
<b>Access to Drugs at Risk: Securing Access to Medicines for Least Developed Countries</b> <i>Maria Jurua</i> .....	101

<b>La problématique de gouvernance sanitaire au nord de l'Afrique : cas du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie</b>	
<i>Badr Debbi</i> .....	121
<b>Workable Social Health Insurance Systems in Sub-Saharan Africa: Insights from Four Countries</b>	
<i>Ebenezer Olatunji Olugbenga</i> .....	147
<b>La question de l'appui institutionnel aux jeunes filles victimes de viols et d'incestes au Cameroun : quelle gouvernance dans la gestion de ce « problème genré » de santé publique ?</b>	
<i>Moïse Tamekem Ngoutsop</i> .....	177
<b>Gendered Epidemics and Systems of Power in Africa: A Feminist Perspective on Public Health Governance</b>	
<i>Ravayi Marindo</i> .....	199
<b>Producing and Reproducing Inequality: Bio-political Exclusion, Marginalized Bodies and AIDS Care in Central Mozambique</b>	
<i>Carla Teófilo Braga</i> .....	221



## Introduction

# La gouvernance de la santé en Afrique : état des lieux

Blé Marcel Yoro\* et Ellen E. Foley\*\*

La thématique du présent numéro intitulé *La gouvernance de la santé publique en Afrique* s'inscrit dans le programme du CODESRIA sur la gouvernance. Cette thématique a fait l'objet d'une conférence internationale tenue à Dakar du 19 au 20 novembre 2015. Les textes en français portent sur des recherches menées dans huit pays africains, à savoir le Sénégal, le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Cameroun, le Maroc, l'Algérie, la Tunisie et le Tchad. Les articles en anglais couvrent divers sujets au Ghana, au Kenya, au Mozambique, au Nigeria, au Rwanda et en Afrique du Sud. Deux articles examinent des questions relevant, de manière générale, du continent : il s'agit de la dimension genre des épidémies et des défis garantissant un accès aux médicaments après la période de Doha. La thématique s'est avérée transversale, ce qui a permis aux participants d'aborder des sujets divers. C'est cette diversité qui est présentée dans ce numéro spécial. Plusieurs communicants ont participé à cette rencontre scientifique et présenté les résultats de leurs recherches. Parmi ceux-ci, dix articles ont été sélectionnés – cinq en français et cinq en anglais – par nos soins après leur évaluation, pour être publiés. À travers ces textes, on observera que la thématique de la gouvernance de la santé est abordée par des auteurs de diverses disciplines universitaires : anthropologie, sociologie, histoire, droit, économie, science politique, études féministes et de genre.

En lisant ce numéro, on pourra constater la qualité des contributions, qui sont d'une grande portée scientifique. Les articles présentent en effet des situations diverses de la gouvernance de la santé en lien avec les spécificités des pays concernés. Ce regard forcément non exhaustif sur les caractéristiques des systèmes sanitaires africains en termes de gouvernance de santé met néanmoins

---

\* Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan, Côte d'Ivoire. Email : yoroble94@yahoo.fr

\*\* International Development, Community and Environment (IDCE), Clark University, USA.  
Email : efoley@clarku.edu

en valeur les logiques des solutions face aux problèmes de santé publique. Les articles abordent les problèmes de la gouvernance de la santé publique sous de nombreuses perspectives et à des échelles différentes. Tandis que certains font une analyse détaillée de la santé publique et de ses défis dans un pays particulier, d'autres examinent les défis plus larges auxquels est confronté le continent tout entier, de l'accès aux médicaments à l'assurance santé, ainsi qu'aux différentes dimensions sexospécifiques des problèmes de santé.

Sur le plan méthodologique, les auteurs ont mobilisé plusieurs outils de collecte des données, dont, entre autres, les entretiens semi-structurés, les observations directes ou participantes, le questionnaire, etc. Pour l'analyse des données, plusieurs méthodes ont aussi été sollicitées, notamment les approches interprétative, compréhensive, systémique, etc.

Les textes peuvent être globalement regroupés en trois parties : la gouvernance communautaire de la santé qui compte deux articles, la gouvernance étatique de la santé avec cinq articles, et la gouvernance de la santé publique face aux inégalités de la santé et du genre avec trois articles.

La première partie s'ouvre avec un article de Sara Ndiaye qui traite de la prise en charge médicale des indigents par les mutuelles de santé au Sénégal. L'auteure y fait une analyse de l'approche mutualiste dans la gestion des maladies des indigents et montre l'importance de cette expérience pour la couverture maladie universelle. Elle souligne toutefois que les innovations développées par les mutuelles de santé communautaires sont peu capitalisées dans les politiques publiques de protection sociale. L'article qui suit, rédigé par Roger Atchoua, porte sur la mutualisation de la santé communautaire au centre du Bénin. L'auteur y analyse les fondements des mutuelles de santé dans un contexte de dynamique sociale. Il présente les mutuelles de santé comme une réponse collective pour faire face ou pour trouver une solution alternative aux inégalités face à la maladie et faciliter la mutualisation solidaire et communautaire en matière de prévoyance de la santé. Il s'interroge par ailleurs sur le rôle des mutuelles dans la promotion de la santé communautaire et la manière dont elles peuvent induire des réformes capitalisables par le système sanitaire dans son ensemble.

La deuxième partie, qui traite de la gouvernance étatique de la santé, commence par une analyse de Leah Kimathi sur la décentralisation du secteur de la santé au Kenya. Son article fournit un cas d'étude des défis de l'atteinte d'une bonne gouvernance et d'un système de santé robuste à l'ère de la décentralisation, une tendance qui concerne la plupart des pays africains au sud du Sahara. Elle montre que le Kenya, en dépit des bonnes intentions, reste confronté à un manque critique d'infrastructures et à un dispositif légal et institutionnel qui produit une stagnation du système de soins et le déclin de certains indicateurs de santé.

L'article suivant est celui de Nyane Bienvenue Germaine. Dans celui-ci, elle jette un regard diachronique sur la manière dont la santé scolaire est gérée par l'État camerounais et ses partenaires au développement à partir de l'exemple de la ville de Maroua de 1958 à 2008. Le regard que l'auteure porte sur l'évolution du système de gouvernance étatique de la santé en milieu scolaire met à jour plusieurs constatations au fil des années. C'est ainsi que la période 1958-1987 est qualifiée d'État providence, car se caractérisant par une prise en charge de la santé des apprenants par l'État, alors qu'à partir de 1987 le désengagement de l'État, dans un contexte de recrudescence pathologique, va donner lieu à l'entrée en scène des Organisations non gouvernementales (ONG) prenant le relais de l'État dans la prise en charge de la santé scolaire.

Dans le troisième article de cette section, Maria Jurua explore une dimension clé de la gouvernance de la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle : il s'agit de l'accès aux médicaments. Puisque la Déclaration de Doha a considérablement accru l'accès à ceux-ci dans les pays en développement, Jurua envisage les nouveaux défis qui en découlent. En particulier, elle soulève le besoin d'un développement de la recherche sur les médicaments destinés aux maladies tropicales et des mécanismes de protection contre les abus sur l'exécution des ADPIC (Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce).

L'article suivant est de Badr Dehbi et porte sur la gouvernance étatique de la santé au nord de l'Afrique, notamment le Maroc, l'Algérie et la Tunisie. L'auteur montre que ces trois systèmes de santé ont été confrontés à quatre attributs principaux de la bonne gouvernance, à savoir l'identification des besoins et priorités, la production des soins et services, le financement de la santé et enfin l'administration générale. Le dernier article de cette section, par Ebenezer Olugbenga, souligne un défi de santé publique crucial qui concerne l'assurance santé. Compte tenu des obstacles financiers significatifs d'accès aux soins de santé dans la plupart des pays africains, l'augmentation de la participation aux programmes d'assurance santé est un objectif central. Olugbenga procède à une analyse comparative de quatre types différents de l'assurance santé. Son article propose des recommandations pertinentes pour des politiques plus efficaces en insistant, toutefois, sur le fait que l'assurance maladie doit être adaptée au contexte socioculturel, économique et politique de chaque pays.

La dernière section offre une analyse des défis dans la gouvernance de santé publique face à la persistance des inégalités sociales, particulièrement celles relatives au genre. Le premier article de cette section, écrit par Moïse Tamekem Ngoutsop, traite de l'appui institutionnel aux jeunes filles victimes de viol et d'inceste au Cameroun. Il met en avant les options de gouvernance élaborées par l'État pour faire face à ce problème devenu une question de santé publique

au regard de l'ampleur du phénomène au Cameroun. Le deuxième article de cette section, par Ravayi Marindo, offre une analyse féministe pour explorer la dimension genre des épidémies en Afrique subsaharienne. Marindo utilise les exemples du VIH/SIDA et de l'épidémie Ebola pour explorer comment les différentes échelles de pouvoir rendent les femmes et les filles plus vulnérables aux maladies que les hommes. Elle invite à repenser la gouvernance de la santé publique en prenant en compte le fait du genre comme base des inégalités de santé. Enfin, Carla Braga examine la manière dont les soins consacrés aux patients du VIH/SIDA au Mozambique renforcent et exacerbent les inégalités de classe et d'éducation en produisant des stigmas. Son analyse démontre la particularité des biais qui réduisent l'accès des patients aux soins médicaux et augmentent la non adhérence au traitement du VIH/SIDA.

Ce numéro thématique semble avoir atteint ses objectifs au regard de la diversité et de la richesse des contributions sur la gouvernance de la santé. La gouvernance communautaire et la gouvernance étatique de la santé se présentent comme des actions complémentaires ou communes dans la prise en charge de la santé des populations. Même si la crise des systèmes sanitaires africains donne souvent lieu à des pratiques porteuses de risques sanitaires pour les populations, les initiatives communautaires telles que décrites dans certains pays semblent constituer une alternative porteuse d'espoir. La mise en place de la couverture maladie universelle que prônent de plus en plus les gouvernements africains est aussi une initiative que doivent accompagner les partenaires au développement. Ce numéro spécial du CODESRIA sur « la gouvernance de la santé publique en Afrique » offre ainsi des pistes de solutions aux problèmes de santé publique en Afrique.





## Introduction

# Health Governance in Africa: Taking Stock

Blé Marcel Yoro\* and Ellen E. Foley\*\*

The theme of this issue, *Public Health Governance in Africa*, is within the framework of CODESRIA's Governance Programme. It was the subject of an international conference held in Dakar, 19–20 November 2015. The French articles focus on research carried out in eight African countries, namely Senegal, Benin, Côte d'Ivoire, Cameroon, Morocco, Algeria, Tunisia and Chad. The English articles address various topics in Ghana, Kenya, Mozambique, Nigeria, Rwanda and South Africa. Two articles deal with issues generally pertaining to the continent: they are the gendered dimension of epidemics and the challenges in ensuring access to medicines in the post-Doha period. The theme proved to be cross-cutting, which enabled the participants to address various topics. This diversity is presented in the special issue. This scientific meeting was attended by over a dozen scholars who presented their research findings. Among these papers, ten were selected – five in French and five in English – after our evaluation process, for publication. Through these papers, it should be noted that the theme of health governance is addressed by authors from various academic disciplines: anthropology, sociology, history, law, economics, political science, feminist and gender studies.

By reading this issue, one will be able to see the quality of the contributions which are of great scientific significance. The articles present various facets of public health governance related to the specificities of the countries concerned. The articles address the issues of public health governance from many perspectives and at different scales. Some offer a detailed analysis of public health and its challenges in a specific country, while others examine the broader challenges facing the continent as a whole, ranging from access to medicines to health insurance, to the various gender dimensions of health issues.

---

\* Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan, Côte d'Ivoire Email: yoroble94@yahoo.fr

\*\* International Development, Community and Environment (IDCE), Clark University, USA.  
Email: efoley@clarku.edu

Methodologically, the authors have mobilised several data collection tools, among which are semi-structured interviews, direct or participatory observations, questionnaires, etc. For data analysis purposes, various methods were also applied, including the interpretative, comprehensive, systemic approaches, etc.

The papers can be broadly grouped into three parts: community governance of health, comprising two articles; state governance of health, comprising five articles; and public health governance in the face of health and gender inequalities, comprising three articles.

The first section opens with an article by Sara Ndiaye dealing with medical care for the poor who are insured by mutual health organisations in Senegal. The author analyzes the mutualist approach in the management of diseases affecting the poor, and shows the importance of this experience for universal health coverage. She stresses, however, that the innovations developed by community mutual health organisations are little capitalised in public social protection policies. The next article, written by Roger Atchouta, addresses the mutualisation of community health in central Benin. The author analyses the underpinnings of mutual health organisations in a social dynamics context. He presents mutual health organisations as a collective response to cope with or find an alternative solutions to inequalities in the face of illness, and to facilitate solidarity and community-based mutualisation in preventive healthcare. Furthermore, he questions the role of mutual organisations in promoting community health and how they can lead to reforms that can be capitalised by the health system as a whole.

The second part addresses state governance of health and begins with an analysis by Leah Kimathi of the decentralisation of the health sector in Kenya. Her article provides a case study of the challenges in achieving good governance and a robust healthcare system in the era of decentralisation, a trend in most sub-Saharan African countries. She shows that Kenya, despite good intentions, continues to face a critical lack of infrastructures and legal and institutional mechanisms that generate a stagnation of the care system and the decline in some health indicators.

The next article is by Nyane Bienvenue Germaine. She takes a diachronic look at how school health is managed by the state of Cameroon and its development partners, using the example of the town of Maroua from 1958 to 2008. The author looks at the evolution of the system of state governance of school health brings to light several findings made over the years. Thus, the period 1958-1987 is described as that of a welfare State, characterised by state management of learners health, whereas from 1987, the state's withdrawal, in a context of disease recrudescence, led to the entry

on the scene of non-governmental organisations (NGOs) taking over from the state in school health management.

In the third article in this section, Maria Jurua explores a key dimension of public health governance in the twenty-first Century: access to medicines. As the Doha Declaration has significantly increased access to those medicines in developing countries, Jurua examines the resulting new challenges. In particular, she points out the need to develop research on medicines for tropical diseases and protection mechanisms against abusive implementation of TRIPS (Trade-related aspects of intellectual property rights).

The next article is by Badr Dehbi; it deals with state governance of health in North Africa, particularly in Morocco, Algeria and Tunisia. The author shows that the three health systems were faced with four main attributes of good governance, namely identification of needs and priorities, production of care and services, health financing and last, general administration. The last article in this section, by Ebenezer Olugbenga, highlights a critical public health challenge in regard to health insurance. Given the important financial barriers in access to healthcare in most African countries, increasing involvement in health insurance programmes is a central objective. Olugbenga makes a comparative analysis of four different types of health insurance. His article proposes relevant recommendations for more effective policies, while insisting, however, on the fact that health insurance should be adapted to the socio-cultural, economic and political context of each country.

The last section provides an analysis of the challenges in public health governance in the face of persistent social inequalities, particularly those relating to gender. The first article in this section, written by Moïse Tamekem Ngoutsop, deals with institutional support to young girls who are the victims of rape and incest in Cameroon. It brings to the fore the governance options developed by the state to face this problem which has now become a public health issue, in view of the magnitude of the phenomenon in Cameroon. The second article in this section, by Ravayi Marindo, provides a feminist analysis to explore the gendered dimension of epidemics in sub-Saharan Africa. Marindo uses the examples of HIV/AIDS and the Ebola epidemic to explore how the different kinds of power make women and girls more vulnerable to diseases than men. She invites us to rethink the governance of public health, taking into account gender as a basis of health inequalities. Last, Carla Braga examines how care for HIV/AIDS patients in Mozambique strengthens and exacerbates class and education inequalities by generating stigma. Her analysis shows the particularity of biases that reduces patients' access to medical care and increases non-adherence to HIV/AIDS treatment.

This thematic issue achieved its objectives, in the light of the diversity and richness of the contributions on health governance. Community governance and state governance of health are seen as complementary or joint measures in the management of the populations' health. Even though the crisis in African health systems often leads to practices that carry health risks, community initiatives as described in some countries appear to be a promising alternative. The introduction of universal healthcare coverage, which is increasingly advocated by African governments is also an initiative that must be supported by development partners. This special issue of *Africa Development* on "Public Health Governance in Africa" provides, therefore, potential solutions to public health issues in Africa.



## **Le fonds d'équité au Sénégal : analyse des mécanismes de la couverture maladie des indigents et de ses perspectives pour la couverture maladie universelle**

Sara Ndiaye\*

### **Résumé**

En juin 2010, un fonds d'équité a été lancé dans quatre régions du Sénégal pour une durée de 36 mois. Les prestations ont démarré en 2012. Les bénéficiaires se composent des personnes les plus démunies caractérisées par une grande vulnérabilité aux maladies : femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, personnes vivant avec un handicap et personnes âgées. Leur prise en charge médicale est assurée à travers les mutuelles de santé conformément aux conventions avec les structures de soins. Il s'agit généralement d'une couverture de 60 à 80 pour cent des soins primaires et des forfaits pour les soins de référence. Le complément est couvert par le fonds d'équité. Pour sa mise en œuvre, plusieurs acteurs ont supervisé le processus afin de veiller aux principes de participation, d'équité et de conformité au manuel de procédure. Les structures mutualistes et les services de l'action sociale ont constitué les fers de lance de l'identification et de la validation des listes de bénéficiaires. Une convention a été adoptée par la suite entre la Cellule d'appui à la couverture maladie universelle (CACMU) et les mutuelles de santé.

Le présent article vise à promouvoir une recherche-action sur les expériences de couverture du risque maladie dans un contexte de pauvreté économique. Il est basé sur une recension documentaire et une observation participante. C'est ainsi que l'étude a pu relever la pertinence de l'approche mutualiste pour la couverture maladie universelle. Toutefois, les innovations développées par les mutuelles de santé communautaires sont peu capitalisées dans les politiques publiques de protection sociale. Par ailleurs, les principaux jalons présentés pour la promotion de la couverture maladie universelle sont : la diversification du financement (État, coopération, collectivités locales, entreprises, salariés), la couverture des gros risques pour rendre plus attractives

---

\* Sociologue, Université Gaston Berger, Saint-Louis, Sénégal. E-mail : sarandiaye@gmail.com

les mutuelles de santé communautaires, et l'amélioration des méthodes de gestion des structures mutualistes.

**Mots clés :** fonds d'équité, gouvernance, indigent, vulnérabilité, mutuelle de santé, Sénégal

## **Abstract**

In June 2010, an equity Fund has been initiated in 4 regions of Senegal for a period of 36 months. The services started in 2012. The recipients are the most deprived persons characterized by a vulnerability to diseases: pregnant women, children under 5 years old, people with disabilities and the elderly people. Their medical care is ensured through health mutuals in accordance on the basis of agreements with health facilities. This is usually a 60 percent to 80 percent coverage of primary care and packages for referral care. The supplement is covered by equity fund. For its implementation, several actors have overseen the process to ensure the principles of participation, equity and compliance to the procedures manual. The mutualist societies and the social welfare services constituted the spearheads of the identification and validation of recipients lists. An agreement was subsequently adopted between the Universal Health Coverage Support Unit (CACMU) and health mutuals.

This article aims to promote action research on the experiences of health protection in a context of economic poverty. It is based on a literature review and a participant observation. Thus, the study was able to prove that the mutualist approach is relevant for universal health coverage. However, the innovations developed by community health mutuals are few capitalized in the public policies of social protection. Moreover, the key milestones presented for the promotion of universal health coverage include: the diversification of funding (State, cooperative, local authorities, businesses, employees), the coverage of major risks to make more attractive the community health mutuals and the improvement of management methods of the mutualist structures.

**Key Words:** equity funds, governance, needy, vulnerability, health mutual, Senegal

## **Introduction**

La couverture du risque maladie des indigents est une politique publique lancée au Sénégal depuis juin 2012 à travers la mise en place d'un fonds d'équité. Il s'agit d'un système d'exemption de paiement des soins médicaux en faveur des plus démunis, par un remboursement du Programme d'appui au développement de la micro-assurance santé (PAMAS) financé à hauteur de 1 948 500 € (soit 1 277 378,145 FCFA) par le Royaume de Belgique (1 500 000 €) et l'État du Sénégal (448 500 €). Le programme a duré 36

mois. Il a pris fin en décembre 2013 alors que la prise en charge a débuté en octobre 2012. Les bénéficiaires sont inscrits dans des mutuelles de santé pilotes réparties dans les régions d'intervention de la coopération bilatérale Sénégal/Belgique. Les prestations couvertes varient en fonction de la palette des soins établie par chaque mutuelle de santé. Pour la plupart, ce sont les consultations générales, les médicaments génériques, les consultations prénatales, les accouchements et la petite chirurgie qui sont pris en charge de 50 à 80 pour cent. Des forfaits allant de 5 000 à 25 000 FCFA sont remis aux assurés pour les soins de référence tels que l'évacuation, l'hospitalisation, les analyses biomédicales et les soins hospitaliers.

Dans la pratique, les mutuelles de santé préfinancent l'intégralité des soins médicaux des indigents enrôlés, conformément à leur taux de couverture. Le reliquat est remboursé par le programme. En aucun cas, l'indigent ne paie les soins assurés.

Le fonds d'équité a été mis en œuvre dans quatre régions du Sénégal où la prévalence de la pauvreté est la plus importante et où la coopération bilatérale Belgique/Sénégal avait entamé un paquet d'interventions pour l'accès aux services sociaux de base : hydraulique rurale, éducation, santé et assainissement. En effet, les régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaolack constituent la zone du bassin arachidier où les récoltes sont de plus en plus déficitaires, occasionnant un risque d'insécurité alimentaire et une plus grande précarité économique. Selon l'*Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal*, en 2007, l'incidence de la pauvreté y est assez préoccupante : 51,8 pour cent à Kaffrine, 62,9 pour cent à Fatick, 54,7 pour cent à Diourbel et 50,8 pour cent à Kaolack.

La gouvernance du fonds d'équité est basée sur le principe de cogestion tant au sein de l'organisme gestionnaire (CACMU et CTB) du programme qu'au cours du ciblage et de l'enrôlement des indigents (Services de l'action sociale et mutuelles de santé). Ces différentes phases ont vu l'implication des associations, des élus locaux, des autorités sanitaires à travers les comités locaux de suivi institués par l'arrêté établi par l'autorité administrative de la zone d'intervention (gouverneur, préfet ou sous-préfet).

Le présent article vise à analyser la démarche de cette expérience inédite de protection sociale des indigents au Sénégal, en décrivant les mécanismes de gouvernance du fonds d'équité et ses articulations avec la nouvelle politique publique visant la couverture maladie universelle.

Sur la base d'une observation participante, nous proposons d'analyser l'implantation de la couverture médicale des indigents au Sénégal, en montrant la méthodologie et les mécanismes d'identification, d'enrôlement et de protection sociale qui caractérisent cette expérience. Pour finir, nous présentons une analyse critique des mécanismes du fonds d'équité au Sénégal

afin de déterminer des jalons pour une gouvernance efficace de la couverture maladie universelle en Afrique subsaharienne, en particulier pour les pays ayant un profil de pauvreté comparable à celui du Sénégal.

Pour cela, nous analysons, tour à tour, le contexte d'implantation des régimes de couverture du risque maladie au Sénégal, les référentiels du fonds d'équité, les innovations introduites et les jalons pour une couverture maladie universelle.

### **Contexte d'implantation des régimes de couverture maladie**

Le Sénégal capitalise plusieurs décennies de mise en œuvre de régimes de couverture du risque maladie. En effet, dès le début des années 1970, le décret n° 72-215 du 7 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires fixe un régime obligatoire de protection sociale des fonctionnaires et agents contractuels de la fonction publique. La protection des salariés permanents des entreprises privées et publiques, ainsi que de leurs familles, est assurée par les Instituts de prévoyance maladie (IPM), régis par la loi du 30 avril 1975 et le décret n° 75-895 du 14 août 1975 portant organisation des IPM. À partir des années 1990, les régimes volontaires de protection sociale sont mis en place au Sénégal. Les mutuelles de santé communautaires et les mutuelles de santé professionnelles s'y développent, mais avec des fortunes diverses.

Sur l'état des systèmes nationaux de santé en Afrique subsaharienne, des auteurs ont mis en évidence plusieurs entraves relatives au déficit d'équité (Meunier 1999 ; Ridde 2003 ; Bicaba, Ouedraogo, Ki & Zida 2003 ; Haddad, Nougara & Ridde 2004), aux difficultés à adapter les innovations sanitaires majeures telles que l'Initiative de Bamako (Diallo, Fall & Sarr 1997 ; Jaffré & Olivier de Sardan 2000) et aux faiblesses dans la fourniture des services de santé (Sy 1999). Les systèmes nationaux de santé en Afrique de l'Ouest sont donc présentés comme peu viables. La contribution financière des populations aux soins de santé augmente de plus en plus. Le financement de la santé n'est pas encore basé sur l'équité. Plusieurs études ont également relevé la persistance des inégalités sociales de santé : De Koninck, Pampalon 2008, Berghmans 2009, Salomez 2010, Potvin, Moquet & Jones 2010, etc.

C'est ainsi que pour Ndiaye 2012,

Les politiques publiques en matière de santé adoptées en Afrique subsaharienne manquent d'équité (verticale, horizontale et intergénérationnelle) et d'efficacité (surtout dans la gouvernance sanitaire). Elles ne résolvent pas les inégalités sociales de santé. Le management du système de santé n'est pas exigeant. Ce qui fait que les structures de santé ne sont pas contraintes à la performance.



Au Sénégal, l'estimation de la couverture du risque maladie par la Cellule d'appui au financement, au suivi et au partenariat (CAFSP) en 2007 montre que 79,87 pour cent de la population sénégalaise ne disposent d'aucune protection sociale. Ils sont laissés-pour-compte par les systèmes de couverture existants, comme le montre le tableau ci-dessous :

**Tableau 1 :** Estimation de la couverture du risque maladie en 2007

Type de régime	Personnes couvertes	Organismes gestionnaires	Nombre de bénéficiaires	Part de la population couverte
Régimes non contributifs	Agents de l'État	Ministère des Finances	817 193	7,35 %
	Les personnes âgées de plus de 60 ans	État et IPRES	555 690	4,87 %
	Étudiants	COUD	33 000	0,30 %
Régimes contributifs volontaires	Membres des mutuelles de santé	Mutuelles de santé	421 670	3,79 %
	Souscripteurs à une assurance privée	Assureurs privés	24 500	0,22 %
Régime contributif obligatoire	Salariés du secteur privé	IPM	400 149	3,60 %
<b>Total</b>			<b>2 252 202</b>	<b>20,13 %</b>

Source : CAFSP 2007

Face à ces inégalités dans la protection sociale, le Sénégal adopte une stratégie d'extension de la couverture du risque maladie afin d'amener la couverture de 20 pour cent à 50 pour cent des Sénégalais avant 2015. De même, le PNDS 2009-2018 met l'accent sur le renforcement de la couverture du risque maladie surtout pour les groupes vulnérables (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes, personnes âgées de plus de 60 ans) et les indigents. C'est ainsi que l'État assure le pilotage, la programmation et la mobilisation des ressources nécessaires à la couverture du risque maladie des 80 pour cent de Sénégalais non assurés. C'est le retour de l'État providence.

L'État du Sénégal a entamé la promotion de la mutualité sociale conformément à la résolution de l'UEMOA adoptée en 2009. Il s'agit de diversifier davantage les systèmes de protection sociale suivant les principes d'universalité, de qualité, de partage des risques, de responsabilisation, de participation et de partenariat. Cette résolution n'ordonne pas une adhésion obligatoire aux institutions mutualistes, mais incite les États à promouvoir

les mutuelles de santé communautaires. Les initiatives de mobilisation et de mise en commun des ressources sont encouragées pour favoriser la réduction considérable des barrières financières dans l'accès aux soins de santé de qualité. Pour cela, l'implication de l'État et des collectivités locales dans le développement des organisations mutualistes mises en place par les populations est considérée comme un impératif.

Le cadre managérial est renforcé avec la mise en place de « Cellules d'appui » : la Cellule d'appui et de suivi du plan national de développement sanitaire (CAS PNDS) et la Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat (CAFSP). L'un des tournants majeurs du retour de l'État providence est la réforme de la CAFSP qui devient Cellule d'appui à la couverture maladie universelle (CACMU) en juillet 2012. Deux initiatives sont dès lors expérimentées afin de déterminer un canevas pour le montage d'un Fonds national de solidarité santé (FNSS) :

1. Le fonds d'équité pour la prise en charge des indigents dans les régions pilotes de Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaolack. Il est mis en œuvre dans le cadre du Programme d'appui au développement de la micro-assurance santé au Sénégal (PAMAS 2008-2012) ;
2. La Démonstration et l'extension de la couverture de l'assurance maladie (DECAM). L'État du Sénégal invite à la réalisation du projet « Une collectivité locale, une mutuelle de santé ». Cette démonstration n'est pas encore effective.

Toutefois, une étude portant sur les *Déterminants de l'adhésion et de la non adhésion aux mutuelles de santé* dans les régions pilotes du fonds d'équité montre que

Les prestations offertes par les mutuelles ne sont pas attractives. La prise en charge est limitée aux soins primaires. Elles ne prennent pas en compte les gros risques et des médicaments spécialisés. Beaucoup de mutuelles n'assurent généralement que la couverture des médicaments essentiels ou génériques qui coûtent moins cher et qui sont à la portée d'un grand nombre (HYGEA 2011).

Cette faible attractivité de l'offre de soins couverte par les mutuelles de santé communautaires constitue un handicap à la promotion de l'assurance maladie. Cette étude en décrit d'autres afin d'identifier les jalons pour le développement de la micro-assurance santé au Sénégal.

## **Méthodologie**

Cette recherche est basée sur une observation participante menée de novembre 2011 à février 2013, période au cours de laquelle nous avons été recrutés pour « faciliter le démarrage et l'exécution du fonds d'équité » en tant qu'assistants

techniques régionaux (ATR). En effet, quatre assistants techniques ont été recrutés durant cette période : deux sociologues, une économiste et un travailleur social.

L'observation participante était axée sur le processus de ciblage des indigents, notamment la participation des acteurs institutionnels (autorités administratives, responsables de services, collectivités locales) et des acteurs communautaires (mutuelles, ONG locales, associations), mais également sur le dispositif du fonds d'équité (conventions, factures, bordereaux de paiement). C'est ainsi que des rapports mensuels, entre novembre 2011 et février 2013, ont été produits.

Notre analyse s'appuie également sur une revue de la littérature des initiatives mutualistes dans le domaine de la micro-assurance santé. Le but de cet article est de passer en revue des expériences prometteuses pour une gouvernance efficace de la couverture maladie universelle au Sénégal, en particulier, et en Afrique subsaharienne, en général.

Cet article présente l'expérience du fonds d'équité pour l'assurance maladie des indigents, à travers trois aspects. D'abord, les référentiels du fonds d'équité concernant la caractérisation du profil de l'indigent et la méthodologie de ciblage et d'enrôlement sont exposés et analysés. Ensuite, les innovations induites par cette expérience sont décrites, en mettant l'accent sur les mécanismes de gestion et les mécanismes de garantie. Enfin, nous analysons les jalons d'une couverture maladie universelle basée sur la démarche inclusive.

## ***Les référentiels du fonds***

### *L'enrôlement des indigents*

Au sens large, est considéré comme indigent tout individu dépourvu de moyens de satisfaire ses besoins fondamentaux de façon immédiate et dans le temps, et vivant dans un environnement à risque. Les expressions souvent utilisées pour caractériser l'indigence sont *le manque*, *l'absence* et *l'incapacité* liés à *l'avoir*, au *pouvoir* et aux *opportunités*. L'étude de faisabilité du fonds d'équité a procédé à une revue documentaire du concept d'indigence. Elle relève une kyrielle de conceptions mettant l'accent tantôt sur le portrait physique de la personne en des termes tels que « misérable », « stigmatisé », « relégué », « précarisé » et « assisté », tantôt sur les aspects liés au bien-être, tels que la « difficulté à se nourrir », le « manque de travail », le « manque de soins », le « manque de logement décent ».

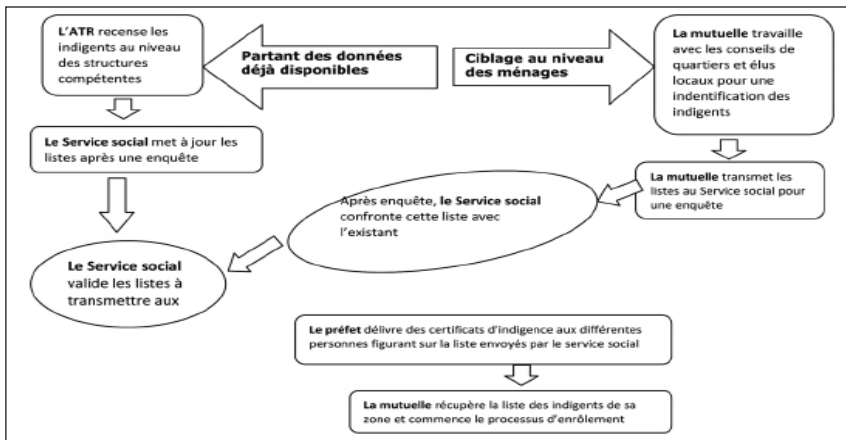
Afin d'éviter d'appliquer une conception non opératoire de l'indigence dans les milieux d'intervention, la définition du concept a fait l'objet de focus

group lors de l'étude de faisabilité. Cette dernière rapporte la perception la plus partagée par la population enquêtée : « *Est indigent celui qui n'a rien, qui ne peut régler ses besoins sociaux primaires, qui vit sans pouvoir accéder à des opportunités.* » (CAFSP 2011:25) Dès lors, l'indigent visé par le fonds d'équité est

Celui qui est démuné. Celui dont les ressources sont faibles, voire insuffisantes ou inexistantes pour satisfaire convenablement et de façon continue ses besoins élémentaires (nourriture, santé, éducation, mobilité, etc.). Il évolue principalement dans un cadre de vie précaire (sans accès à l'eau potable et à l'électricité, dans un milieu à risque et exclu des systèmes de protection), dépendant des autres et confronté à des contraintes d'accès aux services de base.

À partir de cette définition, un questionnaire d'enquête sociale a été élaboré et administré à toutes les personnes présélectionnées à partir des répertoires des services de l'action sociale, des assistants sociaux et des associations philanthropiques locales. Un scoring de l'indigence a été établi. Les répondants qui ont les scores extrêmes (maximum) ont été considérés comme les « plus démunis » et retenus comme prioritaires.

La méthodologie de l'identification adoptée pour la mise en œuvre du fonds d'équité est à la fois passive (à partir de statistiques sociales existantes) et active (suivant une enquête sociale). Elle est systématisée comme suit dans le manuel de procédure :



Source : Extrait du *Manuel de procédure* du fonds d'équité

Les sources de données pertinentes pour l'identification des ménages vulnérables et démunis sont : les registres des structures sanitaires, les enquêtes socio-démographiques, les registres des collectivités locales ainsi que les répertoires des associations et des organisations caritatives.

Dans les structures publiques de soin au Sénégal, les personnes indigentes ayant reçu des soins sont répertoriées par la comptabilité du Comité de santé. Elles sont considérées comme des « cas sociaux » que les Comités de santé prennent en charge avec les 7 pour cent de leurs recettes annuelles.

Des enquêtes socio-démographiques continues sont menées au Sénégal sur le profil des populations en mesurant, entre autres, les indicateurs de pauvreté. Il y a les rapports de l'ANSD intitulés *Situation économique et sociale, Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples EDS-MICS, Enquête de suivi de la pauvreté, Enquête sénégalaise sur les conditions de vie des ménages*, etc.

Les services régionaux et départementaux de l'action sociale, les organisations et associations caritatives ainsi que les commissions sociales des collectivités locales disposent également de répertoires des personnes démunies. Les chefs de village, les délégués et les marraines de quartier, les élus locaux disposent également d'informations pertinentes permettant l'identification des indigents.

Dans le cadre du fonds d'équité, différents critères d'identification des indigents sont combinés. Il s'agit des critères du service social qui distinguent les sujets dépourvus de protection sociale, dont les enfants en difficulté, les orphelins, les personnes en situation de handicap, les inadaptés sociaux (malades mentaux, malades chroniques) et les victimes de sinistre. D'autres critères relèvent de l'épidémiologie et portent sur les sujets vulnérables à la maladie, notamment les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées. Quant aux critères de pauvreté, ce sont : l'absence de revenu, la dépendance à autrui et l'inexistence de couverture sociale.

À partir d'une triangulation des différents répertoires des services sociaux, des associations, des structures mutualistes, des structures de soins et des collectivités locales, la population cible du fonds d'équité se présente comme suit :

**Tableau 2 :** Répartition de la population cible du fonds d'équité

Régions pilotes	Personnes vivant avec un handicap	Femmes enceintes	Personnes âgées	Enfants 0 à 5 ans	Personnes indigentes	Total
Kaolack	2 580	32 029	41 271	77 302	59 038	212 220
Fatick	1 119	34 553	48 254	35 247	62 038	181 211
Diourbel	1 188	54 748	63 896	76 498	72 251	268 581
Kaffrine	1 045	24 544	28 950	25 268	72 338	152 145
<b>Total</b>	<b>5 932</b>	<b>145 874</b>	<b>182 371</b>	<b>214 315</b>	<b>265 665</b>	<b>814 157</b>

Sources : Services de l'action sociale, associations, structures mutualistes, assistants sociaux des structures de soin et collectivités locales (novembre 2011)

L'étude de faisabilité du fonds d'équité menée en décembre 2011 préconise :

Considérant le caractère pilote de l'initiative et les ressources financières disponibles, l'étude propose de fixer l'objectif de prendre en charge environ 7 pour cent au niveau de chaque catégorie, hormis les personnes âgées qui bénéficient déjà d'une certaine prise en charge. Ainsi, l'effectif total à enrôler sera de 45 000 personnes.

Et de poursuivre, « En moyenne chaque bénéficiaire coûtera 12 362 FCFA pour une couverture annuelle suivant les services couverts dans la mutuelle de santé où il est assuré [...] Le montant total estimé du schéma de prise en charge s'élève à 556 287 400 FCFA ».

Toutefois, 3 551 bénéficiaires ont été inscrits pour bénéficier du programme. Ils correspondent à 20 pour cent des effectifs à jour de leurs cotisations des 23 mutuelles de santé pilotes. Le montant alloué à leur inscription est de 15 981 300 FCFA, soit 4 500 FCFA par individu. En cas de maladie, le programme rembourse le ticket modérateur et le reliquat des frais médicaux après que la mutuelle de santé a préfinancé intégralement les soins. Le fonds d'équité est une assurance maladie complémentaire à la mutuelle de santé communautaire. Il finance le complément dévolu à l'assuré, mais ne couvre pas les prestations non assurées par les mutuelles de santé.

La principale critique du processus d'enrôlement des indigents est le nombre assez réduit de bénéficiaires (3 551). C'est un fonds d'équité de 1 277 378 145 F CFA qui n'alloue que 1,25 pour cent de son budget pour l'inscription des indigents, ce qui est largement en dessous des attentes des mutualistes qui proposaient l'inscription d'un nombre d'indigents correspondant à 50 pour cent des bénéficiaires à jour. Ce résultat est également inférieur aux recommandations issues de l'étude de faisabilité qui portaient sur un effectif de 45 000 indigents à inscrire.

### ***Le choix des mutuelles***

#### *Les impératifs méthodologiques du fonds d'équité*

La décision fut d'abord négociée dans le cadre du *Programme indicatif de coopération (PIC) 2010-2013* où les domaines d'intervention de la coopération bilatérale sont inscrits dans l'agenda de ladite coopération. Elle est ensuite endossée par les organismes d'exécution. Concernant le fonds d'équité, ce sont l'Agence belge de coopération (CTB) et la Cellule d'appui à la couverture maladie universelle (CACMU). Le programme à mettre en œuvre s'aligne sur les documents de politique publique : PNDS, DSRP et Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie. Pour son opérationnalisation, des référentiels sont élaborés : Document technique et financier (DTF) du programme et *Manuel de procédure* du fonds d'équité.

Les régions d'intervention de la coopération bilatérale, Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaolack, ont été maintenues à la suite des programmes d'appui à l'offre de soins qui y avaient déjà été exécutés (Appui à la région médicale de Diourbel ou ARMD, Appui au système de santé des régions médicales de Kaolack, Kaffrine et Fatick ou ASSRMKE, Programme d'appui au développement de la micro-assurance santé dans les régions de Diourbel, Kaolack, Kaffrine et Fatick ou PAMAS1). Les objectifs opérationnels étant de fournir un appui institutionnel à la CACMU de renforcer les institutions mutualistes, de développer des mécanismes de garantie pour l'accès aux soins des couches vulnérables, de faire adhérer et cotiser pour l'accès aux soins des indigents enrôlés.

### *Le choix des mutuelles de santé*

Les mutuelles pilotes de santé du fonds d'équité devaient remplir les conditions suivantes :

- être membre de l'Union régionale des mutuelles de Santé : l'adhésion aux unions renforce le réseau mutualiste dans les régions. Elle favorise l'harmonisation des conditions d'inscription et les palettes de soins prises en charge dans les mutuelles ;
- être à jour de ses cotisations au sein de l'Union : la cotisation à l'union régionale permet à ses structures de fonctionner et de réaliser des activités de soutien telles que les supervisions et la collecte des données dans la région ;
- ne pas être sous le coup d'une suspension auprès des prestataires de soins conventionnés : les conventions adoptées auprès des structures de soins garantissent l'accès aux prestations des assurés. Le défaut de paiement des factures entraîne des suspensions des mutuelles de santé et, par conséquent, entrave l'accès aux soins des assurés ;
- être fonctionnelle tant dans les organes statutaires, le système de gestion administrative que dans les prestations, en les assurant de manière permanente et continue et en enregistrant au moins 45 pour cent des bénéficiaires à jour de leurs cotisations et un taux de sinistralité compris entre 35 et 90 pour cent.

Seules 23 mutuelles de santé communautaires sur les 43 que comptent les quatre régions au diagnostic fait par les ATR du programme en décembre 2011 ont rempli toutes ces conditions. Il y a au Sénégal une pléthore de mutuelles de santé communautaires dont la plupart peinent à subsister. Pour certaines, leur création est consécutive à l'intervention d'une ONG œuvrant dans la santé communautaire dont les acteurs locaux cherchent à capturer le financement. Pour d'autres, la faible adhésion des populations les rend peu viables.

Dans l'ensemble, les mutuelles de santé communautaires ne couvrent pas les gros risques tels que les soins hospitaliers et les soins à longue cure à cause du faible montant des cotisations mensuelles, variant entre 150 et 500 FCFA par personne. Afin de les rendre plus attractives, des mécanismes de financement alternatifs sont nécessaires. Des cas d'école sont présentés dans la plateforme de la Coopérative pour l'assurance maladie et invalidité (COPAMI) [www.coopami.org/fr/coopami/platform/index.htm](http://www.coopami.org/fr/coopami/platform/index.htm). Le mode de financement alternatif le plus opportun est une allocation budgétaire des collectivités locales. En contrepartie, les mutuelles de santé devraient renforcer leur taux de couverture et améliorer leur offre.

### **La recherche-action**

Quatre modalités de recherche-action ont été développés durant la mise en œuvre du fonds d'équité : l'enquête socio-anthropologique, l'enquête sociale, le suivi scientifique et l'assistance technique.

L'enquête socio-anthropologique est réalisée par une équipe interdisciplinaire – le Laboratoire de recherche sur les transformations économiques et sociales au Sénégal (LARTES) – recrutée à l'issue d'un appel à candidature. Elle a effectué une étude sur les perceptions de l'équité dans l'accès aux soins auprès des mutualistes dans les quatre régions. C'est ainsi qu'elle recommande une diversification de la palette des soins à couvrir, un processus d'enrôlement non stigmatisant et la mise sur place d'un dispositif multi-acteurs.

L'enquête sociale est coordonnée par le Service régional de l'action sociale. Elle est faite auprès des chefs de ménages présélectionnés à l'aide d'un questionnaire dont les réponses sont scorées afin de distinguer ceux qui sont « plus démunis ». Les chefs de ménages indigents ayant à leur charge des personnes vulnérables aux maladies (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes et personnes âgées) sont prioritaires. Le tableau 3 indique le profil du ménage indigent.

**Tableau 3** : Profil du ménage indigent

<b>Caractéristiques</b>	<b>Ménages indigents</b>
Habitation/Condition de résidence	Non propriétaire de la concession Matériaux à faible résistance Manque d'électricité Maison délabrée Zones insalubres
Cadre de vie	Zones non loties Enclavement Milieu pollué



Revenu du ménage	Pas de revenu stable Pas de revenu spécifique Dépendance aux autres
Fréquence et nature des repas	≤ 1 repas par jour Pas de variété dans la journée
Accès à l'eau/possession d'une toilette	Pas d'eau potable Pas de toilettes, de latrines
Fréquentation scolaire	Abandon scolaire des enfants Échec scolaire des enfants
Confort	Pas de mobilier Cases en paille
Possession des moyens de communication	Pas de téléphone Pas de téléviseur Pas de radio
Accès aux soins de santé	Automédication Compte sur l'aide de tiers
Composition/taille du ménage	Nombre d'enfants de moins de 5 ans Nombre de femmes enceintes Nombre de personnes âgées Nombre d'orphelins Nombre de personnes confiées

Des missions de suivi scientifique ont été effectuées par une enseignante-chercheuse de l'Université catholique de Louvain (Belgique). Elles portaient, d'une part, sur l'élaboration de protocoles de recherche-action sur la mise en place du fonds d'équité et, d'autre part, sur la rationalisation de ses modalités d'application. Les propositions issues de ce suivi scientifique ont permis de limiter le nombre de bénéficiaires du fonds d'équité à 20 pour cent des mutualistes à jour de leurs cotisations. En effet, chaque mutuelle de santé devait enrôler 20 pour cent de son effectif. Entre autres recommandations, le suivi scientifique préconise : la mise en place de comités de suivi, l'enregistrement de l'évolution des prestations et la documentation des innovations induites par le fonds d'équité. L'ensemble de ces recommandations avait été satisfait.

Pour le monitoring des activités, trois niveaux d'assistance technique avaient été définis :

1. l'assistance technique régionale : sur un appel à candidature nationale, deux sociologues, un économiste et un travailleur social ont été recrutés pour faire le diagnostic des mutuelles de santé, coordonner le suivi et documenter le processus d'enrôlement des indigents ;

2. l'assistance technique nationale : elle porte sur l'élaboration et l'application du programme selon les documents cadre : stratégie nationale de la couverture maladie, programme indicatif de coopération, document technique et financier et manuel de procédure ;
3. l'assistance technique internationale : sur appel d'offres lancé par la CTB, l'Université catholique de Louvain a été choisie pour assurer les missions de suivi scientifique et d'appui à distance du programme. Les destinataires de cette assistance technique sont : l'unité d'assurance maladie de la CACMU, les structures mutualistes régionales et les administrateurs du programme.

Les interventions des assistants techniques s'articulent autour de la conception des documents techniques du programme (manuel de procédure, convention, protocole de recherche-action), de la documentation de l'état d'avancement de la mise en place du fonds d'équité, et de la collecte des indicateurs nécessaires à l'évaluation du programme.

Les limites de la recherche-action concernent notamment le coût exorbitant des missions du suivi scientifique : billets d'avion aller-retour Bruxelles/Dakar, frais de séjour et honoraires. Or des spécialistes en protection sociale résidant au Sénégal pouvaient assurer ce suivi, ce qui aurait rendu le programme plus efficient et facilité la collaboration des différents assistants pour la rédaction d'un ouvrage sur le fonds d'équité et ses effets dans l'accès aux soins des indigents. En effet, aucun protocole de recherche-action n'a pu être finalisé et publié. Telle est d'ailleurs l'une des motivations du présent article.

## **Les innovations induites par l'expérience du fonds d'équité**

### ***L'option de la mutualité communautaire***

La mutualité est une option pertinente pour intégrer les plus démunis dans les systèmes de protection sociale. D'ailleurs, elle est antérieure à la Sécurité sociale et aux assurances sociales. Elle peut être étendue à la protection des biens, à l'épargne, au crédit et à la prévoyance des risques relatifs à la santé. La mutualité est un régime de libre adhésion, dont les prestations complètent un régime préexistant (souvent c'est le paiement direct). Les mutuelles prennent en charge le ticket modérateur au point de prestation, complètent le remboursement des soins jusqu'à 100 pour cent. Certaines mutuelles disposent d'un agrément pour dispenser des soins. Cependant, la palette des soins assurés aux souscripteurs dépend du contrat et du volume des cotisations.

Avant la mise en œuvre du programme, à Kaolack, un réseau de mutuelle dénommé *Oyofalpaj* (en wolof, « alléger le coût des traitements »)

développait un système de couverture maladie au profit des indigents. C'est un réseau de treize mutuelles de santé comptant 22 647 bénéficiaires en 2010 et ayant contribué à hauteur de 12 027 384 FCFA aux dépenses de santé des mutualistes. Le réseau *Oyofal paj* a pu prendre en charge, durant l'année 2010, les frais médicaux de 418 indigents non souscrits.

À Fatick, les mutuelles de santé ont développé l'assurance maladie des élèves (AMEL) qui consiste à garantir 100 pour cent des frais médicaux des élèves moyennant une cotisation annuelle de 1000 F CFA par élève et l'appui financier des partenaires. Au district sanitaire de Sokone, la tarification forfaitaire est expérimentée pour promouvoir la santé maternelle. Elle comprend le coût réel moyen d'un épisode maladie, la prise en charge complète (diagnostic, examens et traitement) et les frais d'hospitalisation des parturientes

Dans la région de Kaffrine, les mutuelles de santé de Kathiotte et de Nguérané Fass ont initié respectivement la *taxation à l'eau de boisson et des champs collectifs* pour le recouvrement des cotisations de leurs adhérents.

À Diourbel, la synergie autour d'une ONG locale, *Mathlaboul Fawzaini*, établie à Touba et financée par la communauté mouride et sa diaspora, installée en Espagne, en Italie, aux États-Unis et dans les pays africains, a permis la construction d'un Centre hospitalier de référence portant le même nom, des infrastructures communautaires (mosquées, résidences d'hôtes, forages, etc.) et des équipements de transport et d'assainissement (ambulances, bus, citernes, camions, poubelles). La mutuelle de santé qui porte le même nom que l'ONG est une structure de développement social complémentaire aux autres domaines couverts par l'ONG, l'hydraulique rurale, l'électrification, la modernisation de la ville et l'assainissement.

Autant d'innovations sociales portées par les mutuelles de santé qui nous permettent de constater qu'elles promeuvent le développement social. Il reste à renforcer leur accessibilité aux populations et leur attractivité.

Pour favoriser l'accès aux soins et aux structures mutualistes, deux innovations majeures ont été développées lors de la mise en place du fonds d'équité. La première est l'articulation de l'offre et de la demande de soins. En faisant porter l'enrôlement des indigents par les mutuelles de santé communautaires, l'enjeu est de renforcer à la fois le taux de couverture maladie et la palette des soins assurés par celles-ci. La seconde innovation est l'adoption des technologies de l'information et de la communication pour renforcer la visibilité des mutuelles de santé. En effet, une cartographie numérisée de mutuelles a été créée. Elle permet de vulgariser les fiches d'identification comprenant des renseignements sur la localisation de la mutuelle, la population assurée, les prestations couvertes, les conventions

signées avec les structures de soins, les modalités d'adhésion, les rapports d'assemblée générale, etc. Une fois ces informations postées sur la cartographie numérisée, la mutuelle de santé devient visible sur Internet.

Nous avons constaté que les mutuelles de santé communautaires adoptent des innovations et regorgent de potentialités faiblement soutenues. Les interventions définies dans le cadre logique des programmes et des projets sont pour la plupart peu flexibles sur les résultats attendus libellés dans leur Document technique et financier (DTF). Elles semblent se désintéresser de toute innovation mutualiste qui ne correspond pas aux termes de référence des cadres logiques des programmes et des projets qu'elles mettent en œuvre. D'ailleurs, les DTF et les manuels de procédure des programmes se présentent comme des documents définitifs, ce qui limite tout appui à l'innovation.

### ***Le suivi scientifique***

Les missions de suivi scientifique renforcent l'efficacité des programmes. Elles constituent des moments de collecte de preuves sur l'état des indicateurs. Elles éclairent les décisions des unités de gestion des programmes. Dans le cadre du monitoring des mécanismes de protection sociale, le suivi scientifique préconise des enquêtes auprès des parties prenantes sous la forme de recherche-action. Lors de la mise en œuvre du fonds d'équité, les questions qui font l'objet d'une attention particulière sont : quelle conception de l'indigence est la plus opératoire pour les différents milieux d'intervention du programme ? Quel effectif faudrait-il enrôler pour ne pas transformer les mutuelles de santé communautaires en mutuelles d'indigents ? Quelle action efficiente faut-il entreprendre pour l'émergence de mutuelles de santé communautaires fortes ?

Ce questionnement est axé sur trois impératifs de toute intervention pour lutter contre la pauvreté : concevoir, estimer et agir. Il faut d'abord disposer d'une conception opératoire et de référentiels pour réaliser un ciblage adéquat. Ensuite, les potentialités des structures doivent être évaluées pour pouvoir optimiser les ressources mobilisées. Enfin, il est nécessaire d'allouer les ressources susceptibles de transformer ces potentialités.

Les éléments empiriques nécessaires à l'évaluation de l'implantation du fonds d'équité sont contenus dans les rapports périodiques des ATR, les bilans trimestriels, les rapports du comité du pilotage et du suivi scientifique, mais également au sein de la plateforme de la cartographie numérisée des mutuelles de santé. La mise en œuvre du fonds d'équité y est décrite comme « *un accouchement difficile* » (co-gestionnaire du programme), « *un système onéreux, moderne et participatif de protection sociale* » (Assistant technique national),

« un processus assez documenté qui reste à être pérennisé » (médecin chef de région), « *une bouffée d'air de soulagement pour les mutuelles de santé des régions du bassin arachidier* » (Président de la Fédération nationale des mutuelles de santé), « *un pilier supplémentaire pour l'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais* » (responsable de l'unité assurance maladie à la CACMU), ou encore « *une expérience innovante d'articulation de l'offre et de la demande de soins* » (Responsable du suivi scientifique).

Cependant, certaines faiblesses ont été constatées. Elles sont relatives à la lenteur dans le démarrage de la prise en charge des indigents. En effet,

Depuis juin 2010, le programme d'appui au développement de la micro-assurance santé au Sénégal (PAMAS) vise à mettre en œuvre un fonds d'équité en faisant adhérer les indigents et les couches vulnérables dans les mutuelles de santé. Jusqu'en janvier 2012, la prise en charge n'était pas encore effective alors qu'une étude sur les stratégies de ciblage, une simulation du budget et un recrutement des assistants techniques régionaux chargés de faciliter ce démarrage avaient été effectués en novembre 2011 (Ndiaye 2012:271).

Cette situation s'explique par la lenteur des procédures de décaissement dans le cadre de la cogestion et de la coopération bilatérale. Il faut que le responsable administratif et financier (RAF) établisse la demande de décaissement motivée et approuvée par les cogestionnaires avant qu'elle soit transmise à l'ordonnateur du budget qui autorise la transaction financière dans le compte du programme. Pour le fonds d'équité, l'ordonnateur principal du budget est la Direction de la coopération pour le développement (DGCD) du Royaume de Belgique. Elle administre 76,98 pour cent du budget destiné à financer la mise en place du fonds d'équité.

### **Les comités locaux**

Le suivi de la mise en œuvre fait partie du processus gestionnaire. Il est capital pour garantir l'efficacité d'un programme. Le fonds d'équité a fait l'objet du suivi d'un comité local présidé par l'autorité administrative et composé de membres des services techniques de la santé et du développement social ainsi que des administrateurs des mutuelles de santé et de l'assistant technique régional du PAMAS. Ils étaient chargés de valider la liste des indigents à enrôler, de diligenter la délivrance des certificats d'indigence, de superviser leur inscription dans les mutuelles de santé et de veiller à leur prise en charge conformément au manuel de procédure du fonds d'équité. Ils communiquaient l'état d'avancement du programme lors des Conseils régionaux de développement (CRD), Conseils départementaux de développement (CDD) et Conseils locaux de développement (CLD).

Le comité local de suivi est un mécanisme pertinent de gouvernance d'une intervention sociale. C'est une interface entre les communautés et les administrateurs des programmes centraux. Lorsque ces comités sont présidés par une autorité administrative, l'implication des services techniques déconcentrés est effective. Il est d'ailleurs impératif que tous les programmes de prise en charge fassent l'objet d'un suivi assuré par des comités locaux au lieu des comités de pilotage généralement centralisés avec une faible réactivité. Les réunions des comités de pilotage des programmes sont souvent trimestrielles et plus axées sur le bilan financier et sur « ce qui reste à faire » suivant la programmation, alors que les comités locaux de suivi constituent des structures opérationnelles.

Après avoir décrit les innovations sociales portées par les structures mutualistes, nous abordons les perspectives de développement de la couverture du risque maladie.

### **Jalons pour une couverture maladie**

#### ***Le fonds d'équité, un pilier de la CMU***

Tenu à Montreux, en Suisse, en novembre 2010, le 1er symposium mondial sur les recherches en systèmes de santé a posé les jalons de l'usage de « *la science pour accélérer la couverture sanitaire universelle (CSU)* ». Ce qui laisse entrevoir que les connaissances scientifiques avaient été peu mobilisées à cet effet, les administrateurs de la couverture sanitaire ayant réduit cette problématique à ses dimensions politique et technique. En effet, la CSU apparaît comme une politique publique destinée à garantir le droit à la santé pour tous. Ainsi, les États se chargent de mettre en place des piliers de la protection sociale ou de les réformer pour permettre aux citoyens d'accéder à des services de santé.

Toutefois, la CSU nécessite un suivi scientifique. Elle suppose une rationalisation de l'offre de santé et de la satisfaction de la demande de santé, surtout en ce qui concerne les besoins sanitaires non encore assurés. Cette exigence de rationalisation et de satisfaction des besoins suppose la réalisation de protocoles de recherche par les spécialistes des sciences sociales et des sciences médicales dans une perspective interdisciplinaire. Les principales problématiques de la CSU sont notamment : les besoins de santé non couverts, la couverture maladie des gros risques (maladies chroniques) et les modes de financement alternatifs au paiement direct.

La CSU est un paradigme à la fois éthique, politique et scientifique pour l'assurance maladie. Le thème du symposium, « La science pour accélérer la couverture universelle », a été une occasion de faire l'inventaire de la recherche et des stratégies destinées à renforcer la performance des systèmes

de santé, en vue de poser des jalons pour le développement des innovations. L'idée centrale est que les chercheurs, les décideurs et les partenaires de la santé doivent, en partenariat, produire des protocoles de recherche-action sur les problématiques sanitaires, les réformes des systèmes de santé et sur les innovations. Lors des sessions satellites animées par des experts, des leaders gouvernementaux et des chercheurs, les principaux thèmes étaient : les stratégies globales de renforcement des systèmes de santé, l'équité dans l'accès aux soins, le financement de la santé, le développement des innovations par la recherche, les voies émergentes des pays en développement, les modèles innovants et les réformes en vue de la CSU.

Le transfert des connaissances constitue l'une des stratégies de base formulées par les participants. Qu'elles soient tacites ou explicites (opinions, critiques, expériences, essais), les connaissances scientifiques doivent constituer le socle des politiques de santé et des pratiques.

Toutefois, la CSU bute sur les logiques de marché qui se développent dans le secteur de la santé. Elles exacerbent les barrières financières dans l'accès aux soins de qualité. Les couches défavorisées sont les plus affectées. Des mécanismes d'inclusion innovants sont en cours en Afrique subsaharienne. Il s'agit du financement basé sur la performance (Rwanda), des communautés de pratique (Ghana), de l'approche communautaire (Zambie, Tanzanie, Mozambique), de l'assurance santé (Rwanda, Ghana, Sénégal), entre autres. Ces différentes alternatives visent à réduire l'ampleur des barrières financières et géographiques dans l'accès aux soins. Cependant, elles sont généralement portées par les ONG et les organismes de coopération. Or il revient aux gouvernements d'assurer l'administration générale du système de santé, notamment la mise en place de mécanismes d'accès à la santé pour tous. Le gouvernement est l'administrateur des ressources sanitaires. Il ne peut le sous-traiter. En d'autres termes,

La responsabilité de la performance globale du système de santé d'un pays doit toujours finalement incomber au gouvernement. L'administration générale non seulement influence les autres fonctions, mais permet aussi d'atteindre chacun des buts du système de santé, à savoir améliorer la santé, répondre aux attentes légitimes de la population et assurer l'équité des contributions. Le gouvernement doit s'impliquer à tous les niveaux du système de santé pour en maximiser les résultats (OMS 2000:135).

Au Sénégal, nous avons l'exemple du fonds d'équité pour la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables dont le financement est majoritairement assuré par le Royaume de Belgique (76,98 %). La contribution financière de l'État du Sénégal est de 23,02 pour cent. Ce qui est de la sous-traitance.

### ***Autres stratégies pour la CMU***

Pour assurer la couverture maladie des 80 pour cent de Sénégalais exclus des systèmes de protection sociale, le gouvernement du Sénégal opte pour l'État social. C'est une combinaison de pratiques d'État providence, de décentralisation et de responsabilisation des mutuelles de santé communautaires. Ainsi, l'État, les collectivités locales et les mutuelles de santé communautaires constituent les principaux acteurs pour accélérer la couverture maladie universelle au Sénégal.

L'État providence se traduit par un programme d'allocation de bourses familiales aux ménages démunis dans les régions où la prévalence de la pauvreté est élevée. Il a été lancé en octobre 2013. L'organisme gestionnaire des bourses de sécurité familiale est la *Délégation générale à la protection sociale*. Le montant de la bourse initiale est de 25 000 FCFA par trimestre renouvelable pendant 5 ans. La présélection des ménages est assurée par des comités de quartier et des comités communaux, sous la supervision des autorités administratives et territoriales (gouverneurs, préfets et sous-préfets). L'ANSD se charge de confirmer l'indigence des ménages présélectionnés au moyen d'un test multidimensionnel. Entre autres critères de base, pour être éligible aux bourses de sécurité familiale, il faut que le ménage compte des enfants de 6 à 12 ans et des personnes âgées et qu'il soit caractérisé par une vulnérabilité économique.

L'extension de la couverture du risque maladie sénégalais est un objectif également assigné aux collectivités locales. Le chapitre III « *De la santé, de la population et de l'action sociale* » de la loi portant code général des collectivités locales établie en 2013 constitue une disposition qui renforce leur responsabilité dans la promotion de la couverture maladie universelle. Le milieu rural et le secteur informel sont considérés comme prioritaires dans le ciblage. Le département de Saint-Louis (nord du Sénégal) est le cadre expérimental du programme de décentralisation et d'extension de la couverture du risque maladie (DECAM). Toutefois, de l'élaboration de ce programme en 2012 jusqu'en septembre 2015, les initiatives ne se sont pas traduites en actes. Il en est de même pour le Fonds national de solidarité santé dont le principal objectif est de promouvoir l'équité par la mutualisation des risques et des systèmes d'exemption.

La décentralisation du secteur de la santé est un mot d'ordre politique non encore effectif au Sénégal. Les programmes élaborés sont en attente d'exécution, car l'État et les collectivités locales semblent rechercher les opportunités de financement dans leur système de partenariat (coopération décentralisée et coopération bilatérale), au lieu de compter a priori sur leurs ressources propres.



La promotion de la mutualité sociale en vigueur au Sénégal devrait être complétée par d'autres mécanismes de promotion de couverture du risque maladie ayant fait leurs preuves : le modèle bismarckien et le modèle beveridgien.

Le *modèle bismarckien*, mis en place en Allemagne à la fin du XIXe siècle par le Chancelier Otto Von Bismarck, est basé sur des cotisations sociales obligatoires des salariés et des employeurs, selon les catégories professionnelles. Les frais de soins sont généralement pris en charge par les caisses d'assurance maladie dont la gestion est soit centralisée (France), soit régionalisée (Allemagne). Le taux de couverture médicale dépend du volume de la cotisation. Le modèle bismarckien repose sur un régime de contribution obligatoire. L'offre de soins est, en général, mixte, à la fois publique et privée. Ce système est adopté également en Belgique, en Autriche et dans la plupart des pays d'Europe centrale.

Les problèmes posés par ce modèle sont les déficits persistants des caisses d'assurance maladie et la faible emprise sur les dépenses de santé. Pour y remédier, l'harmonisation de la tarification et de la palette des soins couverts par les assurances maladies ainsi que l'introduction des méthodes de gestion transparentes constituent les principales alternatives dans ces pays.

Le *modèle Beveridge* est né au Royaume-Uni après la Seconde Guerre mondiale suite au rapport du *Social insurance and allied services* en 1947 appelé « plan Beveridge » de Lord William Beveridge. Il est financé par l'impôt et fournit des prestations uniformes à tous les membres de la société. Cependant, les prestations couvertes sont généralement les soins essentiels. Les prélèvements sur les taxes et les impôts constituent un mode de financement alternatif de la santé. Seulement, la mise en place d'un organisme gestionnaire assurant la mise en commun de ces prélèvements, l'allocation des ressources financières et l'évaluation du mode de financement sont impératives. La COPAMI instituée en Belgique constitue un cas d'école.

## **Conclusion**

Cette étude nous a permis de passer en revue les mécanismes de gouvernance du fonds d'équité mis en place au Sénégal. La principale leçon tirée de cette expérience est que les mécanismes de gestion couplés aux mécanismes de garantie constituent une approche de bonne gouvernance pour la mise en place d'une assurance maladie des populations. Nous avons, par ailleurs, décrit le processus d'implantation du fonds d'équité tout en mettant en œuvre un questionnement sur la conception opératoire de l'indigence, les expériences mutualistes innovantes et sur l'efficacité du programme. Pour finir, des jalons pour l'accélération de la CMU au Sénégal ont été présentés sur la base des expériences ayant fait leurs preuves dans des pays d'Afrique subsaharienne et en Europe.

Pour rappel, les mécanismes de gouvernance du fonds d'équité sont la cogestion, le suivi scientifique et la recherche-action. La cogestion favorise la responsabilisation des parties prenantes. Le suivi scientifique améliore la rationalisation du processus d'identification et d'enrôlement des indigents. La recherche-action fournit les évidences scientifiques nécessaires au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre du fonds d'équité. Les mécanismes de garantie analysés sont le manuel de procédure, les comités locaux de suivi et les conventions adoptées. Ils spécifient les responsabilités de chaque partie prenante dans la mise en œuvre du fonds d'équité. Les comités locaux de suivi supervisés par les autorités administratives offrent plus d'opportunité pour s'assurer de la contribution des services techniques déconcentrés au processus.

L'un des instruments de base pour l'identification et l'inscription des bénéficiaires du fonds d'équité est le manuel de procédure. Il comprend la méthodologie globale du programme et les cahiers des charges pour les parties prenantes, tant au sein de l'unité de cogestion qu'au niveau opérationnel. Nous constatons, tout de même, que le manuel de procédure est établi comme un document définitif qui réduit considérablement la flexibilité dans la gouvernance du programme, surtout dans l'affectation des ressources financières sur des aspects connexes. Le cadre logique des programmes ainsi que les paquets d'activités sont des références a priori que les unités de gestion adaptent rarement aux opportunités des milieux d'intervention.

En ce qui concerne les innovations sociales évoquées comme des perspectives de couverture du risque maladie des couches défavorisées et vulnérables, nous avons souligné : la mise en réseau des mutuelles de santé communautaires à Kaolack, la taxation à l'eau de boisson à Kaffrine, la tarification forfaitaire et l'assurance maladie élève (AMEL) à Fatick, et la synergie autour d'une ONG communautaire à Diourbel. Malgré leur importance pour les populations et leur capacité de résilience face aux barrières d'accès aux services sociaux de base, ces innovations n'ont pas encore fait l'objet d'une expertise scientifique pour leur mise à l'échelle dans les autres collectivités du pays.

Les enseignements tirés de la mise en place du fonds d'équité sont capitalisables pour une meilleure gouvernance du fonds de solidarité nationale et des bourses de sécurité familiale que le gouvernement du Sénégal a lancés en 2013 comme mécanismes de financement de la couverture du risque maladie des Sénégalais exclus des systèmes classiques de protection sociale. Toutefois, il faut se rendre compte que la prise en charge des populations est une fonction dévolue à la fois aux acteurs centraux (gouvernement, ministères), aux entités décentralisées (collectivités locales) et aux structures communautaires. Par voie de conséquence, le financement de la santé est un impératif de souveraineté. Il ne peut être sous-traité. Ce qui est pourtant le cas dans la plupart des pays en développement.

## Références

- Beaudry, J. & B. Gauthier, 1992, « L'évaluation de programme », dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (2<sup>e</sup> édition), Québec, PUQ, p. 425-452.
- Berghmans, L., 2009, « Inégalités sociales de santé, une histoire ancienne d'actualité », *Éducation Santé*, 245, p. 3-4, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1110>.
- Bicaba, A., J. Ouedraogo, S. Ki & B. Zida, 2003, *Accès aux urgences chirurgicales et équité*, Ouagadougou, ABSP, CRDI, Udm.
- De Koninck, M., R. Pampalon, G. Paquet, M. Clément, A.-M. Hamelin & M.-J. Disant, 2008, *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Diallo, I., A. Fall & O. Sarr, 1997, « L'initiative de Bamako au Sénégal », dans *Innover dans les systèmes de santé, expérience d'Afrique de l'Ouest*, J. Brunnet-Jailly (Éd.), Paris, Karthala, p. 209-18.
- CAFSP, 2011, *Étude de faisabilité de la couverture du risque maladie des indigents à partir des mutuelles de santé*, Dakar, CAFSP.
- Haddad, S., A. Nougara, A., & V. Ridde, 2004, « Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 3, p. 199-210.
- Hygea, 2011, *Déterminants de l'adhésion et de la non adhésion aux mutuelles de santé au Sénégal*, Dakar.
- Jaffré, Y. & J.-P. Olivier De Sardan, 2000, *Une médecine inhospitalière. Les relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Ministère de l'Économie et des Finances du Sénégal, 2007, *Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal*, Dakar.
- Meunier, A., 1999, *Le système de soins au Burkina Faso. Le paradoxe sanitaire*, Paris, Karthala.
- Ndiaye, S., 2012, *Analyse des performances des districts sanitaires de Nongr-Massom (Burkina Faso) et de Touba (Sénégal) face à l'endémie du paludisme*, thèse de doctorat de sociologie, Université Gaston Berger.
- Ridde, V., 2003, « Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative », *Bulletin of World Health Organization*, 87 (7), p. 532-538.
- OMS, 2000, *Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant*, Genève.
- PAMAS, 2008-2012, *Document technique et financier du Programme d'appui au développement de la micro-assurance santé au Sénégal*, République du Sénégal/Royaume de Belgique.
- Potvin, L., M.-J. Moquet & C. Jones (Éds.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, Santé en action, 2010.
- Salomez, J.-L., 2010, « Inégalités sociales de santé : une longue histoire », *Contact santé* n° 231.
- Sy, F., 1999, « La consommation de médicaments et les circuits thérapeutiques à Dakar », dans J. Brunnet-Jailly (Éd.), *Santé en capitales. La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, Abidjan, CEDA, p. 183-200.





## **De la mutualisation de la santé communautaire à la gouvernance de santé publique : analyse des déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé dans un contexte de dynamique sociale au Centre-Bénin**

Roger A. Atchouta\*

### **Résumé**

Le système sanitaire béninois tel qu'il se présente aujourd'hui n'offre guère d'heureuses perspectives. La satisfaction des besoins sanitaires constitue un défi majeur et un enjeu politique et social de premier plan. La santé n'a pas de prix, dit-on. Mais l'on oublie qu'elle a un coût, qu'il faut payer pour la garantir. Cet article tente d'analyser les fondements des mutuelles de santé dans un contexte de dynamique sociale au Centre-Bénin. Les mutuelles de santé, en tant que forme d'assurance maladie alternative à but social, requièrent une réponse collective pour gérer les inégalités devant la maladie et faciliter la mutualisation solidaire et communautaire en matière de prévoyance de la santé. Les déclarations de l'Initiative d'Alma-Ata en 1978 et celle de Bamako en 1987 s'inscrivent largement dans cette logique. Dans ce processus de communautarisation des rôles sociaux en matière de financement de la santé, comment la mutuelle de santé, en tant que structure d'entraide sociale, contribue-t-elle à promouvoir la santé communautaire et à induire des réformes que peuvent susciter les questions d'efficacité, d'impact et de gouvernance aussi bien aux niveaux micro, méso que macro du système sanitaire ? À cet effet, une enquête de type socio-anthropologique privilégiant l'approche qualitative a été réalisée dans la commune de Dassa-Zoumé située au Centre-Bénin. Les techniques d'échantillonnage choisies sont celles du choix raisonné et de la boule de neige. Au total, quatre-vingt-dix personnes issues des différents corps sociaux ont été interviewées. La triangulation des informations révèle que plusieurs facteurs concourent à la mutualisation communautaire de la santé et à la protection sociale en milieu rural béninois au Centre-Bénin.

**Mots-clés :** mutuelles de santé, communautarisation, santé publique, protection sociale, Centre-Bénin

---

\* Université d'Abomey-Calavi, Bénin. E-mail : dirogo1980@yahoo.fr

## Abstract

Benin's health system as it stands today does not offer happy prospects. The satisfaction of health needs is a major challenge and a political and social issue to the forefront. Health is priceless told. But we forget that it is a cost that must be paid for the guarantee. This article attempts to analyze the foundations of mutual health organizations in a dynamic social context in Benin Centre. Mutual health, as a form of social purpose alternative health insurance, they require a collective response to address inequalities in illness and facilitate solidarity and community sharing on health insurance. Thus, the statements of the Alma-Ata Initiative in 1978 and the Bamako in 1987 was largely in line with this logic. In this process of communitisation of social roles in the financing of health, how health mutual, as social support structure she is involved in promoting community health and induce reforms that can raise issues effectiveness, impact and governance both at micro, meso and macro health system ? To this end, a socio-anthropological survey favoring the qualitative approach was conducted in Dassa-Zoumé municipality located in central Benin. Sampling techniques chosen is the purposive and snowball. À total of ninety people from different social bodies were interviewed. Triangulation of information reveals that several factors which contributes to the community pooling of health and social protection in rural Benin.

**Key Words:** mutual health, communautarisation, public health, social protection, Benin Centre

## Introduction

De la conférence d'Alma-Ata (1978) à l'Initiative de Bamako (1987), la participation des acteurs autres que les professionnels de la santé au développement du secteur sanitaire (OMS 2003) aux soins de santé primaires reste une caractéristique déterminante de l'action en santé communautaire. Dans une telle perspective, le droit et le devoir pour l'individu de prendre part à la mise en œuvre des soins, d'engager la responsabilité des collectivités et des personnes en matière de participation au fonctionnement des systèmes de santé s'avèrent indispensables (Houngnihin *et al.* 2013).

« En percevant la santé comme un *objectif idéal* et non un « bien » marchand, on peut mieux comprendre pourquoi la demande de santé reste proportionnelle à l'intensité et/ou au degré d'exposition des populations aux maladies. » (V. Beresniak & Durucités dans Doumbouya 2008) La santé n'a pas de prix, dit-on couramment. Mais l'on oublie qu'elle a un coût qu'il faut payer pour la garantir. Être en bonne santé est la toute première condition pour envisager de réaliser quelque projet aux fins d'améliorer sa condition de vie. « La santé demeure une problématique en ce sens qu'elle est en quelque

sorte indéfinissable et qu'elle est imbriquée à tous les niveaux du social et de l'intervention humaine. Elle relève du domaine médical, religieux et juridique. Chaque société accorde à l'un de ces niveaux la priorité » (Cloutier 1994).

Il s'agit donc d'aborder une forme de démocratisation à la base qui implique la possibilité pour les membres d'une communauté de se mettre ensemble pour identifier leurs problèmes de santé et de réfléchir sur les solutions appropriées.

Au Bénin, les populations aspirent au développement sans se garantir un minimum de sécurité sociale. D'ailleurs, le système de protection sociale mis en place par l'État (sécurité sociale et assistance sociale) ne concerne que 15 à 20 pour cent de la population béninoise (PNDS 2007-2011). Pourtant, la Déclaration universelle des droits de l'homme stipule en son article 22 que tout être humain a le droit à la sécurité sociale. Les concepts de mutualisation et de participation communautaire aux soins de santé ont fait l'objet de nombreux travaux de recherche et de débats scientifiques (Letourmy 2000). Pour certains, ces concepts « s'inscrivent dans une vision holistique de la santé, et toute atteinte à ce principe est inacceptable » (Fournier & Potvin:40). La participation communautaire « repose sur l'hypothèse que les personnes les plus exposées à la dégradation de l'environnement socioéconomique sont à même d'analyser leurs propres problèmes et de participer à la recherche et à la mise en œuvre de pratiques nouvelles » (Bantuelle *et al.* 2000). Dans le secteur de la santé, la participation s'inscrit dans une dimension utilitariste et s'appuie sur l'efficacité thérapeutique, la sécurité et la satisfaction des besoins de santé des populations (Baxerres 2010).

La problématique générale de cet article a pour axe la compréhension des rôles sociaux dans la participation au financement de la santé familiale. L'étude réalisée en 2012 dans le contexte de la mutualisation communautaire de la santé relève des inégalités sexistes d'accès aux soins et services de santé pour les ménages vulnérables de Dassa-Zoumé. Les représentations des risques de maladies et des affections ne doivent plus être l'affaire de l'individu uniquement. Elles doivent requérir une réponse collective pour gérer les inégalités devant la maladie (BIT-STEP2003).

C'est dans un contexte marqué par le désengagement de l'État et de l'accès différentiel aux soins et services de santé pour les populations en fonction du niveau de protection socio-sanitaire que l'émergence des mutuelles de santé comme mode de financement alternatif au système de soins s'est imposée. (Doubogan, Savi, Atchouta 2017:135)

La mutuelle de santé est une association à but non lucratif basée sur des principes de solidarité et d'entraide entre les personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire. Elle vise à offrir une couverture contre

les risques et à permettre aux personnes disposant de peu de ressources de bénéficier des soins de santé de base. « Les mutuelles de santé, plus précisément les assurances santé communautaires à but non lucratif, sont des organisations communautaires qui visent à améliorer l'accès aux soins de la population par le partage des risques maladie entre les membres » (Waelkens & Criel 2004, cités dans Doubogan, Savi, Atchouta 2017:136).

Dans ce processus de communautarisation des rôles sociaux en matière de mutualisation de la santé, comment la mutuelle de santé, en tant que structure d'entraide sociale participe-t-elle à promouvoir la santé communautaire et à induire des réformes qui peuvent susciter des questions d'efficacité, d'impact et de gouvernance aussi bien aux niveaux micro que méso et macro du système sanitaire ? Les discours normatifs par rapport à l'articulation entre la demande et l'offre en matière de délivrance de services de santé font éclore des questions d'approche santé-développement. Dans cette perspective, la Mutuelle de santé « Ifèdou », située dans la zone sanitaire de Dassa-Glazouéou Centre du Bénin, sert de cadre d'étude pour permettre d'analyser cette logique de mutualisation solidaire et communautaire en matière de prévoyance de la santé familiale à l'aune de l'émergence d'un système de santé plus équitable. Pour y arriver, la démarche méthodologique suivante a été adoptée.

## **Approche méthodologique**

### ***Matériels et méthodes***

Cette recherche est centrée sur une démarche méthodologique à dominance qualitative à la fois descriptive et analytique. Le choix de la méthode qualitative s'inscrit dans la logique d'une compréhension de la dynamique fonctionnelle de la mutuelle de santé Ifèdou, ainsi que de la mise en évidence des facteurs concourant à la mutualisation communautaire de la santé dans la commune de Dassa-Zoumé. Quant à la méthode quantitative, elle a permis d'apprécier l'effet de la mutuelle de santé Ifèdou sur la réduction des charges financières liées aux soins de santé et sur les disparités relatives à la fréquentation des centres de santé. Les données collectées proviennent de la revue documentaire puis des investigations en milieu réel sur les adhérents, les non adhérents à la mutuelle de santé, et les principaux acteurs concernés par la mutualité sanitaire dans la commune de Dassa-Zoumé. À cette fin, des outils de collecte (questionnaires, guides d'entretien individuel et de groupe, grille d'observation simple) ont été conçus sur la base des objectifs et des hypothèses de l'étude.

Les méthodes d'échantillonnage choisies sont celle qui opère par choix raisonné et celle qui opère par boule de neige, ce qui a permis d'approcher des adhérents, des non adhérents et certaines personnes-ressources des dix



arrondissements qui constituent la commune de Dassa-Zoumé (Dassa I, Dassa II, Kèrè, Kpingni, Lèma, Soclogbo, Gbaffo, Tré, Akoffodjoulé et Paouignan). Au total, 90 personnes (mutualistes, non mutualistes, ex-mutualistes, personnel de santé, membres du comité de gestion de la mutuelle, membres de la société civile, responsables sectoriels de la santé, élus locaux, responsables d'action sociale, leaders d'opinion, chefs traditionnels) ont été interviewées. L'échantillon s'est constitué en vertu du principe de saturation. L'analyse des données a été faite par combinaison des approches descriptive, structurale et d'analyse du contenu des discours des différents acteurs. Les données collectées ont permis d'établir les liens entre le vécu des mutualistes, non mutualistes, ex-mutualistes et leur capacité décisionnelle en matière de financement de leur santé pour le bien-être des membres de leur ménage en particulier et de la communauté en général. Cette recherche a été focalisée sur une trilogie (mutualisation de la santé, prise de décision et bien-être familial) qui intègre sur une base comparative une nouvelle problématique dans la sociologie et l'économie de la santé, avec à la clé un intérêt qui pourrait s'exprimer en deux points : social et économique. Les facteurs qui interagissent pour expliquer la faible dynamique d'affiliation à une mutuelle seront présentés et discutés suivant la perspective holistique de l'approche *genre, santé et développement*.

## Résultats

### *La participation communautaire au Bénin : origine et fondement*

Dès les années 1980, le Bénin a entrepris des recherches sur les problématiques liées à la participation communautaire, notamment celle de la mise en place d'un système de recouvrement des coûts et de financement des soins de santé primaires (CREDESA/SSP1993 cité dans Hounghin 2013). Le projet Développement de la santé de Pahou (PDSP), devenu le Centre de recherche pour le développement et la santé (CREDESA) en 1989, assurait la mise en œuvre de cette initiative.

L'expérience des projets de coopération multilatérale (tel que le Projet bénino-allemand des soins de santé primaires) en matière d'organisation des structures à base communautaire, de recouvrement des coûts et de promotion de la participation active des populations à la gestion des services de santé est à souligner également (CREDESA/SSP 1993, cité dans Hounghin 2013).

En référence aux principes définis par la Conférence internationale d'Alma Ata, toutes les formations sanitaires du Bénin sont autorisées à vendre des médicaments essentiels et à retenir en leur sein les recettes. Cette disposition est consacrée par les décrets n° 88-001 du 7 janvier 1988 et n° 88-068 du 18 novembre 1988 portant modalités des prix publics des médicaments et

produits pharmaceutiques. Les populations sont associées au processus de gestion financière, à travers leurs représentants dûment mandatés. C'est le début de la généralisation du « financement communautaire ».

De ce fait, à partir de 1990, de nouveaux textes (notamment le décret 90-346 du 14 novembre 1990 portant création, attributions et fonctionnement des Comités de cogestion des centres de santé) donnent aux COGES des pouvoirs plus étendus et limitent ceux des responsables des formations sanitaires. Conformément auxdits textes, le COGES a pour attributions de contribuer à la mobilisation des ressources et de participer à la gestion du centre de santé à travers les initiatives suivantes : planification des activités, information et sensibilisation de la population, élaboration et approbation du budget, gestion financière et matérielle, gestion des médicaments essentiels, gestion des conflits entre population et agents de santé, etc. Créé dans chaque aire sanitaire, le COGES est composé de neuf membres, dont le responsable du centre de santé et la responsable de la maternité qui sont des membres à titre consultatif.

### ***Bref aperçu historique du cadre légal, politique, national et régional des mutuelles de santé***

Nous empruntons cet aperçu au *Rapport sur les droits économiques, sociaux et culturels n° 1* du World Solidarity (WSM-Action Social Alert, Bruxelles, juin 2009), intitulé « Renforcer la protection sociale par l'institutionnalisation des mutuelles de santé au Bénin ».

Au Bénin, l'histoire des mutuelles de santé est plus ou moins récente. Les premières actions remontent aux années 1992 avec l'initiative du CIDR sur le « Projet mutuelles de santé », aujourd'hui « Appui suisse aux mutuelles de Santé », qui est financé par la coopération suisse, ainsi que la Solidarité mondiale (WSM) et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes avec l'appui de la coopération belge.

L'objectif de la création de ces mutuelles de santé est de faciliter l'accessibilité financière des populations rurales pauvres et défavorisées à des soins et services de santé de qualité.

Aujourd'hui, il existe une multiplicité d'acteurs impliqués dans le développement du mouvement mutualiste : l'État béninois, diverses ONG locales ou étrangères (ADMAB, GROPERE, WSM, Louvain coopération au développement, CIDR) et des mutualités étrangères (Mutualités belges chrétiennes et libres), des acteurs internationaux (BIT-STEP, Union européenne, UNICEF, FNUAP), ainsi que des agences bilatérales de coopération au développement (coopération allemande, américaine, belge, danoise, française et suisse). Ces promoteurs du mouvement mutualiste béninois interviennent au niveau financier (bailleurs

de fonds) et/ou technique. Souvent, ils mettent en place des structures d'appui chargées d'accompagner la création et le fonctionnement des mutuelles.

En l'absence d'un cadre juridique et réglementaire spécifique aux mutuelles, la majorité des structures d'appui et des mutuelles sont régies par la loi du 1er juillet 1901 relative aux associations. Ainsi, la tutelle n'est pas formellement définie, de même que les conditions de reconnaissance de ces mutuelles de santé. Ce qui n'est pas de nature à favoriser le développement du mouvement mutualiste au Bénin (WSM – Action Social Alert 2009:36).

Selon les derniers chiffres disponibles du ministère de la Santé, 257 mutuelles seraient fonctionnelles sur l'ensemble du territoire national, pour un nombre de bénéficiaires évalué à environ 1 110 000 personnes. Mais globalement, les mutuelles de santé ont un faible taux de pénétration. Dans leurs localités d'intervention (dans les arrondissements), elles ne couvrent que 6 pour cent, voire 7 pour cent de la population cible (ministère de la Santé 2012).

Toutefois, la situation s'améliore lentement. En effet, le ministère de la Santé, à travers le service santé communautaire, encadre le développement des mutuelles de santé au Bénin.

Le Document de politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin reste formel et exprime clairement cette volonté politique dans la perspective de « développer et de renforcer la culture d'entraide et de solidarité en cas de maladie à travers l'organisation des populations à la base pour une adhésion volontaire et libre à un système de prise en charge ».

Cette préoccupation concernant le renforcement des mutuelles de santé a été reprise dans le cadre plus général du Document de la stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP 2011-2015). En 2011, un plan stratégique de développement des mutuelles de santé 2007-2011 a été élaboré. Ce plan a donné lieu à la Concertation nationale des structures d'appui aux micro-assurances santé qui réunit les représentants des structures d'appui des mutuelles, des prestataires de soins et des institutions de formation ainsi que des fonctionnaires du ministère de la Santé pour faciliter l'échange d'expérience entre les différents acteurs dans le domaine de la santé et mener le plaidoyer ciblé au niveau national.

On note une avancée intéressante au niveau législatif, sous l'égide du BIT, et l'existence d'un réseau d'acteurs mutualistes dénommé la « Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre ». Étant donné la croissance du mouvement mutualiste dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, le BIT a apporté un appui technique et financier à l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) depuis 2004 afin d'élaborer un cadre légal pour les mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA.

Depuis 2009, les ministres chargés de la Mutualité sociale des États membres de l'UEMOA ont approuvé le projet de Règlement portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA. En second lieu, la Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre est une forme innovante de collaboration et de partenariat entre 150 acteurs du développement des mutuelles dans 11 pays d'Afrique. Ce réseau d'échange et de partage se concrétise par l'organisation de rencontres internationales, la constitution de bases de données, l'échange d'informations par le site internet. (WSM – Action Social Alert 2009:37-39)

La mutuelle de santé « Ifèdoun », de par son organisation et son mode de fonctionnement, s'est inscrite dans la durée avec, à la clé, une couverture juridique.

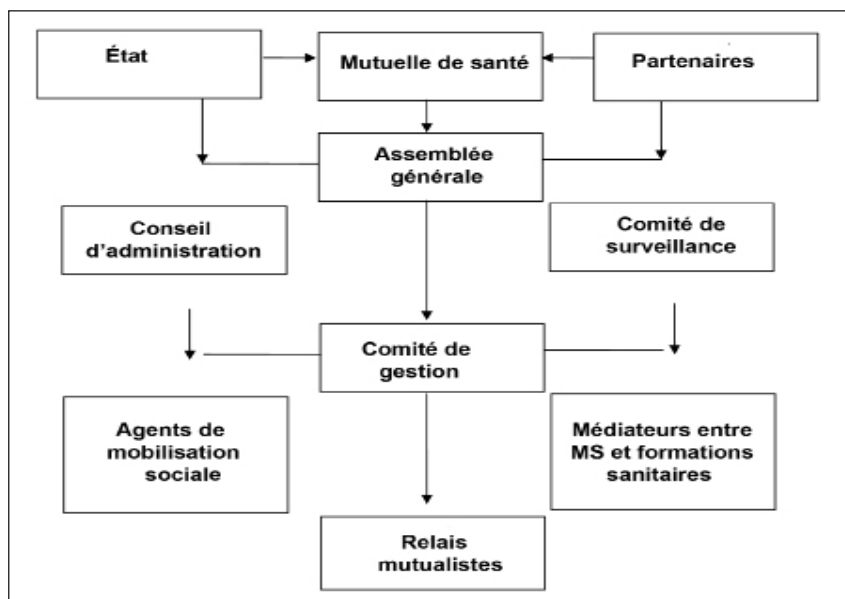
### ***Mutuelle de santé Ifèdoun : historique, organisation et mode de fonctionnement***

La commune de Dassa-Zoumé a connu la mutuelle de santé Ifèdoun grâce à l'accompagnement du Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (PROMUSAF) avec son partenaire Solidarité mondiale (WSM). Créée en février 2003, elle est présente aujourd'hui dans les dix arrondissements (Dassa I, Dassa II, Kèrè, Kpingni, Lèma, Soclogbo, Gbaffo, Tré, Akoffodjoulé et Paouignan) de la commune avec une structure faîtière à laquelle elle appartient, dénommée l'Union départementale des mutuelles de santé des collines. Cette évolution en termes d'extension cache bien des difficultés.

### **Organisation et fonctionnement de la MS Ifèdoun**

Comme toute organisation sociale, la mutuelle de santé Ifèdoun repose sur la dynamique locale d'entraide et de solidarité ainsi que de développement. On note à cet égard une importante diversité en matière d'organisation et de fonctionnement dans la perspective d'un renforcement de la défense des intérêts des adhérents et l'instauration d'un climat de confiance bilatérale et ce, afin de s'arrimer à la politique de la cogestion sanitaire publique entreprise à la Conférence de Bamako et de s'inscrire dans la définition de la politique sanitaire nationale et locale. L'organigramme de la MS Ifèdoun comprend trois organes : l'assemblée générale (AG), le comité de gestion (CG) et le comité de surveillance (CS).

### L'organigramme de la MS Ifèdoun



Source : Manuel de procédure de la mutuelle de santé Ifèdoun 2012

### ***Les conditions d'adhésion***

L'adhésion d'une personne à la MS Ifèdoun se déroule généralement en cinq étapes qui sont :

- une demande d'adhésion ;
- le paiement du droit d'adhésion et de la cotisation ;
- l'inscription dans le registre des adhérents ;
- l'information sur les statuts et le règlement intérieur, et
- la période d'observation.

### ***Les principes de base***

Les principes de base de la MS Ifèdoun se résument en trois grands points : la solidarité entre les membres, le fonctionnement démocratique et participatif, puis l'autonomie ou la liberté.

- la solidarité entre les membres : le principe de solidarité est véritablement le fondement de la mutualité, laquelle refuse les discriminations de tout ordre. Par ailleurs, la solidarité étant un concept dynamique, sa mise en œuvre nécessite les moyens et les mécanismes propres à la société dans laquelle elle se développe ;

- le fonctionnement démocratique et participatif : la MS Ifèdoun, comme la plupart des organisations sociales, est le fruit de la liberté d'association et d'adhésion sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique. Tous les adhérents ont les mêmes droits et obligations. Ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision. Cette démocratie participative s'exprime à travers la participation des adhérents aux prises de décision et la possibilité de contrôler le fonctionnement de la MS Ifèdoun ;
- l'autonomie et la liberté : la MS Ifèdoun s'entend comme une organisation libre et autonome, et doit pouvoir en conséquence prendre des décisions sans demander l'aval des autorités locales. Cette souplesse dans l'action permet d'adapter les services offerts aux besoins des adhérents. C'est ce droit à l'initiative qui permet la créativité dans la définition des objectifs et l'efficacité dans les utilisations des moyens.

#### Modalités d'adhésion et populations couvertes par la mutuelle de santé

Nom de mutuelles de santé	Date de création	Taux d'adhésion et de cotisation/période d'observation	Nombre d'adhésions et de bénéficiaires	Trésorerie générale
Ifèdoun	Février 2003	Adhésion : 1 000 F Cotisation : 200 F/pers/mois Période d'observation : 6 mois	Adhérents : 575 Bénéficiaires : 5 643	3 030 750 F CFA

Source : Données de terrain 2012-2015

Ce tableau montre une certaine disparité entre le nombre d'adhésions et de bénéficiaires. Mais ce qu'on peut retenir, c'est la petite taille de la MS Ifèdoun. L'étroitesse de la base d'adhésion révèle la lente évolution vers la possibilité de toucher toutes les cibles potentielles et d'atteindre le plus grand nombre de personnes. Toutefois, il y a lieu de noter que plus de la moitié des bénéficiaires de la MS Ifèdoun est constituée de femmes (15-49 ans) et d'enfants (0-5 ans). La période d'observation de 6 mois n'est rien d'autre que la durée pendant laquelle l'adhérent cotise, sans toutefois bénéficier des prestations.

#### *Prestations couvertes et taux de prise en charge*

Une liste de soins et services de santé offerts par la mutuelle de santé Ifèdoun :

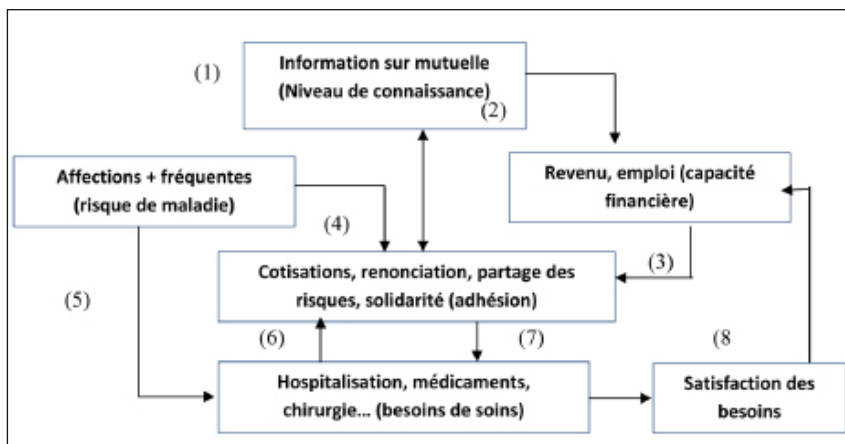
- les soins de santé primaires sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les centres de santé au premier contact avec les systèmes de santé ;

- les soins préventifs et promotionnels (les consultations prénatales et postnatales, les vaccinations, la planification familiale, l'éducation à la santé, l'assainissement) ;
- les soins curatifs (les consultations, les soins infirmiers, les médicaments, les accouchements simples).

En outre, le ticket modérateur est de 25 pour cent tandis que le taux de prise en charge s'élève à 75 pour cent pour les différentes prestations couvertes par la MS Ifédoun.

*La mutuelle de santé Ifédoun : une question de principes et de solidarité*

La mutuelle de santé Ifédoun vise l'accès financier aux soins et la protection sociale des ménages vulnérables de la commune de Dassa-Zoumè. En associant ses principes d'entraide et de solidarité au mécanisme de l'assurance, elle présente un potentiel en matière d'amélioration de l'accès aux soins et de diminution du risque financier lié à la maladie. Elle est redevable des principes décrits ci-après :



**Figure 1 :** Cadre schématique défini par Pierre Fournier adapté par l'auteur

À la lecture de cette figure, on note que la bonne connaissance de la mutuelle de santé Ifédoun, à travers ses principes et les prestations qu'elle offre, présente une certaine corrélation avec les variables qui peuvent inciter les personnes à souscrire ou non au système de prépaiement de leurs soins de santé (1) et ce, en fonction de leur capacité financière (2,3) qui dépend des sources de revenus et de l'activité génératrice de revenus, des capacités à épargner des personnes. Une fois la prise de conscience réelle et l'adhésion effective, la mutuelle assure ce risque éventuel (4). La maladie, une fois manifestée, engendre des besoins de soins (5) qui, lorsqu'ils sont pris en compte parmi

les prestations de la mutuelle, seront couverts (6,7). Après la satisfaction des besoins de soins, les populations peuvent accroître leur capacité productive et donc améliorer leur capacité financière (8). Toutefois, ces relations ne sont pas nécessairement exhaustives dans la mesure où elles peuvent se traduire par d'autres facteurs implicites : mauvais accueil, barrières socioculturelles, stratégies du promoteur de la MS, etc.

### *Recours thérapeutiques et interprétation socioculturelle en cas de maladie des enquêtés*

Concernant les résultats obtenus face à la maladie, les enquêtés ont déclaré qu'ils ont recours à divers modes de traitement qui varient en fonction d'un certain nombre de facteurs propres à l'individu. Par ailleurs, les recours thérapeutiques fréquemment adoptés en cas de maladie sont soit les soins modernes, soit les soins traditionnels, soit l'automédication. Face aux principales affections évoquées par les mutualistes, leur avis sur chaque mode adopté montre que 44 pour cent des personnes interrogées ont recours aux soins traditionnels ; 40 pour cent utilisent les soins modernes, 14 pour cent l'automédication et 2 pour cent pour d'autres modes adoptés. Cette situation peut s'expliquer par plusieurs raisons : les communautés n'ont pas une entière confiance envers les agents de santé, donc elles doutent de l'efficacité des méthodes utilisées par ces agents et de la qualité des soins qu'ils prodiguent.

### *L'interprétation culturelle de la mutualisation des risques maladie et difficulté de prévoyance solidaire*

L'influence des croyances culturelles sur l'adhésion à une mutuelle de santé reste vivace dans cette aire culturelle du Centre-Bénin. Toutes les personnes interviewées, adhérentes et non adhérentes, ont estimé que la mutualisation face au risque de maladie est une bonne chose et ne va aucunement à l'encontre de la tradition, même si elle n'est pas pratiquée dans leur culture, d'où les difficultés de la solidarité traditionnelle avec la prévoyance. Le système traditionnel ne permet pas de cotiser pour des événements hypothétiques négatifs tels que les décès, la maladie, les accidents. Toutefois, il existe des pratiques traditionnelles de prévention des maladies. Cette prévention traditionnelle est assimilée à une forme de prévoyance passive individuelle ou familiale et est assurée par des pratiques religieuses et culturelles que sont les consultations de l'oracle par exemple, les offrandes, les scarifications, les libations et les rituels de protection sanitaire communautaire. Elle est souvent de la responsabilité du chef de ménage, donc des hommes. Selon



certaines enquêtés, ces pratiques traditionnelles de prévention diffuse ne fournissent aucun moyen de défense en cas de survenance de difficultés. Ce verbatim corrobore une situation de conflit concernant la prévoyance :

C'est un problème pour moi, lorsque je prends la carte d'adhésion une année. Cette année-là, j'ai beaucoup de cas de maladies dans mon ménage. Cette année, je me suis abstenu pour voir ce qui va se passer. Lorsqu'on prend la carte, c'est une façon d'attirer le malheur et la maladie sur son ménage. Pour moi, c'est étendre la natte et attendre la maladie (Homme traditionnel, analphabète, Ayédéro).

Issues de cette dynamique culturelle relative à la mutualisation des risques maladie, certaines perceptions et appréciations différenciées sont à relever par rapport aux actions de la MS Ifédoun.

### ***Perception et appréciation des acteurs de la MS Ifédoun***

#### *Point de vue des adhérents, personnel de santé et promoteurs de MS*

Selon les résultats obtenus, on note que la plupart des enquêtés (76 %) affirment que les taux d'adhésion et de cotisation sont relativement à leur portée. De même, ils déclarent que ces taux ne sont pas onéreux, mais que ce sont les charges familiales, le faible pouvoir d'achat, et le non pouvoir de décision qui ne leur permet pas d'honorer convenablement leur engagement. Ainsi, plus de la moitié (65 %) n'est pas à jour de ses cotisations. Cette situation engendre chez les membres des suspensions dans l'accès aux prestations de soins de santé offertes par la MS. Ainsi naissent des difficultés qui fragilisent les engagements financiers vis-à-vis de la structure sanitaire conventionnée.

Globalement, les MS de type communautaire sont considérées comme difficiles à gérer, surtout en ce qui concerne le recouvrement des cotisations, la collecte étant effectuée par le comité de gestion qui a l'impression de courir à chaque fois derrière les membres, voire de les importuner pour récupérer la cotisation mensuelle.

#### *Point de vue des non mutualistes, promoteurs de MS et personnel de santé*

Les entretiens menés auprès des non mutualistes révèlent qu'ils ont généralement une bonne perception de la MS Ifédoun ; ils croient qu'elle œuvre pour la promotion de la santé des populations et plus particulièrement des femmes et des enfants. Certains d'entre eux affirment que le « *fait d'être en dehors de la MS ne leur est pas profitable. C'est une situation qui porte beaucoup de préjugés compte tenu des nombreuses contraintes financières liées à l'accès aux soins de santé pour les ménages et les opportunités offertes par les mutuelles de santé* ». Les non adhérents considèrent les adhérents et

bénéficiaires comme des privilégiés du « *fait qu'avec leur carte de membre, ils peuvent accéder aux structures sanitaires, être mieux traités et payer à moindre coût le prix de leur traitement* ».

Une explication donnée est le manque de revenus conséquents pour honorer régulièrement les cotisations. Cependant, suivant l'avis des promoteurs de MS et personnel de santé, le manque d'information, le manque de confiance et l'indigence sont les principales raisons de la non adhésion, de l'abandon, voire de l'exclusion.

### ***La mutuelle de santé Ifèdoun : un instrument d'entraide sociale ?***

La mutuelle de santé Ifèdoun constitue un gage de sécurité sociale pour les populations vulnérables de la commune de Dassa-Zoumé. Elle leur confère un sentiment de protection et de sérénité par rapport aux craintes liées à la maladie. En effet, l'adhésion permet aux mutualistes de bénéficier d'une réduction de 75 pour cent sur les charges liées aux soins de santé. De ce fait, le sentiment d'inquiétude que suscite la maladie du fait de l'incapacité des populations à mobiliser les ressources financières nécessaires à la couverture des charges médicales se trouve dissipé. Ce point de vue est confirmé par le témoignage par une personne-ressource :

Pour les soins de santé, le ménage mutualiste se sent protégé, sécurisé et possédant de garanties, même en l'absence du chef de ménage. En période de gestation où l'automédication est déconseillée chez la femme, on n'a pas de soucis à se faire. À ma connaissance, il n'y a rien de meilleur que la mutuelle de santé.

L'adhésion à la mutuelle procure donc à ces communautés un sentiment de sécurité, comme l'attestent les propos d'une mutualiste :

Depuis que mon mari a adhéré à la mutuelle de santé, je suis beaucoup plus tranquille. Quand mes enfants sont malades, je n'hésite plus à les conduire au centre de santé, parce que les frais que nous payons sont désormais très réduits. Avant, ce n'était pas du tout facile parce que mon mari se plaignait souvent de ne pas avoir d'argent pour couvrir les charges médicales. Du coup, nous pratiquions l'automédication. Mais aujourd'hui la mutuelle de santé nous permet de régler tous ces problèmes et d'être moins stressés, du moins par rapport aux moyens à mobiliser, quand un membre de la famille est malade.

De fait, il apparaît que la mutuelle permet, au niveau familial, de se faire soigner à un coût réduit, sans s'endetter. Elle contribue ainsi à limiter les risques d'aggravation de la maladie et à une certaine tranquillité sociale, au regard de son influence sensible sur le bien-être des populations. Les propos de cette mutualiste confirment cette analyse :

Avec l'avènement de la mutuelle de santé Ifèdoun, les femmes peuvent désormais se soigner ou faire des consultations, ce qui n'était pas le cas auparavant. En effet, de par le passé, les femmes hésitaient le plus souvent à se rendre dans une structure sanitaire, car elles étaient angoissées par les coûts exorbitants des soins et des ordonnances. La MS Ifèdoun a mis fin à ces appréhensions et désormais, elles se rendent spontanément aux soins ou en consultation, tout en sachant qu'au bout du compte, quel que soit le coût, la prise en charge sera possible. (Femme, membre du comité de gestion, MS Ifèdoun).

Par ailleurs, l'adhésion contribue à réduire sensiblement les dépenses liées aux pratiques parallèles (surfacturation, faux frais, vente de médicaments personnels, détournements de malades). Les pratiques dites parallèles font partie du quotidien des hôpitaux et consistent en une privatisation des soins dans l'espace public hospitalier. Elles sont au cœur des interactions mutualistes-agents de santé permises par la méconnaissance des circuits officiels d'accès aux services de soins par les usagers ainsi que sur leur situation de détresse. Si les pratiques parallèles enrichissent les agents de santé et facilitent la tâche de quelques avertis qui y voient un raccourci d'accès rapide aux soins et à des privilèges, elles plombent néanmoins la qualité des soins et appauvrissent les formations sanitaires. Elles engendrent également l'exclusion d'un grand nombre d'usagers des services de santé. Cette situation explique d'ailleurs, selon les entretiens individuels réalisés, l'impopularité des mutualistes auprès de certains agents de santé.

L'adhésion à la mutuelle de santé Ifèdoun offre aux communautés de la commune de Dassa-Zoumé une certaine protection et une sécurité financière, car elle réduit les paiements directs des ménages dans les formations sanitaires pour les soins primaires, hospitaliers et de maternité.

Bon nombre de facteurs internes ou externes avec des effets directs sur les bénéficiaires et sur l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle s'observent.

### ***Facteurs internes et externes liés à l'adhésion à la MS Ifèdoun***

De la triangulation des données, il ressort que les facteurs explicatifs de la difficile relation entre agents de santé et mutualistes sont l'interventionnisme politique, la mauvaise gestion des ressources issues des cotisations des membres, et la lourdeur de la charge familiale conduisant à l'amenuisement des ressources familiales. Il en est de même pour les conflits interpersonnels au sein du comité de gestion, qui constituent des goulots d'étranglement pour les aspirants à la mutualité.

*Le difficile rapport entre personnel de santé et mutualistes : facteur de démotivation et source de conflit avec les populations*

Au sein du personnel de santé, deux tendances se dégagent clairement lorsqu'on se réfère à leurs pratiques vis-à-vis des mutualistes. Il y a une tendance pro-mutualiste (très peu nombreuse mais significative) qui souhaite la mutuelle et qui œuvre pour sa promotion :

Mon souhait est que tout le monde puisse adhérer à la mutuelle parce que ça renfloue la caisse de notre centre, les gens n'hésitent plus à se faire soigner. Mais il faut que les sensibilisations continuent pour lever les quelques points d'ombre (propos d'un agent de santé mutualiste).

De même, on relève, à côté des pro-mutualistes, des anti-mutualistes. Les agents de santé qui sont dans cette logique usent de toutes les stratégies pour décourager les mutualistes. Cette situation a été fustigée par la plupart de nos interlocuteurs (surtout les mutualistes) comme étant récurrente, ce qui en fait l'une des principales causes des démissions et des non adhésions à la mutuelle de santé. Cela se traduit dans les faits par des relations très tendues entre agents de santé et mutualistes. Pour certains, c'est le manque de marge de manœuvre pour le rançonnement qui justifie l'attitude hostile de la plupart des agents de santé vis-à-vis des mutualistes.

Certains prestataires de soins, pour contourner le fait, développent des stratégies de captation de rente. Les propos de cette personne-ressource confirment cette réalité :

Les agents de santé ne veulent pas de la mutuelle. Ce sont eux qui tuent la mutuelle parce que l'argent ne rentre plus directement dans leurs mains. Pour amener les gens à quitter la mutuelle, les agents de santé font payer aux mutualistes les forfaits les plus élevés. Voyez vous-même si un mutualiste vient pour une maladie négligée, il paie une somme exorbitante, au mépris des dispositions contractuelles qui le lient avec la formation sanitaire conventionnée (propos d'un membre du comité de gestion, Dassa-ville).

Une fois ces analyses corrélées avec les données obtenues des différents acteurs, les positions semblent mitigées et divergentes.

*Points de vue des mutualistes sur la question*

La première limite notée par les membres et bénéficiaires concerne le niveau et la gamme des prestations. Pour eux, la MS ne couvre pas les soins hospitaliers (gros risques) et la gamme de soins est trop réduite, voire étroite. Les cotisations ne sont pas du tout chères, mais les charges financières familiales font que les adhérents sont le plus souvent confrontés à la pauvreté et à l'indigence, ce

qui renvoie au problème de la gestion des fonds de garantie aux membres, surtout durant les urgences, et au fonctionnement des organes et du comité de gestion, qui fait que les renouvellements ne se font pas comme prévu par les textes et statuts. À cet égard, on relève aussi le manque de campagne de sensibilisation des masses et de promotion de la MS Ifèdoun en vue de fidéliser les adhérents et de recruter d'autres membres.

### *Points de vue du comité de gestion*

Selon les résultats issus des échanges avec le comité de gestion de la mutuelle, le bénévolat est le principal handicap du développement de la MS Ifèdoun. En effet, les salaires du comité de gestion et des relais communautaires ne sont pas à la hauteur de la tâche qu'ils exécutent. Leur manque de motivation a des conséquences négatives sur le mode de gestion et la bonne marche de cette MS.

À cet égard, un certain nombre de difficultés ou contraintes s'opposent à l'ambition de ce type d'organisation à assurer l'accès aux soins de santé :

- les problèmes de recouvrement des cotisations où ils ont l'impression de courir derrière les mutualistes, voire de les importuner pour qu'ils puissent s'acquitter de leurs cotisations ;
- le taux de recouvrement très faible et le taux d'endettement des membres trop élevé, empêchant parfois la MS d'honorer ses engagements vis-à-vis du centre de santé de la commune ;
- le manque de moyens et d'outils de gestion, notamment le problème récurrent du siège de la MS Ifèdoun. En effet, le fait que la MS ne dispose pas de siège pose un problème de visibilité ;
- le manque de soutien des institutions étatiques et des collectivités locales. Par ailleurs, l'on constate que les pouvoirs publics ne jouent pas encore le rôle qui leur est dévolu en matière de santé communautaire.

### *Pour les promoteurs des mutuelles de santé*

La principale limite de la mutualité réside dans l'étroitesse de la base d'adhésion, étant donné que la mutuelle est fondée sur la loi du grand nombre et étant donné la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages par rapport aux taux de cotisation. Ce faisant, la MS constitue un autre facteur d'exclusion pour les couches démunies et les personnes indigentes et entraîne l'incompréhension des fondements de la MS (solidarité, entraide) par les populations qui gardent toujours des attitudes attentistes.

### *Pour le personnel de santé*

L'irrégularité dans le paiement des prestataires est l'une des conséquences de la faiblesse du recouvrement des coûts. L'absence du fonds de garantie pour remédier aux difficultés de gestion financière et le manque de communication et de promotion de la MS ne sont pas occultés.

### *La qualité des soins*

Bien qu'elle soit diversement définie selon la perspective des acteurs, la qualité des soins est un facteur essentiel selon la quasi-totalité des acteurs interrogés. « Une mutuelle ne connaîtra le succès que dans les régions où la qualité des soins est perçue comme satisfaisante et où la population cible a une confiance suffisante dans la dispensation des soins. » (Criel *et al.* 2006).

Ifèdoun n'échappe pas à cette règle d'autant plus qu'elle constitue le leitmotiv de la plupart des non adhérents pour expliquer leur non adhésion. En effet, plus de la moitié des enquêtés (62 %) imputent leur non adhésion à la mauvaise qualité des soins. Les critiques sont autant dirigées sur les compétences du personnel de santé que sur la disponibilité des médicaments.

C'est abominable ! Tous les malades ont presque les mêmes médicaments alors qu'ils souffrent de pathologies différentes (propos d'un mutualiste).

L'accueil, qui est une composante de la qualité de soins, a été un motif de plainte pour les personnes enquêtées, qu'elles soient adhérentes ou non. Le mécontentement des bénéficiaires, lié à la façon dont les agents de santé traitent différemment les patients selon leur statut socioéconomique, a été fréquemment exprimé.

Le contre-pouvoir que pourrait constituer la mutuelle pour améliorer la qualité des soins ne se vérifie pas dans la mesure où les membres du comité de gestion sont quasiment composés des mêmes personnes. Ce contre-pouvoir, évoqué dans plusieurs études, est plus théorique que réel, car il est difficile d'avoir des administrateurs ayant des compétences dans le domaine de la santé pour tenir tête aux prestataires (Letourmy *et al.* 2006).

## **Discussion**

La mutuelle de santé Ifèdoun a contribué à améliorer l'accessibilité des populations de la commune de Dassa-Zoumé aux soins de santé. Jadis, elles n'avaient pas toujours un accès facile aux centres de santé, du fait de leur manque d'autonomie financière. Pour remédier à la situation, cette mutuelle a été créée depuis 2003, avec sans nul doute une influence sur le bien-être

des communautés. En mettant en place un système basé sur la solidarité et l'entraide, les mutuelles de santé ont permis à des personnes vulnérables de bénéficier d'une protection sociale. Au regard de « l'importance de la notion d'entraide et de solidarité, les systèmes de mutualisation des risques maladie sont classés parmi un large éventail de mécanismes d'entraide qui vont de l'entraide familiale à la sécurité sociale organisée par l'État » (Waelkens 2004). Ainsi, les auteurs distinguent quatre niveaux de solidarité : la solidarité familiale restreinte et obligatoire ; la réciprocité équilibrée des associations informelles d'entraide qui assurent des bénéfices égaux pour chaque membre ; la solidarité redistributive entre malades et non malades des systèmes d'assurance et la solidarité verticale entre riches et pauvres qui existe dans les systèmes européens de sécurité sociale. Il apparaît donc que les mutuelles de santé constituent, dans leur globalité, une forme traditionnelle d'organisation d'économie sociale et solidaire.

En effet, la promotion de la protection sociale apparaît pour le Bureau international du travail comme l'expression d'une vision de la société.

La sécurité sociale est un droit fondamental de l'être humain et un instrument essentiel de cohésion sociale, qui par là même concourt à la paix et à l'insertion sociale. Composante indispensable de la politique sociale, elle joue un rôle capital dans la prévention et la lutte contre la pauvreté. En favorisant la solidarité nationale et le partage équitable des charges, la sécurité sociale peut contribuer à la dignité humaine, à l'équité et à la justice sociale. Elle est importante également pour l'intégration, la participation des citoyens et le développement de la démocratie. Si elle est bien gérée, la sécurité sociale favorise la productivité en assurant des soins de santé, une sécurité du revenu et des services sociaux. Associée à une économie en expansion et à des politiques actives du marché du travail, elle est un instrument de développement économique et social durable (BIT 2002).

Pour les personnes interrogées, les rôles et responsabilités de la femme et de l'homme en matière de la santé sont complémentaires. Pour elles, les mutuelles de santé leur permettent de jouir de cette sécurité sociale, car elles peuvent désormais vaquer à leurs occupations sans trop se préoccuper des soins de santé des membres de leurs familles. Pour les femmes et autres personnes, l'adhésion à la mutuelle constitue un moyen de vaincre la discrimination sociale. Cependant, quand il s'agit de la mutualisation des risques de la maladie, on s'aperçoit que les femmes résistent parfois au changement et tiennent des discours conservateurs qui peuvent handicaper la mutualisation communautaire.

Les mutuelles de santé se révèlent ainsi être des éléments de promotion de justice sociale en ce sens qu'elles offrent à toutes les catégories sociales les mêmes chances d'accès à des soins de santé modernes. De plus, elles

permettent aux adhérents d'être mieux informés au sujet des problèmes d'accès aux soins, des soins délivrés par les formations sanitaires et de leurs coûts. Plus sûrs de leur bon droit, ils peuvent se montrer plus exigeants et exprimer leur point de vue avec davantage de force (Criel *et al.* 2006).

Toutefois, même si les mutuelles de santé sont perçues comme un mécanisme exogène d'intervention dans le domaine sanitaire et une initiative salutaire à leurs problèmes de santé, un point accusateur est mis sur certains facteurs qui limitent l'adhésion à grande échelle aux mutuelles, notamment la sous-information, l'analphabétisme, le manque de flexibilité dans la période de cotisation, le sentiment d'injustice, la relation prévoyance-culture, les frais de déplacement insupportables en cas d'évacuation d'un centre de santé vers un autre souvent éloigné, la non prise en charge des maladies dites moins graves et fréquentes, le degré d'ouverture et les expériences antérieures en matière d'intervention extérieure.

De même, la répartition des charges familiales et sociales peut influencer la décision d'adhérer à une mutuelle de santé. Cependant, si les promoteurs de soins « comprennent l'intérêt d'une mutuelle comme un instrument technique de prépaiement des soins, ils ne la perçoivent pas encore comme un instrument de promotion de la qualité des soins, dans l'intérêt de ses adhérents » (Waelkens *et al.* 2004, cité dans Doubogan, Savi & Atchouta 2017:148).

La connaissance de la mutuelle de santé, à travers ses principes et les prestations qu'elle offre, peut inciter les personnes à souscrire ou non au système de prépaiement de leurs soins de santé et ce, en fonction de leur capacité financière qui dépend des sources de revenus, et de l'activité génératrice de revenus et des capacités à épargner des personnes. La prise de conscience du risque de maladie reste un facteur déterminant qui peut susciter le désir d'assurer la santé avec le système de prépaiement de la mutualité. Une fois cette prise de conscience réelle et l'adhésion effective, la mutuelle assure ce risque éventuel. La satisfaction des besoins de soins des populations peut accroître leur capacité productive et donc améliorer leur capacité financière. Toutefois, ces relations peuvent être traduites par des facteurs endogènes et exogènes : mauvais accueil, barrières socioculturelles, qualité des soins, stratégies de chaque promoteur de Mutuelle de Santé et qui peuvent cependant influencer sur la faible mutualisation des communautés (Fournier *et al.* 1995, cité dans Doubogan *et al.*, *loc. cit.*).

La mutuelle de santé Ifédoun apparaît comme un potentiel visant à promouvoir l'entraide sociale et la santé communautaire dans la commune de Dassa-Zoumé. Elle est sans nul doute un tremplin pour une dynamique sociale en matière de santé au niveau communautaire. C'est dans cette



perspective que le gouvernement du Bénin, s'inspirant des mutuelles de santé, a lancé le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) en vue de protéger l'ensemble des populations béninoises contre les conséquences financières du risque maladie pour les couches socialement vulnérables, tout en veillant au respect des principes de base que sont la couverture universelle, l'approche contributive, la solidarité nationale, la responsabilité générale de l'État, l'équité, la gestion participative et l'efficacité.

Toutefois, il est à noter qu'il ne suffit pas d'avoir un cadre institutionnel, des politiques et stratégies assorties de leurs plans d'action pour réduire la pauvreté sanitaire des communautés.

Les cadres d'analyse et de planification des structures d'appui doivent intégrer la dimension socioculturelle et humaine afin d'anticiper sur les facteurs limitatifs au moment de l'implantation des mutuelles de santé. Il s'agit alors de trouver la meilleure formule selon chaque contexte et non de prétendre utiliser « un cadre passe-partout ».

## **Conclusion**

Dans cet article, nous avons analysé les déterminants liés à la mutualisation communautaire en matière de santé dans la commune de Dassa-Zoumé. Une description de la participation communautaire au Bénin, de l'historique et du mode de fonctionnement de la mutuelle de santé Ifèdoun, ainsi que de la perception des acteurs a été présentée. Dans cette perspective, il est à noter qu'un meilleur système de mutualité suppose l'établissement de priorités programmatiques qui intègrent les bénéficiaires et les acteurs aux activités de manière démocratique. Par ailleurs, trois éléments clés ont été relevés pour expliquer l'absence d'adhésion à une mutuelle : l'incapacité financière, les risques couverts et la qualité de l'offre de soins. Si l'action sur les capacités financières des ménages reste délicate, l'amélioration de la qualité et de la quantité d'informations transmises aux non mutualistes ainsi que la poursuite des efforts d'interaction avec les agents de santé pour améliorer la qualité de l'offre des services restent un impératif. Même si des réserves sont émises sur l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle de santé Ifèdoun, il faut reconnaître que les acteurs sont unanimes sur son importance et les avantages qu'ils en tirent. L'adhésion aux mutuelles de santé permet aux mutualistes d'avoir un sentiment de quiétude par rapport aux risques liés à leur santé et à celle des membres de leurs familles. Toutefois, pour que la mutuelle de santé Ifèdoun serve de tremplin pour l'accès aux soins de santé des populations déshéritées, elle se doit d'être restructurée et redynamisée afin d'assurer le bien-être aux niveaux familial et sociétal.

## Références

- Bantuelle, M., J. Morel & D. Dargent, 2000, La participation communautaire en matière de santé, ASBL « Santé, Communauté et Participation », *Santé communautaire et promotion de la santé* 4, P. Trefois, Bruxelles.
- Baxerres, C., 2010, *Du médicament informel au médicament libéralisé : les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin)*, thèse de doctorat d'anthropologie sociale, École des hautes études en sciences sociales/ Université d'Abomey-Calavi.
- BIT/STEP, 2002, « Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique », Genève.
- Cloutier, L., 1994, *L'ambiguïté des rapports sociaux au cœur de la qualité des soins de santé : le cas des femmes de N'Djamena (Tchad)*, Québec, Université Laval, Centre Sahel, « Mémoires et thèses 9 » 1994/3.
- Criel, B., P. Blaise & D. Ferette, 2006, « Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : une interaction dynamique », dans G. Dussault, P. Fournier, A. Letourmy (Éds.), *L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Washington DC, The World Bank, p. 353-372.
- Doubogan, Y. O., A. O. B. Savi, R. A. Atchouta, 2017, « De la politique de santé publique aux démarches d'entraide sociale : mutuelles de santé et équité sociale dans le département du Borgou au Bénin », *European Scientific Journal*, January 2017 vol.13, n° 3, p. 134-151.
- Doumbouya, M. L., 2008) « Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée », *Workingpaper 2008-2*, Lyon, LÉFI-ISH.
- Fournier, P. & S. Haddad, 1995, « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », dans H. Gérard & V. Piché (Éds.), *Sociologie des populations*, Montréal, PUM/AUPELF-UREF, p. 289-325.
- Fournier, P. & L. Potvin, 1995, « Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 2, p. 39-59.
- Houngnihin R. & A. Tingbé-Azalou, 2013, « Participation communautaire et gestion des services de santé : perceptions et stratégies des acteurs dans la zone sanitaire de Comè (Bénin) », *Perspectives & sociétés*, vol. 5, n° 1-2, p. 228-245.
- Letourmy, A., 2000, « Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement », dans Gruénais, M.-E. & R. Pourtier, « La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis », *Afrique contemporaine*, n° 195, juillet-septembre (numéro spécial), p. 230-240.
- Waelkens, M. P. & B. Criel, 2004, « Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche », *WSMHunp discussion Paper*, Bruxelles.
- WSM-Action Social Alert, 2009, « Renforcer la protection sociale par l'institutionnalisation des mutuelles de santé au Bénin », *Rapport sur les droits économiques, sociaux et culturels n° 1*, Bruxelles.



# Challenges of the Devolved Health Sector in Kenya: Teething Problems or Systemic Contradictions?

Leah Kimathi\*

## Abstract

The promulgation of the new constitution in Kenya in August 2010 effectively ushered in devolution as the latest and highest form of decentralization in Kenya. The health sector was the largest service sector to be devolved under this new governance arrangement. The rationale for devolving the sector was to allow the county governments to design innovative models and interventions that suited the unique health needs in their contexts, encourage effective citizen participation and make autonomous and quick decisions on resource mobilization and management possible issues. However, the sector in nearly all counties is currently bedevilled with monumental challenges ranging from capacity gaps, human resource deficiency, lack of critical legal and institutional infrastructure, rampant corruption and a conflictual relationship with the national government. The net effect of these challenges is the stagnation of healthcare and even a reversal of some gains according to health indicators. No doubt what is needed to guarantee an all-inclusive rights-based approach to health service delivery is its proper institutionalization to ensure good governance and effective community participation. This must however be accompanied by wider governance reforms as envisaged in the new constitution for the sustainability of Healthcare Reforms.

**Key Words:** Devolution, Healthcare Delivery, Healthcare Financing, Health Workforce, health governance.

## Résumé

Au Kenya, la promulgation de la nouvelle constitution en août 2010 a véritablement introduit la dévolution en tant que forme de décentralisation la plus récente et la plus élevée. Le secteur de la santé était le plus important

---

\* Jomo Kenyatta University of Agriculture and Technology (JKUAT), Kenya.  
Email: leahwkimathi@gmail.com

secteur des services à compétences dévolues dans ce nouveau système de gouvernance. La logique de cette dévolution était de permettre aux gouvernements de comtés de concevoir des modèles et des interventions novateurs adaptés aux besoins uniques en matière de santé dans leurs contextes, d'encourager la participation efficace des citoyens et de prendre des décisions autonomes et rapides concernant la mobilisation des ressources et la gestion des questions qui se posent. Cependant, dans presque tous les comtés, le secteur est actuellement miné par des défis colossaux qui sont notamment les lacunes en matière de capacité, l'insuffisance des ressources humaines, le manque d'infrastructures légales et institutionnelles cruciales, la corruption rampante et une relation conflictuelle avec le gouvernement national. Le résultat final de ces défis est la stagnation des soins de santé, voire un renversement de certains gains d'après les indicateurs de santé. Il ne fait aucun doute que ce qu'il faut pour garantir une approche des prestations de services de santé inclusive et fondée sur les droits, c'est qu'elle soit elle-même institutionnalisée pour assurer une bonne gouvernance et une participation communautaire efficace. Toutefois, cela doit s'accompagner de plus vastes réformes de la gouvernance, tel que prévu dans la nouvelle constitution pour la durabilité des réformes des systèmes de santé.

**Mots clés :** Dévolution, prestations de services de santé, financement des soins de santé, personnels de santé, gouvernance de la santé.

## **Devolution in Kenya**

Decentralization has a long history in Kenya. Following independence in 1963, the British colonial government proposed a system of regional governments based on ethnic considerations. While this arrangement was never implemented with the newly independent state opting instead for a highly centralized state, it nonetheless formed a basis for ongoing debate with regards to decentralization of service provision. Between the 1970s and 1990s, a number of decentralization structures (without decision making authority) were created and variously funded including by the World Bank and International Monetary Fund (IMF) as part of structural adjustment programmes (Esidene 2011:2). These reforms continued to promote deconcentration, as the new structures took on more responsibility for service provision, but created no new decision-making powers. Other challenges accompanying this form of decentralization included: the poor legal basis for decentralization; limited decision space for local governments; weak citizen participation; capacity gaps within local governments; continued civil servant dominance; and a focus on outcome over process. By most accounts, these efforts at decentralization were not successful and Kenya remained highly centralized.

After a long period of agitation for a new constitutional dispensation by Kenyans, central to which was contestation of the over-centralization of powers around the presidency, in August 2010, 67 per cent of voters approved a new constitution in a referendum commencing devolution as the latest round of decentralization in Kenya. The new constitution introduced a devolved system of government where many national government services were delegated to the designated forty-seven county governments. These newly created counties were based on Kenya's 1992 district framework (KPMG Africa 2014:5). According to the constitution, the two levels of governments are interdependent and undertake their relations through consultation and cooperation.

The key distinguishing factor between the 2010 constitution and its predecessor, the 1962 Lancaster House constitution, is the level of people's participation. The 2010 constitution envisages a robust participation of citizens, right from the grassroots in decision making processes. This is guaranteed through devolution and platforms provided for this purpose. According to Article 174, the main objectives of devolution are: to promote democratic and accountable exercise of power; to foster national unity by recognizing diversity; and to give powers of self-governance to the people and enhance the participation of the people in the exercise of the powers of the state and in making decisions affecting them.

### **Devolution of the Health Sector**

The 2010 constitution provides a legal framework that guarantees an all-inclusive rights-based approach to health service delivery to Kenyans. It provides that Kenyans are entitled to the highest attainable standards of health, which includes the right to healthcare services including reproductive health care (Article 43). Article 53 provides for the right of every child to basic nutrition, shelter and healthcare. In Article 56, the constitution provides that the state shall put in place affirmative action designed to ensure that minorities and marginalized groups have reasonable access to water, health services and infrastructure.

To actualize these rights, the constitution has divided the healthcare responsibilities between the county and national governments. The Fourth Schedule of the constitution provides specific guidance on which services the county or national governments are to provide. In the health sector, essential health service delivery is assigned to county governments, while the national government retains health policy, technical assistance to counties, and management of national referral health facilities.

For health services to be all inclusive and rights-based, as envisaged in the constitution, four important inputs are required. First, there has to be the availability of a network of healthcare facilities; second, the facilities must be functional with competent and motivated staff; third, there needs to be supplies of essential medicines, and, finally, funds for the operation and maintenance of health facilities must reach the facilities on time. These four factors are primary to delivering the healthcare promise to the 62 per cent of Kenyans who primarily rely on the public healthcare system (Mwangi 2013:13).

### **Availability of Health Care Facilities and Personnel**

Health facilities must be physically available for the population to access healthcare services. Just 63 per cent of Kenyans have access to government health services located within an hour of their homes (International Rescue Committee 2015:12) and greater distance to a facility is a significant factor in decreased demand for healthcare in the country. Health facilities are unequally distributed across the forty-seven counties. In Turkana County for example, some residents in the far flung corners of the county have to travel for two days to access a health facility. As a result, health indicators are much below average, compared to other counties. In addition, there are only sixty-five public health facilities out of a total 4,929 in the country and twenty-one private facilities out of a total 3,794 in the country (Ministry of Health 2014). Further, only 18 per cent of births are delivered at a health facility against the national average of 61.2 per cent and an average of 23.9 per cent of persons experience stunted growth against the national average of 2.6 per cent.

Generally, half of the counties in Kenya have fewer than two health facilities per 10,000 people and fewer than 4.2 facilities per 100 square kilometres. Densely populated Mombasa and Nairobi have 134 and 124 health facilities per 100 square kilometres respectively, but far fewer facilities per 10,000 people (2.9 and 2.4 respectively). Marsabit, Tana River and Isiolo have the fewest health facilities per 100 square kilometres, but above-average numbers of health facilities per 10,000 people (Ministry of Health 2013:67). While these counties may have a sufficient number of facilities for the population, patients must travel long distances to reach them (Muoko and Baker 2014:16).

Beyond the number of health facilities, there are also great discrepancies between the numbers of health personnel per county offering services in these facilities. Overall, the ratio of healthcare workers to the population falls below the WHO recommended 230 per 100,000 people, and at the time

of writing stood at 169 per 100,000, but this compares favourably to other countries in the region like Uganda, Malawi, Tanzania and Mozambique (Government of Kenya 2010:54). However, this ratio masks the regional disparities across counties. Counties such as Nairobi and those of central Kenya are better resourced and therefore enjoy a higher ratio than those in the rural and marginalized sections of the country. As outlined in the Constitution of Kenya, recruitment and hiring of staff for devolved functions are the counties' responsibilities. Each county has a public service which is tasked with appointing its public servants within a 'framework of uniform national standards prescribed by an Act of Parliament' (Government of Kenya 2010, Constitution of Kenya, Article 235). In addition to appointing public servants, public service responsibilities include the establishment and abolishment of offices in its public service, disciplinary control and removal of persons acting in these offices.

The population densities of doctors and nurses are important indicators of a county's capacity to provide adequate primary healthcare coverage. The proportion of doctors per 10,000 people in the forty-seven counties ranges from zero (Mandera) to two (Nairobi). These rates are below the national benchmark of three medical officers per 10,000 people (Ministry of Health 2013). Counties generally have higher population density rates for nurses, ranging from 0.9 per 10,000 people in Mandera to 11.8 per 10,000 people in Isiolo. However, just four counties in Kenya currently meet the country's benchmark of 8.7 nurses per 10,000 people (Ministry of Health 2013). In general, counties with higher population densities of doctors tend to have higher population densities of nurses.

The lack of adequate personnel in most counties has been one of the biggest contributing factors to the current unrest in the health sector in several counties. Between January and August of 2015, more than twenty-two counties experienced strikes by health personnel, who cited understaffing as one of the critical causes (Kariuki 2014). The main reasons contributing to the critical staff shortage include high rates of desertion by medical personnel, lack of proper structures to determine the health personnel requirements and place them accordingly, high corruption rates at the counties and lack of adequate funds to employ health personnel, among other reasons.

The human resource challenge becomes more apparent when broken down by specialization. The sector faces a critical brain drain which was exacerbated by devolution and the arising conditions at the county level. Currently between 30 to 40 per cent of the estimated 600 doctors who graduate in Kenya annually move to other countries in search of greener pastures after completing internships (Magokha 2015). According to 'The

Kenya Five Year Health Sector Human Resource Strategy Paper 2013–2018’, there is currently not a single general cancer doctor in government hospitals. This is alarming considering that an estimated 112 Kenyans are diagnosed with cancer everyday (Ministry of Health 2013:15). Other greatly understaffed but critical areas include 169 medical engineering technologists against a critical requirement of 1,187 personnel; 73 gynaecologists in the public sector against a requirement of 300; and only one kidney doctor for children and two kidney physicians in the public sector. Most of these critical personnel are concentrated either in the national referral hospitals or in the counties’ highest ranking level 5 hospitals, leaving the other health facilities without critical personnel; yet 68 per cent of Kenyans using the public health system use these lesser facilities (*ibid.*).

### **Healthcare Financing**

Kenya is a signatory to the Abuja Declaration according to which African countries are committed to invest 14 per cent of the national budget in health. Paradoxically, the Government of Kenya over the past four years has drastically, and even dangerously, cut the financing of the health sector. In 2010, Kenya spent Sh7.20 out of every Sh100 on healthcare. This fell to Sh6.10 in 2011 and was further cut to Sh5.9 in 2013. In 2014, the national and county governments planned to spend Sh5.70 per Sh100 on the sector, translating to 5.7 per cent of the Sh1.6 trillion budget, a far cry from the 14 per cent pledged. These drastic cuts in healthcare provision have led to poor services, lack of drugs and frequent strikes as well as increased mortality and morbidity rates. Funding for county level functions is primarily from the national government. The four financing sources (three national governments and one county government) are: generation of revenues by the counties from property taxes, business licences and entertainment taxes; an equitable share with the counties assured of receiving no less than 15 per cent of national revenue; an equalization fund set aside for marginalized communities and representing an additional 0.5 per cent of national revenue; and conditional and unconditional grants from the national government. The revenue allocation formula, as presented by the Commission on Revenue Allocation (CRA), takes into account the following parameters: county population, poverty level, land area, basic equal share and fiscal responsibility (Commission on Revenue Allocation 2014).

Therefore, primary funding for healthcare comes from three sources: public, private (consumers) and donors. Consumers are the largest contributors, representing approximately 35.9 per cent, followed by the Government of Kenya and donors at around 30 per cent each (KPMG Africa



2014:7). Over the past few years, government financing as a percentage of GDP has been consistent at slightly above 4 per cent. A regional comparison of the total health budget as a percentage of GDP shows that Kenya ranks last, behind Rwanda, Tanzania and Uganda (*ibid.*).

While consumers are the largest contributors to the healthcare budget, the paradox is that the majority of those who opt for public health care are the poorest who cannot afford private care. This bracket of the population spends more than 40 per cent of non-food expenditure on healthcare (Government of Kenya 2014:34). Healthcare is thus a major source of financial distress for Kenyans.

As a devolved function, the major health financing at the county level comes through the county government, and beyond that is provided by consumers through cost-share. In the 2014/15 budget, counties received about 25 per cent of the total budget (Olugo 2015:26). However, at the level of individual county allocation, most counties allocated less than 5 per cent of the budget to health. A lot of this allocation went into remuneration of personnel, purchase and improvement of hospital equipment and infrastructure, and purchase of drugs. Because of the low allocation, however, the money is not enough, directly impacting on the quality of care.

With the adoption of the 2010 constitution, the government also introduced a new health financing system to supplement user fees and the county allocations. The Health Sector Services Fund (HSSF), launched in 2010, aims to expand the supply of healthcare and strengthen primary healthcare. This is through the improvement of delivery of quality essential health services in an equitable and efficient manner as envisaged by Kenya Vision 2030. It is also a response to the gaps identified in the Kenya Health Policy Framework 1994-2010, and the Ministry of Public Health and Sanitation Strategic Plan 2008-2012. The HSSF is a revolving fund that provides direct cash transfers to primary health care facilities that include dispensaries and health centres. The local communities represented by the Health Facility Management Committee (HFMC) manage the funds received and prioritize their use according to health needs.

The HSSF mobilizes additional resources from the government and its development partners to improve service delivery. It ensures expeditious and direct cash transfers to primary health facilities run by the government and faith-based organizations, and supports an equitable distribution of resources. More importantly, the HSSF empowers local communities to take charge of their health by actively involving them through the HFMCs in the identification of their health priorities, and in the planning and implementation of initiatives responsive to the identified priorities (Muoko

and Baker 2014:67). Unfortunately, while the HSSF has been critical, especially in improving the physical infrastructure of health facilities in far flung counties, the allocation is minimal as it is based on the number of clients and the level of the facility. As a result, level 4 and 5 facilities get more money while levels 1 to 3, which are closest to the people, get very little allocation.

Availability of essential drugs is another key component of the health system and is closely related to financing. In Kenya, the government introduced the 'pull system' in 2010 to facilitate supply of relevant essential drugs to facilities throughout the country. The 'pull system' is a demand-based approach for ensuring the reliable availability of health commodities at all service delivery points within a health system. Under the National Health Sector Strategic Plan II (2005–2012) the government (Ministry of Health) established virtual 'drawing rights' for health facilities to move toward the 'pull' system of supply in which facilities order their required supplies and commodities based on actual need rather than receiving centrally determined numbers of medicine kits (referred to as the 'push' system of supply).

While this system was in place in most of the health facilities by 2013, the introduction of devolution has greatly disrupted it. This is because where it was previously facilitated by facilities drawing medicine from the Kenya Medical Supplies Authority (KEMSA), counties are no longer obliged to source from the government-run KEMSA and can source from other areas they deem better. This has opened an avenue for corruption, mismanagement and perennial scarcity of drugs at health facilities. This is because since procurement systems are still largely young and sub-optimal, unscrupulous personnel within the county governments are procuring drugs from unknown sources at great expense. This compromises not just the list of essential medicines, as provided by the Ministry of Health, but also the quality of the medication procured. Effective monitoring systems are urgently needed at county levels to address the question of drug supply and redress mechanisms put in place to curb the rampant corruption that is currently ongoing in relation to drugs.

### **Health Governance**

In the devolved system, healthcare governance occurs at two levels: national and county. At the national level, the Ministry of Health (MoH) is responsible for providing stewardship and guidance. At the county level, county departments of health are responsible for coordinating and managing the delivery of health services. The roles of the MoH and those of the county departments of health are outlined in the Fourth Schedule of the constitution of Kenya. The two levels of government, while independent, will cooperate to achieve the

governance and management objectives as outlined in Kenya Health Policy 2012-2030. The health policy identifies seven policy orientations, that is areas earmarked for investment to enable the achievement of the policy's objectives. These are: healthcare financing, health leadership, health products and technologies, health information, health workforce, service delivery systems and health infrastructure (Ministry of Health 2014).

While new governance structures have been defined and the process of implementing them has begun, getting them right will be imperative. This is because governance entails more than having building blocks in place. It is important that roles, responsibilities/accountabilities and the chain of command for all structures and players in the sector are clearly defined and understood by all. This is currently critically lacking among the actors in the health sector in Kenya.

The Kenya Health Policy 2012-2030, provides an institutional framework that specifies the institutional and management frameworks required under the devolved system. The policy sets out the objectives of the new governance structure as:

- delivery of efficient, cost effective and equitable health services;
- devolution of health service delivery, administration and management to the community level;
- stakeholder participation and accountability in health service delivery, administration and management;
- operational autonomy;
- efficient and cost effective monitoring, evaluation, reviewing and reporting systems;
- smooth transition from old to devolved structures; and
- complementarity of efforts and interventions.

In the devolved system, healthcare is organized in a four-tiered system:

- i. *Community health services*: This level is comprised of all community-based demand creation activities, that is, the identification of cases that need to be managed at higher levels of care, as defined by the health sector.
- ii. *Primary care services*: This level is comprised of all dispensaries, health centres and maternity homes for both public and private providers.
- iii. *County referral services*: These are hospitals operating in, and managed by a given county and are comprised of the former level 4 and district hospitals in the county and include public and private facilities.

- iv. *National referral services*: This level is comprised of facilities that provide highly specialized services and includes all tertiary referral facilities. The counties are responsible for three levels of care: community health services, primary care services and county referral services. The national government has responsibility for national referral services (Government of Kenya 2013:7).

The transition process from centrally managed health care services to devolution at county levels was envisaged to be a gradual one as power and functions increasingly shifted from the national to county governments. This would allow for the creation of requisite capacities at the county level. In practice, however, this did not happen and devolution was almost achieved overnight. The newly formed county structures were in a rush to consolidate their power and hold over the lucrative health sector. As a result, transition from the national to county government has been marred by inconsistency, poor staffing of the system, management challenges and lack of coordination between the national and county governments. At the national level, poor management and inefficiencies in resource distribution have largely contributed to poor working conditions at the county level including delays in salary payments (Ministry of Devolution and National Planning 2015:37).

In spite of this confusion, counties are at varying levels of instituting structures and frameworks to help realize healthcare delivery to their citizens. Generally, health services at the county level are run by Ministry of Health services with various departments, depending on the specific needs of the county. Community participation is a top priority within these new structures. Community participation has been a mainstay of Kenya's healthcare system since the implementation of the Community Health Strategy (Ministry of Health 2006:34). The strategy is defined as, 'the mechanism through which households and communities take an active role in health and health-related issues' and its objectives are: community empowerment, to bring healthcare closer to the people, the establishment of community health units and the enhancement of community-health facility linkages. This aspect of community participation has been carried on to the devolved system. Organization of healthcare delivery in the new system is four-tiered and includes a community health services level whose objective is to promote community participation serving as the first point of contact.

At the facility level and in the spirit of effective public participation, provided for under devolution, health facilities are run by locally elected Health Facility Management Committees (HFMCs). According to World Bank research carried out in 2014, over 80 per cent of the health facilities

in Kenya have functioning HFMCs that meet regularly, at least twice a year, and that are responsible for general management of the facility (World Bank 2014:54). They work hand in hand with the county health management teams, representing citizens in health management at the county level.

### **Challenges Facing the Devolved Health Sector in Kenya**

A number of challenges continue to be experienced within the health sector at county level, threatening quality service delivery and gains made in the sector over the last thirteen years, with the coming to power of the opposition-led National Rainbow Coalition (NARC) government that prioritized education and healthcare in Kenya. These challenges are wide and far reaching spanning capacity issues, human resources, infrastructure, legal framework, resources and the relationships between county and national government (Mwangi 2013:2; Kibui et al. 2015:133; Ministry of Health 2014:27).

Transition from national to county governments has been marred by inconsistency, poor understanding of the system, management issues and lack of coordination between the two levels of government. At the national level, challenges of devolution as depicted in the media have emerged in the form of poor management, resource distribution, ethnicity fears, poor working conditions and delayed salaries, among other factors. Reports of health workers resigning due to these issues have been rampant and so are strikes and strike threats. In Turkana West Sub-county for example, a survey conducted by the International Rescue Committee among twelve health facilities in the sub-county in 2015 indicated that over 92 per cent of the health officers (nurses and levels above) were occupied by members of the local Turkana community, yet in 2013 May, the local community held 56 per cent of the positions. This disparity can be explained by the massive exodus of staff from other communities from the area since devolution. This out-migration was partly supported by ethnic fears, general desertion of the health sector by professions due to frustrations experienced since devolution as well as subtle political statements made by leaders in the area to the effect that they were discouraging outsiders from employment in the county. As a result, almost all the new employees hail from the local community as leaders justify this as affirmative action due to their historical marginalization (International Rescue Committee 2015:86).

There is a general fear among healthcare workers about their job security (Mwamuye and Nyamu 2014:266). A majority believe that devolution will create job insecurity and reports indicate that many have resigned or sought alternative employment in anticipation of this impact. Some have experienced delayed salaries since devolution took effect and they feel this is

unfavourable to their job security. Furthermore, employees transitioned to county governments are yet to get official letters of appointment.

Challenges in resource distribution have been witnessed whereby the allocation of funds to counties is inconsistent. This leads to stalling of functions at the county level, further creating inefficiencies. For example, the HSSF allocation is expected to be disbursed every quarter from the national government directly to health facilities countrywide. However, it is not unusual for certain facilities to receive only one or two disbursements in a year. This greatly disrupts the running of the facility as these funds are the ones used to primarily run the facility and cater for any arising emergencies. The lack of strong institutions at the county level means that there is no effective communication and follow-up between the two levels of government to speed up the disbursements, and therefore facilities are left on their own to follow up with the national government, which is a rather challenging task, given their physical, social and capacity distances from the national Ministry of Health in Nairobi. The delay in funds disbursement is also experienced at the county level where allocations from the national Ministry of Finance are often delayed leading to delays downstream with such results as frequent strikes over salaries by health personnel, lack of drugs and other basic necessities at health facilities and, ultimately, desertion of the health sector by qualified staff due to the arising frustrations. The delay in allocations has been so rampant that counties see it as a political strategy to sabotage their health delivery so that citizens can push for the function to revert back to the national government (Kariuki 2014).

Overall, there is limited knowledge about devolution, which is proving detrimental to achieving the desired impact and the realization of the highest possible standards of health for all. In a survey conducted on knowledge of devolution in health in Kenya, only 11 per cent of respondents indicated that they had full understanding of devolution in health; 78 per cent indicated partial understanding; while 9 per cent did not understand it at all (Center for Health Solutions in Kenya 2013:26).

Management of health facilities at county level is another big challenge. The county government, facing serious capacity challenges, has left the management of facilities in the hands of health personnel. While they have a lot of technical and professional expertise, the majority lack adequate strategic management skills to access and make proper use of resources and mitigate against new devolution challenges. Furthermore, the procurement of goods and services at county level has been centralized at county headquarters. That has led to confusion and procurement challenges which affect quality of procured products and service delivery (Mamuye and Nyamu 2014:18).

This over-centralization of procurement at the county level introduces the same hurdles that were experienced with the former system of centralization at the national level, and which necessitated devolution.

Currently, most county governments have no clear procurement plans in place for the purchase of medical supplies (*ibid.*). The county governments are under no obligation to procure from the Kenyan agency for drugs supply (KEMSA) which has been procuring in bulk and thus enhancing economies of scale while also monitoring the efficacy of the drugs for purposes of continuous improvement. This has also introduced an opportunity for corruption in supplies procurement where suppliers are acting in cahoots with corrupt county officials to supply medical supplies of questionable quality at inflated prices. This not only leads to wastage but also endangers the lives of the population. In Isiolo County in January 2015 for example, an audit report showed that Kshs. 1.2 billion had been earmarked for the purchase of drugs and other medical supplies, yet a spot check in hospitals showed a lack of the said drugs in health facilities, and yet government records indicated that they had been delivered in December 2014. The audit report also revealed that there were no proper procurement systems that led to the identification of the supplier and the firm was hardly known by the people in the office. Nor had the tender been advertised as is required by law (Mutai 2015).

Due to the insistence on the autonomy of individual counties to conduct their own affairs, they are missing out on the benefit of economies of scale. The fragmentation of procurement can increase costs and the risks of corruption. There are a number of supporting functions such as financial management and human resources management which may be more economically operated at a level above the counties to reduce costs and make use of scarce expertise. Another related challenge is conflict with vertical programmes. Programmes such as for HIV, TB and health promotion are often organized on a vertical basis, sometimes funded by external donors. In some situations, these donors are nervous about using the devolved structures and have developed confidence in their own vertical programmes. There is potential for unhelpful overlaps and conflict between the vertical programmes and the newly-devolved structures. The complete devolution of budgets also means that it is difficult to run large national programmes, and that less money may be earmarked for these.

### **Lessons from other Countries**

This section of the article seeks to compare and draw lessons from other countries that have devolved healthcare as a means of strengthening service delivery. The lessons are drawn from some of the key pillars of health systems

including governance, service delivery, health financing and organization of the health workforce. The countries analysed include Ethiopia, Thailand, Uganda and Ghana.

### ***Ethiopia***

The concept of devolution was introduced in 1996 and was seen as the primary strategy to improve health service delivery in Ethiopia. It formed part of a broader devolution strategy across different sectors, of which healthcare was one. Devolution first took place at the regional level and was further extended to the district, or *Woreda*, level in 2002. Through devolution, a four-tiered system of care facilities was created – national referral hospitals, regional referral hospitals, district hospitals and, lastly, primary healthcare facilities. The devolution mechanism entailed districts receiving block grants from the regional government. They, in turn, were entitled to set their own priorities and determine further budget allocations to healthcare facilities based on local needs. As such, the district levels are responsible for human resources management, health facility construction and supply chain processes (Dubusho et al. 2009). El-Saharty et al. (2009) report that impressive improvements of service delivery were observed despite some challenges in the initial stages.

### ***Ghana***

Decentralization has played a pivotal role in government policy ever since Ghana became an independent country. Following the 1993 Local Government Act, the District Assemblies' responsibilities were limited to activities in the field of public health (e.g. health promotion and disease surveillance and control). The Ministry of Health has delegated the responsibility of managing its facilities to an autonomous entity created in 1996, the Ghana Health Service (GHS). The GHS is responsible for managing and operating most of the country's facilities and offices. The GHS subsequently evolved into a more deconcentrated structure with regional and district health offices. Although both structures are based on the principle of delegation and deconcentration at a district level, there is not one single authority for the coordination of health service delivery at a district level.

### ***Thailand***

Through the implementation of the Local Administrative Organizations Act in 1999, a target was set for transferring a significant share of national budgets to Local Administrative Organizations (LAOs). The minimum



share of budget to be transferred was 25 per cent, with a target of 35 per cent. The Act impacted on several sectors, including healthcare. Devolution of health services mainly focused on primary health centres and the transition of ownership from the Ministry of Health to the LAOs. Before devolution, health centres had little autonomy and, through the aforementioned Act and guidelines developed by the Ministry of Health, the health centres were given the option to either perform services under the flag of the Ministry of Health or to devolve them to the LAO-level. However, devolution of health centres only occurs if two conditions are met. First, the LAO must have received a good governance award demonstrating that it is capable of managing the health centre. Part of this also implies that sufficient funds are earmarked by the LAO for health-promoting initiatives. Second, at least half of the health centre's staff involved need to be willing to transfer to LAO employment (Pongpisut 2012).

Devolution in the Thai primary healthcare environment thus means that the LAO becomes responsible for primary health service delivery through health centres. This implies that day to day operational responsibility, including financial and human resource management, have become the responsibility of the LAO. The Ministry of Health continues to be responsible for technical, policy, supervision and training aspects, and regulation of health professionals (Hawkins 2009).

### *Uganda*

Devolution was introduced in Uganda in 1997 under a local government Act. The main focus was on education, health and agricultural advisory services, as well as on the management of natural resources in Uganda. Studies show that there has been no improvement in health services with many health status indicators either stagnating or worsening. In general, decentralization of education and health services has not resulted in greater participation of ordinary people or accountability of service providers to the community. The lack of community participation, inadequate financial and human resources, a narrow local tax base and a weak civil society all underscored the need for improvements if devolution was to attain the anticipated results. The case study from Uganda cautions against the tendency to romanticize devolution as the new-found solution for past and current institutional and socio-economic distortions. It shows that devolution can make state institutions more responsive to the needs of the communities, but only if it allows local people to hold public servants accountable and ensures their participation in the development process (Patrick 2013:43).

## **Lessons for Kenya**

### ***Kenya can Learn a Number of Critical Lessons from these Countries***

From all four countries, what is evident is that creating the right governance and accountability structure is critical to making devolution and, in the end, service delivery to the patient, successful.

On enabling communities to participate, in general, it is believed that local governments are more transparent than national governments. This is due to the proximity of local governments to their communities. One of the aims of devolution is to create more intense community involvement in order to adjust service delivery models to the communities' specific needs. As such, the local government must have the authority to involve communities. It was found in Ethiopia that communication channels with communities were not well established whereas the opposite is true in Ghana where mechanisms for local community participation have been established at different levels. In Thailand, there was an increased level of responsiveness to the community the health centre operated in and the patients it catered for. This, in turn, also impacted positively on community participation and, as a result, health centres found the number of patients visiting had increased.

On patronage and corruption, it was found that devolution can make the actions of local officials more transparent and provide a check on corruption, appointments based on family ties or other connections, and other poor practices. However, this assumes that there is an active local political system, news outlets which are themselves not part of these webs of influence and that people will be prepared to blow the whistle where they see problems and that they will be listened to. External audit and review and the opportunity for issues of this sort to be escalated may be required.

Devolving responsibilities does not only impact on those organizations or regions where responsibilities are devolved to, it also impacts on the organization – typically a Ministry of Health – that is devolving its authority. Good governance should clearly spell out what (policies) the Ministry of Health would still be responsible for in a devolved health system. Examples of these are quality regulations, and education and training of doctors. The role of a Ministry is therefore likely to be one of 'stewardship' and 'guidance' instead of 'ownership and control' in a devolved system.

Another key lesson is the need to deal with cross-border flows of patients. For example, if one area runs poor services with long waiting times, there will be incentives for people to go elsewhere. The area gaining additional patients will not gain additional finances unless there is an adjustment

for these movements of patients. This sets up perverse incentives for all concerned. It is not desirable or very practical to limit people's ability to travel. Furthermore, although adequate funding is crucial for any health system to be effective, it is not only funding that impacts on health outcomes and service delivery. In all of the examples above, having the right governance and accountability structures as well as managerial capacity are believed to have a stronger impact on performance and outcomes than funding does (KPMG Africa 2014:37).

On process versus outcome objectives, in some systems it seems like devolution, or to this extent delegation or deconcentration, are goals in their own right rather than a means to achieve a broader objective like improved health levels for the population. It is therefore important to separate process and outcome objectives. It was found for example in Ethiopia, that health outcomes such as child and maternal mortality rates have decreased, but it could be argued that this might also be a result of other health strategies being implemented at the same time. Besides this, Ethiopia was coming from a poor baseline in terms of health outcomes.

### **Making Devolution of Healthcare Workable in Kenya**

From the foregoing arguments about how devolution is currently playing out in Kenya as well as lessons from other countries that are implementing devolution, a number of key lessons towards making devolution work can be drawn. First, it is evident that devolution is not an event but a process whose ultimate aim is better healthcare with more meaningful access for the majority of citizens in Kenya. It is also clear that healthcare will remain a devolved function and will not revert to the central government as some political actors are pushing for. This is because for this to be possible, a referendum is needed which is both very expensive to execute, and with unpredictable results. It is therefore not in the interest of the political elite to push for a referendum on the same. Therefore, while time has to be given to the instruments of devolution to be nurtured, it is important to ensure that the requisite frameworks and institutions are in place. Failure in this respect presents the risk of making wrong investments in terms of time and resources. In the end some people will be more alienated from the system than before devolution. The changes envisaged should provide both immediate and long term gains; in the short term, they should foster trust in devolution as a system, and, in the long run, lead to institutional strengthening of the health system. Some of these changes include the following.

### ***Make Existing Public Primary Healthcare Facilities Functional***

Devolution provides a unique opportunity to strengthen primary healthcare service delivery. With counties now responsible for delivering primary healthcare services there is hope that some of the chronically persisting weaknesses to make the existing facilities operational will be addressed. By the end of the first year of devolution some of the initial gains made in improving delivery of primary healthcare services are clearly visible. For example, the Governor of Mandera has taken the initiative to make all fifty-two primary healthcare facilities in the county operational by recruiting staff. The Governor of Machakos is focusing on improving access to safe delivery of services by providing maternity units to all primary healthcare facilities and positioning ambulances in each ward. Kakamega is giving strategic focus to improving maternal and new-born health services. There are several ongoing initiatives in many counties, which are not yet systematically documented. Many counties have undertaken audits of human resources to weed out ghostworkers. It is also expected that with closer oversight, the absenteeism of health staff will reduce.

### ***Build on Existing Partnerships with Faith-based Organizations (FBOs) and Partner with the Private Sector***

There is already a strong partnership with FBOs, which complement public health facilities. Counties need to build on this well established relationship. Kenya has a vibrant private sector which is rapidly expanding to rural areas through franchised networks. It is important to effectively leverage such networks for public goods, especially for delivering reproductive maternal, new-born and child health services.

### ***Adopt a Primary Healthcare Approach***

Primary healthcare is defined as essential healthcare; based on practical, scientifically-sound and socially acceptable methods and technology; universally accessible to all in the community through their full participation; available at an affordable cost; and geared toward self-reliance and self-determination (World Health Organization 1990). The county government needs to shift the emphasis of healthcare to the people themselves and their needs, reinforcing and strengthening their own capacity to shape their lives.

Healthcare needs to be delivered close to the people; thus, should rely on a maximum use of both lay and professional healthcare practitioners. They should include the following essential components: education for

the identification and prevention of illnesses; control of prevailing health challenges, proper food supplies and nutrition; adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child care, including family planning and immunization against major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases using appropriate technology; promotion of mental, emotional and spiritual health; and the provision of essential drugs. For this to be achievable, counties must strengthen networks, empower community healthcare workers and promote meaningful community participation in decision making and the oversight of health services.

### ***Continue HSSF but Shift Emphasis on Accountability to Results***

Performance accountability remains a cornerstone for the devolved health system in Kenya. This now needs to trickle down from top management to sub-county health teams and the facilities in charge. The experiences of the Results Based Financing pilot in Samburu shows that objective assessment of performance through regular supportive supervision enhances motivation of providers as well as supervisors and improves retention (World Bank 2014).

### ***Rationalize Hospital Infrastructure***

Hospitals are expensive to build and maintain. Countries in Central Asia and Brazil realized the importance of rationalizing hospital infrastructure and created hospital networks that optimize efficiency. Clusters of counties now need to collectively work together to develop well networked hospitals which provide high quality referral back-up to primary care facilities.

### ***Maintain Commodity Security***

All counties have entered into a Memorandum of Understanding with KEMSA, or the Mission for Essential Drugs and Supplies (MEDS), an agency which does pooled procurement for FBOs. This will ensure better economies of scale and quality of essential medicines. KEMSA has now moved into a supermarket mode and entered into memoranda of understanding with all forty-sevencounties. An analysis of ordering patterns showed that twenty-seven out of forty-fourcounties which ordered from KEMSA in the first quarter of 2013/14 ordered 50 per cent or more of the supplies made to primary healthcare facilities. While this is a positive trend, more careful scrutiny is required by the MoH to track these trends and compliance with the essential drug list carefully.

Beyond the short term gains, mechanisms of how the two levels of governments interact should be explored and instituted especially since there are policies such as those covering HIV/AIDS that cut across both. This is not currently happening and the two levels either have an antagonistic relationship or at best ignore each other. Funds are either made available through national budgets or off-budget via international donors. Care therefore needs to be taken to ensure that the distribution of these funds in the country as a whole is not hampered by devolution.

Devolution signifies changing roles and magnitudes of responsibility between national and county government. Increased responsibility due to devolution typically lies with county offices, and the MoH would experience decreased responsibility. Although Kenyan policy is clear on what responsibilities belong to which entity, there should be no doubt as to how these policies will be rolled out from the MoH to the counties. One such example is education and training of doctors and, in line with this, continuously keeping the clinical workforce up-to-date with recent medical developments. While the constitution is not clear on whose mandate this is, ways should be worked out to allow the national government especially, as part of quality oversight, to also be responsible for continuous training of the workforce. Of course the counties are also expected to set aside resources for the same but national government is better placed to offer standardized training.

Another consideration is how to make funding to the counties more equal without destabilizing or disrupting the system. As the World Bank (2014) points out, the current CRA funding mechanism displays 'strong equalization bias' as it favours areas that have been historically underfunded. The risk posed for historically overfunded regions is that they will take on additional service delivery commitments that they will be unable to meet. On the other hand, historically underfunded areas will receive additional funding that they will be unable to spend effectively. To ensure the most equitable funding, and thus avoid disruption, county functions and needs should be accurately defined.

Good governance must also be effectively instituted and nurtured. Governance structure should at least contain costs and improve service integration. The county government should ensure accountability mechanisms and clearly defined degrees of authority and methods of funding, where people will not need to beg or patronize someone in order to receive funding for the project. The county government's expectations, the providers' interests and the local citizens' needs and preferences must all be taken into consideration wherever decisions are being made. Citizen input to experts will be crucial in matters that affect them. Health sector governance and participation at local

level are important elements for devolution because the influence held by various stakeholders over decision making processes could express priorities as a means of providing higher quality care.

There is also a need to address the critical concern of the workforce exiting the county health facilities, especially due to lack of faith in the new structures. For devolution to be effective, there needs to be faith in county governments and service providers, and players in the health sector should be willing to implement devolution with a common understanding and by putting the interests of the public first. To promote the process, health workers need to be assured of their job security which includes proper transitioning to county governments with institutions and frameworks that are clearly spelt out, based on the rule of law and sustainable in the long run.

Finally, when it comes to measuring progress, inevitably, the counties will be compared against each other using indicators that have been defined by the national government. However, the counties are coming from different baselines – some are, and have always been, better resourced both financially and in terms of human resources than others. It will therefore be important to recognize this legacy of disparities and address it when measuring inter-county progress. Other than the nationally defined progress indicators, counties also need to identify and measure their own county-specific progress indicators.

## **Conclusion**

Healthcare in Kenya will remain a devolved function despite the many challenges the sector currently faces. These challenges are related to capacity gaps, lack of infrastructure and personnel, conflictual relationships with national government and a lack of understanding of devolution among citizens, which translates into little or no support from the same. To institutionalize devolution within the health sector, learning from other areas where devolution has worked and devising home grown solutions will help. Concerted efforts towards this from both governance institutions and ordinary citizens are needed to ensure that devolution delivers on its promises as enshrined in the constitution.

## **References**

- Center for Health Solutions in Kenya, 2013, CHS Forum on Health System Strengthening in the Devolved System of Government, <https://www.chskenya.org/wp-content/uploads/2014/04/chs-forum-on-hss-in-devolution-report.pdf>, accessed 7 September 2015.

- Commission on Revenue Allocation, 2014, *Revenue Allocation Formula*, <http://www.crakenya.org/information/revenue-allocation-formula/>, accessed 10 September 2015.
- Dubusho, T. et al., 2009, *Ethiopia: Improving Health Service Delivery*, Washington DC: World Bank and the International Bank for Reconstruction and Development.
- El-Saharty, S. et al., 2009, *Ethiopia: Making Health Service Delivery More Effective*, Washington DC: The World Bank.
- Esidene, C., 2011, *Local Government Administration in Kenya: Problems and Prospects*, [http://www.researchgate.net/profile/Canice\\_Erunke/publication/233762485\\_local\\_government\\_administration\\_in\\_kenya/links/09e4150b52114015ef000000?origin=publication\\_detail](http://www.researchgate.net/profile/Canice_Erunke/publication/233762485_local_government_administration_in_kenya/links/09e4150b52114015ef000000?origin=publication_detail), accessed 6 September 2015.
- Government of Kenya, 2010, *Constitution of Kenya*, Nairobi.
- Government of Kenya, 2013, *Kenya Health Policy 2012-2030*, Nairobi: Ministry of Medical Services and Ministry of Public Health and Sanitation.
- Government of Kenya, 2014, *Options for Kenya's Health Financing Systems: A Policy Brief*, Nairobi: Ministry of Health.
- Hawkins, L., 2009, *Devolution of Health Centers and Hospital Autonomy in Thailand: a rapid assessment*, Washington DC: World Bank.
- International Rescue Committee, 2015, *Every Voice Counts Program Report*, Nairobi: International Rescue Committee.
- Kariuki, P., 2014, *Corruption Devolved to the Counties*, *Daily Nation*, 4 April, Nairobi.
- Kibui et al., 2015, 'Health Policies in Kenya and the New Constitution for Vision 2030', *International Journal of Scientific Research and Innovative Technology* 2(1):127.
- Kinuthia, M., 2016, *Challenges Facing Devolution in Kenya* Nairobi: Kenyatta University.
- KPMG Africa, 2014, *Devolution of Healthcare Services in Kenya*, <https://www.kpmg.com/Africa/en/IssuesAndInsights/Articles-Publications/Documents/Devolution%20of%20HC%20Services%20in%20Kenya.pdf>, accessed 8 September 2015.
- Magokha, T., 2015, 'Blame Game as Kenya's Health Crisis Hurts', *Standard*, Nairobi, <http://www.standardmedia.co.ke/kenyaat50/article/2000174647/blame-game-as-kenya-s-health-crisis-hurts?pageNo=2>, accessed 14 September 2015.
- Ministry of Devolution and National Planning, 2015, *Improving Healthcare Delivery in Kenya*, Nairobi: Ministry of Devolution and National Planning.
- Ministry of Health, 2006, *Taking the Kenya Essential Package for Health to the Community: A strategy for the Delivery of Level One Services*, Nairobi: Ministry of Health.
- Ministry of Health, 2013, *Kenya Service Availability and Readiness Assessment Mapping*, Nairobi: Ministry of Health.
- Ministry of Health, 2014, *Kenya Health Policy 2012–2030*, Nairobi: Ministry of Health.
- Muoko, B. and Baker C., 2014, *Decentralization and Rural Service Delivery in Uganda*, Kampala: International Food Policy Research Institute.
- Mutai, A., 2015, *Devolution on Trial in Kenya: Case Study of Isiolo County*, <http://somalianewsroom.com/devolution-on-trial-in-kenya-case-study-on-isiolo-county/>, accessed 2 September 2015.



- Mwamuye, K., and Nyamu, H., 2014, 'Devolution of Healthcare System in Kenya: A Strategic Approach and its Implementation in Mombasa County, Kenya', *International Journal of Advanced Research* 2 (4): 263–8.
- Mwangi, C., 2013, 'Accessibility to the Kenyan Healthcare System: Barriers to Accessing Proper Healthcare', unpublished PhD thesis, Arcada University.
- Olugo, S., 2015, 'Counties Urged to Embrace Partnerships to Improve Healthcare Services', *Standard*, Nairobi, <http://www.standardmedia.co.ke/sports/article/2000163505/counties-urged-to-embrace-partnership-to-improve-healthcare-services>, accessed 18 September 2015.
- Patrick, I., 2013, *Relooking at Healthcare in Kenya in the Age of Devolution*, University of KwaZulu-Natal.
- Pongpisut, J., 2012, 'A Decade of Health-Care Decentralization in Thailand: What Lessons can be drawn?', *WHO South-East Asia Journal of Public Health* 1 (3): 347–56.
- World Bank, 2014, Delivering Primary Health Services in Devolved Health Systems of Kenya: Challenges and Prospects, <http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/09/20351566/delivering-primary-health-services-devolved-health-systems-kenya-challenges-opportunities>, accessed 7 September 2015.
- World Health Organization, 1990, *Health Systems Decentralization*, Geneva: World Health Organization.





## **Fonctionnement et gestion de la médecine scolaire au Cameroun : cas des établissements de la ville de Maroua de 1958 à 2008**

Bienvenue Germaine Nyane\*

### **Résumé**

Cet article vise à étudier l'évolution des problèmes de santé dans les écoles et de leur gestion par l'État camerounais et ses différents partenaires. Précisément, il s'agit de voir comment les problèmes de santé ont été gérés de 1958 à 2008 dans les établissements scolaires. Ce travail s'appuie sur des documents écrits (ouvrages, rapports, archives, etc.), des sources orales collectées à la suite de plusieurs visites dans les établissements scolaires, et de nos propres observations. L'analyse s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire, notamment la vision de la sociologie, des études sanitaires, etc. Cette diversité des disciplines mobilisées se fait l'écho de l'évolution du système de gouvernance et de santé publique en milieu scolaire au Cameroun. Il en ressort que la gestion des structures de santé dans la ville de Maroua a connu des mutations au fil des années. De l'époque de l'État providence jusqu'à son désengagement dans ce secteur à partir des années 1987, l'on observe une faible prise en charge des apprenants dans un environnement marqué par la récurrence des maladies de toutes sortes. Certains établissements ne disposent pas de structures sanitaires, et les infirmeries qui existent sont gérées par lesdits établissements depuis la récession économique survenue au Cameroun en 1987. De nos jours, on note une implication de plus en plus accrue des ONG pour soutenir les établissements dans le domaine de la santé, mais les résultats restent toujours mitigés.

**Mots clés :** fonctionnement, gestion, médecine scolaire, Maroua, Cameroun

### **Abstract**

This article is studying the evolution of health issues in schools and the response brought by the Cameroonian government and its various partners. Specifically, this report analyze how the health issues have been managed since

---

\* Département d'Histoire, Université de N'Gaoundéré (FALSH). Email : ashtonne2@yahoo.fr

1958 to 2008 in schools? This work is based on written documents (books, reports, bills and laws, archives, etc.), oral sources collected following several investigations in schools and our own observations. The analysis has been conducted on a multidisciplinary approach combining sociology and health studies. This diversity of disciplines mobilized has outlined the evolution of governance of public health system in schools in Cameroon. It appears that the management of health facilities in the city of Maroua has undergone changes over the years. From the welfare state era until its withdrawal in 1987 the low support for learners observed in an environment marked by the recurrence of diseases of all kinds. Some institutions lack the health facilities and infirmaries that exist are managed by the said institutions since the economic recession occurred in Cameroon. It is observed today, a growing involvement of NGOs (Non-Governmental Organizations) to support institutions in the health sector but the results remain mixed.

**Key Words :** operation, management, school health system, Maroua, Cameroon.

## **Introduction**

La situation sanitaire en Afrique est des plus préoccupantes, avec une multitude de maladies qui freinent le développement socioéconomique des sociétés. Elle est encore plus alarmante dans les milieux scolaires. La prise en compte de « la santé en milieu scolaire » reste de ce fait une préoccupation des pouvoirs publics et des organisations privées et internationales. Au Cameroun, plus particulièrement dans la région de l'Extrême-Nord, la santé des enfants dans les établissements constitue un défi, compte tenu du niveau de pauvreté des populations. L'accès aux soins des enfants en milieu scolaire doit donc être une priorité dans les politiques de santé du gouvernement camerounais.

Quelques travaux scientifiques abordent la question de la santé en milieu scolaire. Fadibo Pierre, par exemple, à travers ses différentes publications, analyse l'importance de la santé dans l'éducation. Il axe son travail sur les manifestations et les perceptions des maladies épidémiques par les différents groupes sociaux de cette région. Il met l'accent également sur les conséquences et les méthodes de prise en charge préconisées par les populations et l'État en cas d'épidémie (Fadibo 2005). Quant à Olivier De Sardan (1999), il décrit le contexte social, relationnel et institutionnel de la santé avec les axes d'une nouvelle socio-anthropologie de la santé. Les thèmes évoqués sont les services de santé, les politiques sanitaires, les projets de santé, les projets de prévention et les systèmes de santé. Cheick Ibrahima Niang (2008) analyse la situation sanitaire en Afrique et met à nu l'échec des systèmes de santé des États africains. Pour lui, il est nécessaire de reconceptualiser la question de la santé en prenant en compte les aspects culturels, sociaux et politiques

de la maladie dans les sociétés et communautés locales. Mouyébé Kera (1985), pour sa part, évalue les programmes des soins de santé primaire dans le département de Kaélé. Il analyse les incidences d'une maladie en milieu scolaire, et l'action qui consiste à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Parlant justement du Nord-Cameroun, Iyebi Mandjek et Tourneux (1994) abordent dans une production commune l'historique de l'implantation de l'école occidentale à Maroua. Les auteurs font une description du contexte historique, démographique, économique et linguistique et se penchent aussi sur les problèmes de l'enseignement primaire dans la ville de Maroua. Ils décrivent les différents établissements coraniques et occidentaux et les méthodes pédagogiques utilisées, et analysent le rendement scolaire. Pour eux, la scolarisation progresse tandis que le rendement scolaire diminue. Ils recommandent l'usage de la langue peule comme langue d'enseignement au lieu du français, et montrent la nécessité de nouvelles stratégies éducatives. Néanmoins, ces études n'abordent pas d'une manière spécifique les problèmes de santé qui sévissent dans les établissements scolaires africains. Il s'agit alors, dans le cadre de cet article, de voir comment les problèmes de santé ont été gérés de 1958 à 2008 dans les établissements scolaires. Autrement dit, il s'agit d'analyser l'évolution de la politique de santé en milieu scolaire au Cameroun en s'appuyant sur l'exemple des écoles primaires et secondaires de la ville de Maroua et d'analyser la dynamique du fonctionnement des structures sanitaires dans les établissements scolaires.

Malgré les initiatives et les actions de l'État camerounais et de ses différents partenaires au développement, la santé en milieu scolaire reste et demeure une préoccupation essentielle dans le système de santé camerounais en général. Sur le plan méthodologique, la phase de collecte des données a mobilisé des sources écrites, orales et iconographiques, étayées par des observations sur le terrain. Les sources écrites constituées des ouvrages, des rapports, des textes et des lois, des archives, etc. ont été collectées dans plusieurs centres de documentation, dans les structures de santé scolaire, les ONG, les lycées, etc. à Maroua et à Yaoundé. Les sources orales sont les résultats des visites que nous avons menées dans la zone d'étude où plusieurs personnes (médecins, infirmiers, élèves, responsables des ONG, etc.) ont été interviewées. À ces éléments s'ajoutent l'observation et la collecte des sources iconographiques. Plusieurs approches (synchronique, systémique, etc.) ont été choisies dans le cadre de l'analyse, de l'interprétation des données et du recoupement des informations recueillies. Ces approches ont nécessité une vue pluridisciplinaire, notamment la vision de la sociologie de la santé, des études sanitaires, etc. Cette diversité des disciplines mobilisées se fait l'écho de l'évolution du système de gouvernance et de santé publique en milieu scolaire

au Cameroun. L'article est organisé en trois parties. D'abord, il présente la médecine scolaire pendant la période coloniale à Maroua, ensuite l'évolution du fonctionnement et la gestion des structures de santé dans les écoles de la ville de Maroua depuis l'indépendance du Cameroun, et enfin, la contribution des autres intervenants dans la gestion de la santé scolaire.

### **Trajectoire historique de la médecine scolaire à Maroua**

L'introduction de la médecine occidentale dans la ville de Maroua date de la période coloniale. Elle a été introduite par les Allemands à partir de 1902, suivis en 1916 par les Français. Il a fallu attendre 1958, avec la création du Collège d'enseignement général (CEG) de Maroua, pour que soit mise en place la première structure sanitaire dans un établissement. De ce fait, le système de santé coloniale intègre la médecine scolaire.

#### ***Le système de santé pendant la période coloniale et la création des premières écoles dans la ville de Maroua***

On distingue deux phases dans la période coloniale, notamment une première phase d'expansion coloniale, qui s'achève avec la Première Guerre mondiale et la stabilisation des frontières. La seconde phase est celle de la consolidation, marquée par l'intention déclarée de l'Occident « d'apporter la civilisation » aux populations colonisées. Ce n'est que durant la seconde période que les services médicaux, à l'intention des populations autochtones, vont prendre de l'ampleur. Jusqu'au début du XXe siècle, les conquêtes coloniales se poursuivent, rencontrant des résistances souvent durement réprimées. Une bonne connaissance de la politique coloniale de la médecine scolaire passe par une appréhension de la politique sanitaire globale adoptée par les administrateurs coloniaux. La nouvelle médecine occidentale était étrangère aux populations. Elle s'est implantée dans la ville de Maroua suivant un long processus. Cette médecine a commencé sous l'administration coloniale allemande, puis la France a poursuivi les œuvres des Allemands.

En effet, les premiers Allemands, en s'installant à Maroua, avaient introduit la médecine occidentale non pas pour soigner les indigènes, mais les Européens et leurs collaborateurs autochtones qui étaient les soldats, les cuisiniers, les boys et les employés des commerçants européens. C'est pourquoi cette ségrégation a amené certains à penser que c'était un moyen de préserver la santé des Blancs (Niang 2008:20). Ce n'est que plus tard, lorsque l'administration a eu besoin des forces indigènes, qu'elle a étendu les soins aux autres couches sociales dans le seul but d'accroître la productivité. La volonté des colons était aussi d'augmenter l'espérance de vie des indigènes afin de bénéficier de leurs taxes civiques et de la main-d'œuvre qu'ils constituaient.

Ce constat est d'ailleurs bien souligné par Chazelas :

Une bonne colonie qui produira et qui durera est une colonie où le matériel humain est amené à son maximum de rendement physique et intellectuel. Le devoir de la puissance colonisatrice est le même, qu'on le considère du point de vue de l'idéal ou du point de vue de l'intérêt. Il faut que l'indigène se porte bien, qu'il conserve sa santé et ses forces le plus longtemps possible, qu'il fonde une famille, que ses enfants vivent, se développent (Chazelas 1931:240).

Les médecins colons, en nombre très limité et ne comprenant pas la langue des autochtones, devaient avoir recours aux interprètes qui manipulaient un peu leur langue. L'administration coloniale allemande avait eu besoin d'un personnel local non seulement pour résoudre le problème de communication, mais également pour arriver à pénétrer les différentes composantes de la population et inspirer auprès de leurs frères noirs la confiance dans cette médecine occidentale. En effet, l'implantation de cette médecine n'a pas été chose aisée dans la mesure où la médecine traditionnelle avait déjà la confiance des autochtones en vertu de la large connaissance en botanique des charlatans et guérisseurs. Malgré tout, les colons allemands ont réussi à introduire et à imposer la médecine moderne. Le recrutement se faisait exclusivement par le gouvernement colonial allemand sur demande du médecin général résidant à Maroua (Chazelas 1931:260). La formation des indigènes à la médecine occidentale était très rudimentaire. D'ailleurs, aucun programme de formation n'existait, si bien que la formation se réduisait à la pratique ; une pratique elle aussi très limitée. Leur rôle principal était la protection sanitaire et l'hygiène des populations, la lutte contre les endémies afin d'entretenir la force de travail indispensable à la mise en valeur du territoire. De ce point de vue, la médecine coloniale, selon Frantz Fanon, servait les intérêts du système colonial (Fanon 1965).

Concernant les infrastructures sanitaires, durant la période coloniale, elles étaient rares dans la ville de Maroua, car les Européens n'avaient pas eu le temps nécessaire pour les mettre en place. Toutefois, ils ont utilisé certaines bâtisses pour isoler les personnes en cas d'épidémies. Au sein de l'hôpital régional de Maroua, il existait une bâtisse qui servait à isoler ou à mettre en quarantaine des malades présentant des symptômes d'épidémies. De façon générale, les services médicaux des débuts de la colonisation restaient à la fois limités et marqués par une très nette division sociale. Il y a des services curatifs destinés aux Européens et à leur personnel. Les autorités coloniales créèrent progressivement dans les villes des hôpitaux pour les militaires, colons, marchands et cadres européens, ainsi que pour le personnel indigène employé par l'armée et l'administration. Assez rapidement, les entreprises et plantations créèrent également des dispensaires pour soigner leur personnel indigène. C'est dans ce sens que les établissements scolaires, plus tard, vont

disposer des centres médicaux. Après le départ des Allemands en 1915, les Français les remplacèrent. Contrairement aux Allemands qui ne passèrent que dix ans à Maroua, les Français mirent plus de temps, allant de 1916 à 1960. C'est sous le régime français qu'est née la première école.

La scolarisation du Nord ne commença réellement que sous le mandat français, après la Première Guerre mondiale. La première école a été créée à Maroua en 1918 (Martin J.-Y. 1970:15). Il s'agissait d'une école régionale. Elle fonctionna à titre provisoire dans les locaux du palais du sultan jusqu'en 1936, où l'on construisit un bâtiment définitif. Jusqu'en 1944, date de la conférence de Brazzaville, qui redéfinit les objectifs de l'instruction publique dans les colonies, l'enseignement scolaire se limitait à former les auxiliaires de l'administration. Il n'y avait donc pas lieu de multiplier les écoles ; une seule suffisait à l'échelle régionale. À partir de cette année, les choses commencèrent à changer, et l'on intensifia l'implantation des établissements scolaires. Les Oblats de Marie Immaculée s'installèrent à Maroua à la fin de l'année 1948. Priorité fut donnée, de cette époque jusqu'à l'indépendance en 1960, à la mise en place d'un réseau secondaire des écoles. Deux établissements de Maroua datent de ces années : l'école de *Founangué* (1952) et celle de la mission catholique de *Djarengol* (1958). L'avènement du cycle secondaire au Nord est tributaire de la politique française de la scolarisation dans ses territoires. Tout comme le cycle primaire, l'émergence des établissements secondaires à l'Extrême-Nord a été tardive. Le collège d'enseignement général (CEG) voit le jour à Maroua en 1958. C'est justement dans ce collège que l'administration coloniale a mis sur pied le premier centre médical scolaire de Maroua qui avait pour but d'assurer la santé des apprenants.

### ***La politique sanitaire coloniale dans les écoles***

Le développement économique d'une région ou d'un pays dépend étroitement de la santé de sa population, raison pour laquelle le bien-être des peuples colonisés retient de plus en plus l'attention de l'administration. Au Cameroun, la politique sanitaire a favorisé la mise en place des stratégies de lutte contre certaines maladies à travers la création des centres de santé.

L'avènement de la médecine occidentale dans la ville de Maroua a eu pour corollaire l'introduction des méthodes de prévention contre certaines maladies. La vaccination, l'éducation sanitaire des élèves et l'assainissement de l'environnement scolaire faisaient partie de la politique sanitaire coloniale. La lutte contre les maladies a été renforcée au Cameroun au lendemain de la mise sur pied des infirmeries scolaires créées dans les écoles et lycées où étaient installés des infirmiers et médecins scolaires.



La vaccination était l'une des mesures indispensables dans la prévention des maladies, car elle permettait de renforcer la résistance de l'organisme. Les séances de vaccinations étaient régulièrement organisées pendant cette période afin de protéger les élèves et écoliers contre certaines maladies qui sévissaient en permanence dans cette partie du territoire. La vaccination est devenue un moyen de lutte préventif très efficace contre les maladies dans les écoles. À côté de celle-ci, les autorités coloniales ont mis aussi l'accent sur l'éducation sanitaire des apprenants. Ainsi, dans les premiers modules de formation conçus par les colons, figurait l'enseignement de l'hygiène dont le but était de sortir le « Noir » – idéologiquement considéré par les défenseurs contemporains de l'occidentalocentrisme comme des « *êtres dont la saleté peut tuer* » – de la saleté et de la promiscuité (Bourdieu & Passeron 1970:48). En effet, les populations bénéficiaires n'arrivaient pas à établir des équivalences entre les enseignements ainsi reçus et les pratiques locales de la salubrité. Résultat : l'adhésion aux pratiques occidentales de l'hygiène n'a pas été totale. C'est ce qu'affirme E. Berthet :

Pendant la période coloniale, tout était importé. Les pratiques alimentaires, la mise vestimentaire, les techniques agricoles et même les contenus des cours dispensés dans les écoles qui ont vu le jour à cette période. Ainsi, les cours d'hygiène qui étaient enseignés dans ces espaces considérés comme cadre de socialisation à la vie moderne étaient en totale inadéquation avec les réalités africaines. Ils imposaient aux Africains la propreté de certains aliments, oubliant que ceux-ci se consomment avec de la cendre. Ils exigeaient la propreté des vêtements, dans l'ignorance que certains habits sales ont une signification culturelle. Autant d'incongruités qui ont conduit les stratégies occidentales dans l'abîme (Berthet 1973:32).

La prévention des maladies était également basée sur la sensibilisation des élèves et écoliers. L'éducation sanitaire consistait à inculquer quelques rudiments de la prophylaxie. Elle portait, pour l'essentiel, sur les modes de transmissions et les moyens de lutte contre certaines maladies. Le personnel sanitaire a joué à cet égard un rôle prépondérant. C'est ainsi qu'il est intervenu auprès des élèves et écoliers pour modifier des comportements spontanés qui allaient à l'encontre de leur santé.

Ainsi, avec la colonisation, l'on assiste à la mise en place d'une politique sanitaire en milieu scolaire. Celle-ci commence à Maroua avec l'implantation des infirmeries scolaires. Cette politique de gestion de la santé scolaire va prendre de l'ampleur durant l'indépendance du Cameroun. Désormais, la gestion et le fonctionnement des structures de santé dans les écoles sont au cœur de la politique sanitaire.

## **Fonctionnement et gestion des structures de santé dans les écoles de la ville de Maroua depuis 1960**

Depuis 1960, la santé en milieu scolaire a toujours été une préoccupation pour le gouvernement camerounais. Le système de santé mis en place intègre parfaitement la médecine scolaire. Seulement, concernant la gestion, l'on est passé d'une période « d'âge d'or », où l'État était au centre du fonctionnement de ces structures de 1960 à 1987, à la période de son désengagement progressif, de 1990 à nos jours.

### ***Un système de santé qui intègre la médecine scolaire***

Le système de santé camerounais a une structuration qui lui est propre. Le texte qui le structure et l'organise date de mars 1995. Ce texte fixe les modalités de fonctionnement des structures de santé. Ce système de santé a été réorganisé par le décret n° 95/040 du 7 mars 1995 autour d'une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Il s'appuie sur certains engagements pris au niveau international, à savoir la déclaration d'Alma Ata de 1978, basée sur la stratégie des soins de santé primaires, la déclaration de Lusaka de 1985 qui définit le cadre africain de développement sanitaire organisé autour d'un système de santé de district, et enfin l'Initiative de Bamako de 1987 qui consacre l'implication des populations dans la gestion du système de santé et dans la participation aux coûts (Beyeme-Ondoua 2002:61).

Le système de santé scolaire peut se définir ici comme un ensemble de personnes, d'institutions et des ressources qui interviennent dans la prestation des soins de santé dans les établissements scolaires. Tout comme le système de santé camerounais, le système de santé scolaire présente des caractéristiques qui lui sont propres. La médecine scolaire est une médecine dispensée dans les établissements éducatifs publics et privés allant des structures préscolaires aux universités. Elle vise à préserver la santé des élèves et à assurer une veille sanitaire et la promotion d'un mode de vie sain. Elle s'intègre dans le système de santé de base.

La médecine scolaire est depuis longtemps une fonction importante de l'OMS). Dès 1950, le Comité d'experts sur les services de santé scolaire a défini les premières bases théoriques d'une action mondiale concertée. En 1986, l'OMS et l'UNICEF ont publié un document (*Helping a Billion Children to Learn About Health*) d'après les résultats d'une consultation internationale sur l'apprentissage de la santé. En novembre 1991, l'OMS, l'UNICEF et l'UNESCO ont convoqué une consultation pour préciser ensemble le contenu d'une éducation sanitaire complète en milieu scolaire

et les mesures que pourraient prendre les pays pour en renforcer la mise en œuvre. Dans la perspective actuelle de l'OMS, les programmes de santé scolaire sont aujourd'hui un instrument décisif de l'instauration de la santé pour tous. Bien que les définitions varient en fonction des besoins et des conditions spécifiques, une école-santé peut être caractérisée comme une école qui cherche constamment à être un cadre de vie, d'apprentissage et de travail toujours plus propice au développement de la santé. Ses principales composantes sont la surveillance épidémiologique, la visite médicale scolaire, la vaccination, la surveillance des conditions d'hygiène et de sécurité, l'éducation sanitaire, le recueil et l'analyse des données. Parmi les composantes de la santé scolaire, la visite médicale est obligatoire à différents moments du cursus scolaire.

Au Cameroun en général et dans la ville de Maroua en particulier, la santé scolaire s'organise autour de trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau local.

Au niveau central, la santé scolaire est régie par l'administration centrale du MINESEC (ministère de l'Enseignement secondaire) et le MINEDUB (ministère de l'Enseignement de base). Elle est sous la tutelle de la sous-direction de la santé, des sports et des activités post et périscolaires dudit département ministériel. D'après ces ministères, la sous-direction est composée de trois services, à savoir le service de santé scolaire, d'hygiène et de la prophylaxie, le service de l'éducation physique et des sports scolaires, et le service des activités post et périscolaires. Le premier service a pour but d'élaborer les projets, les politiques ou les lignes d'actions sanitaires applicables dans le système éducatif camerounais à l'échelle nationale. Ainsi, les décisions prises à ce niveau sont transmises vers le bas, c'est-à-dire au niveau intermédiaire (Okalla & Le Vigoureux 2005:181).

Il met en action les délégations régionales et départementales des enseignements primaires et secondaires. Pour jouer pleinement son rôle, chacune des délégations abrite en elle un service de l'orientation, de la carte des activités post et périscolaires, une inspection médico-scolaire. Cette dernière est un sous-service déconcentré du MINSEC (ministère des Enseignements secondaires) et du MINEDUB (ministère de l'Éducation de base) qui s'investit directement dans le domaine de la santé scolaire. Ces services fonctionnent en partenariat avec le MINSANTE (ministère de la Santé publique). Chaque élève y contribue à hauteur de 100 FCFA, et de 50 FCFA pour les écoliers. Le montant global constitue le fonds d'appui à la santé scolaire (Nyane 2013). Ces différents niveaux de versements couvrent respectivement les activités de l'IMS (inspection médico-scolaire), à savoir les visites médicales systémiques, les campagnes de vaccination et de dépistage VIH/SIDA.

De par son action directe dans le domaine de la santé scolaire, l'IMS est une courroie de transmission entre les services déconcentrés et les établissements scolaires. C'est à ce niveau que les soins de santé sont véritablement perceptibles au niveau scolaire. La présence d'une infirmerie scolaire, d'un personnel et des équipements scolaires en permanence est l'indicateur permettant de définir l'accès et la qualité des soins de santé administrés aux élèves. L'on note que les établissements, qu'ils possèdent ou non une infirmerie, disposent tous d'une boîte à pharmacie. Elle est fournie grâce aux frais exigibles d'inscription des élèves. Toutefois, le financement des soins des élèves peut venir de l'APE (Association des parents d'élèves). Elle achète quelquefois les équipements sanitaires. En général, les infirmeries scolaires sont coordonnées par les IMS, structures d'encadrement et d'appui à la santé scolaire. De ce fait, elle travaille en synergie avec les infirmeries, à travers les visites médicales systématiques qu'elle organise au début de chaque année scolaire, sans oublier les campagnes de vaccination et de dépistage du VIH/SIDA qu'elle planifie pendant la période scolaire.

### ***La gestion de structures sanitaires dans les établissements scolaires de Maroua***

Depuis l'indépendance du Cameroun en 1960, la médecine scolaire a connu des mutations. On est passé de la période dite de « nivaquinisation » marquée par l'intervention de l'État de 1960 à 2000 à une période de désengagement progressif de l'État.

#### *La santé scolaire de 1960 à 2000 : la période dite de « nivaquinisation »*

La période de « nivaquinisation » débute en 1960 et s'achève en l'an 2000. C'est une période marquée par la mise à la disposition de la « nivaquine » à titre de prévention. Cette période se subdivise en deux phases : de l'indépendance en 1960 jusqu'en 1984, le Cameroun adopte, à l'image des pays d'Afrique subsaharienne, la gratuité des soins comme mode de fonctionnement des structures publiques de santé, mais très vite, les différentes crises pétrolières mettent fin à l'État providence, et présentent la nécessité de l'assurance santé. Mais face aux difficultés croissantes de financement, d'accessibilité et d'équité dans le domaine de la santé dès le milieu des années 1970, la Conférence d'Alma Ata préconisa en 1978 une réforme fondamentale des systèmes sanitaires et érigea une stratégie d'accès aux soins de santé primaires pour tous. Cependant, il était difficile de garantir l'équité dans l'accès aux soins de santé jugés prioritaires. Aussi l'Initiative de Bamako lancée en 1987 conjointement par l'OMS et l'UNICEF émergea-t-elle dans ce contexte de couverture inégalitaire, de médiocre qualité des soins et de dégradation des infrastructures sanitaires.

Elle privilégia le financement communautaire des soins de santé dans le cadre d'une politique de recouvrement des coûts dans les structures de santé publique (Martin 1921:127). Cette politique de recouvrement des coûts, qui consistait en un cofinancement par l'État et les populations du système de santé, et à l'accès aux médicaments génériques, a certes amélioré l'offre de santé au Cameroun, mais elle n'a pas été suivie d'un accroissement de la demande de soins, car « les plus démunis sont souvent dans l'incapacité financière de recourir aux structures sanitaires » (Mengue 1999:415).

C'est dans ce cadre que des comprimés sont distribués à chaque enfant scolarisé durant les débuts et la fin de la saison des pluies. Il s'agit des comprimés de chloroquine<sup>1</sup> qui appartiennent à la classe des médicaments appelés *antipaludéens* utilisés pour la prévention et le traitement des crises de paludisme (malaria). Ils avaient pour objectif de prévenir le paludisme qui menaçait beaucoup d'apprenants et diminuait le taux de réussite scolaire. En outre, les comprimés étaient un moyen efficace de prendre en charge les apprenants les plus démunis qui ne pouvaient subvenir à leurs besoins sanitaires faute de moyens. Quant aux adultes, c'est-à-dire les personnes âgées de plus de 15 ans, ils recevaient deux doses de 500 mg, contrairement aux enfants qui n'en recevaient qu'une. Les premiers cas de résistance de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine au Cameroun ont été décrits en 1985 dans le sud et le nord du pays puis en 1986 dans la ville de Yaoundé. Cette situation nouvelle étant la même dans la ville de Maroua, le premier cas a été détecté en 1989. Peu à peu, le parasite est devenu résistant à ce traitement. De ce fait, le traitement préventif a dû être modifié. Depuis le premier cas de résistance, les études ont été menées afin de remédier à la situation. Suite à ce constat, le gouvernement camerounais a dû suspendre la chloroquine sur toute l'étendue du territoire à partir de l'an 2000. D'autres méthodes de prévention du paludisme ont été mises en place. Il s'agit, entre autres, de :

- l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (Milda) qui est l'un des éléments majeurs de cette lutte contre le paludisme ;
- drainer ou assécher les eaux stagnantes, désherber les alentours des écoles ;
- placer des couvercles sur les puits et robinets en gardant leurs alentours propres ;
- traiter gratuitement le paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans ;
- couper les hautes herbes autour des établissements scolaires.

La période d'avant 1990 est considérée comme le printemps des services sanitaires en milieu scolaire pour plusieurs raisons. En effet, à partir de 1987,

on comptait un infirmier pour 3 000 habitants (De Backer *et al.* 2000:135), ce qui correspond aux standards de l'OMS, car selon les normes de cette organisation, il est prévu un infirmier pour 3 000 habitants et un médecin pour 10 000 habitants.<sup>2</sup> Ainsi, en 1988, la ville de Maroua comptait quatre infirmiers scolaires et un médecin parmi son personnel. Ceux-ci étaient alors affectés régulièrement par l'État. Il convient de relever qu'à cette époque, en plus du personnel de santé mis à la disposition de la communauté éducative, les établissements secondaires bénéficiaient de subventions en médicaments de la part de l'État. En outre, dans les infirmeries, le service de garde était assuré tous les jours.

### *La santé scolaire depuis 1987 : le désengagement progressif de l'État*

La décennie 1990 au Cameroun est marquée, en plus de la crise économique, par la multiplication des établissements secondaires. Dans le système de la santé, la politique du gouvernement consiste en une multiplication des centres de santé et hôpitaux. Ces différents centres de santé, pour fonctionner, nécessitent un personnel adéquat tant en nombre qu'en qualité. Cette exigence est renforcée par la recrudescence des maladies endémiques, à l'instar de la tuberculose, du paludisme, de la typhoïde. D'autres fléaux nouveaux progressent aussi rapidement. Il s'agit de la drogue et des IST/SIDA qui gagnent du terrain à travers la prostitution des jeunes. Au regard de la multiplication des établissements scolaires et des structures sanitaires, la rareté, ou tout au moins l'insuffisance du personnel de santé qualifié, est devenue progressivement un casse-tête pour l'État. Il faut de ce fait reconnaître que le pays traversait une crise économique qui ne permettait plus à l'État de recruter un nouveau personnel. Dès lors, les établissements scolaires vont souffrir automatiquement de cette crise de personnel de santé qui s'est manifestée dans les établissements par le rappel des infirmiers en exercice dans les établissements scolaires.

Pour remédier à cette situation désagréable, les responsables des établissements scolaires, soucieux de veiller à la santé des élèves et de l'ensemble de son personnel, optent pour une formule alternative. Cette option consiste en un recrutement des infirmiers vacataires. Cette alternative est confirmée par la situation sur le terrain, car dans les établissements scolaires de Maroua, notamment le lycée classique et moderne, le lycée bilingue, le lycée Domayo et l'école « des champions », ce personnel n'exerce pas en tant qu'agent de l'État. La situation et les conditions de traitement de ces infirmeries varient d'un établissement à un autre, même si les tâches et les prestations attendues de ces derniers, de même que les difficultés de fonctionnement, sont naturellement identiques.

Les infirmiers sont astreints à être présents dans l'établissement tous les jours ouvrables du matin à la fin des classes. En plus des consultations cliniques

pour les cas de malaise, les infirmiers sont également des encadreurs des clubs santé dans le cadre des activités post et périscolaires dans leurs établissements d'attache. Il faut relever que les infirmeries dans les établissements scolaires n'ont pas les mêmes capacités d'accueil. C'est ainsi qu'au lycée classique et moderne, au lycée Maroua Domayo et au lycée bilingue, l'on a des lits et des bâtiments qui sont affectés à ces services d'encadrement et au suivi sanitaire des élèves et du personnel. Dans chacun de ces établissements, il y a un infirmier en place. Cependant, au lycée technique et au collège Jacques de Bernon, il existe un bâtiment destiné à l'infirmerie, mais il n'y a pas d'infirmier, contrairement à ce qui se passe dans les lycées précités. Au lycée technique de Maroua, par exemple, les risques sanitaires sont multiples et sont dus aux accidents liés aux travaux dans les ateliers, qui sont nombreux. Il n'y a qu'une boîte à pharmacie, comme dans certains établissements de la ville de Maroua.

Dans ces établissements (école Kaigama, école mission de Djarengol, lycée de Kakataré, collège Sabil), la boîte à pharmacie est confiée à un responsable de l'établissement pour sa gestion. C'est auprès de ce responsable que toute personne victime d'un malaise doit se rendre pour la prise des médicaments. La plupart des établissements s'approvisionnent auprès du centre d'approvisionnement pharmaceutique régional de l'Extrême-Nord (CAPR-EN). L'admission pour la prise des médicaments auprès des infirmiers ou auprès du gérant de la boîte à pharmacie est gratuite pour les élèves. En effet, les infirmeries dans les établissements scolaires ne bénéficient plus de la subvention de l'État pour leur fonctionnement comme par le passé. Désormais, ce sont les élèves qui font fonctionner ces structures dans leurs établissements grâce aux frais exigibles qu'ils paient. L'inspection médico-scolaire est la structure qui coiffe les infirmeries qui sont dans les différents établissements scolaires. Elle est dirigée par un médecin affecté régulièrement par l'État. C'est à l'inspection médico-scolaire que s'effectuent les tests de dépistage du VIH/SIDA et la prise en charge de ceux qui sont infectés. Les élèves et le reste de la communauté éducative reçoivent également des conseils sur la vie sexuelle et sur la santé de la reproduction.

Ainsi, dans la ville de Maroua, la médecine scolaire a connu deux périodes diamétralement opposées. Celle d'avant la décennie 1990 considérée comme le printemps des services sanitaires en milieu scolaire et celle de 1990 à nos jours marquée par la rareté ou l'insuffisance du personnel et du matériel de santé dans les infirmeries scolaires. Ces multiples problèmes vont occasionner l'intervention de plusieurs nouveaux acteurs dans la gestion de la santé scolaire.

## **Les problèmes de la médecine scolaire à Maroua et les autres intervenants dans la gestion de la santé scolaire**

La médecine scolaire rencontre aujourd'hui plusieurs problèmes pour satisfaire la demande. La prise en charge des élèves dans les établissements de la ville de Maroua est devenue très difficile en raison du nombre limité des infirmeries et des difficultés de gestion de celles qui existent. Plusieurs autres partenaires interviennent pour appuyer les établissements dans ce domaine.

### ***Les problèmes de la médecine scolaire à Maroua***

La médecine scolaire est confrontée à un certain nombre de problèmes qui limitent son efficacité en matière de lutte contre les maladies dans les établissements scolaires à Maroua. Il s'agit, entre autres, des problèmes de financement, d'une gestion opaque, d'une complexité s'agissant des soins, de l'inefficacité du personnel et des infrastructures, et même de la non participation des élèves.

La première difficulté rencontrée par la médecine scolaire n'est rien d'autre que le manque de moyens financiers. Ce problème est perceptible dans la mesure où les fonds alloués pour le fonctionnement de la boîte à pharmacie de l'établissement ou de l'infirmerie scolaire sont toujours insuffisants pour couvrir les soins de santé des élèves durant l'année scolaire. Dans la plupart des établissements scolaires, les responsables des centres médicaux reconnaissent que leurs pharmacies ne sont pas suffisamment pourvues en médicaments. En effet, les infirmeries dans les établissements scolaires ne bénéficient plus de la subvention de l'État pour leur fonctionnement comme par le passé. Et l'on constate que, dans pratiquement tous les établissements publics, les responsables ne reversent pas la totalité de la somme prévue pour le fonctionnement de leurs infirmeries.

Le système éducatif et sanitaire camerounais éprouve d'énormes difficultés. La vision du gouvernement camerounais sur l'enseignement se lit à travers les objectifs globaux et projets prioritaires du du MINESEC et du MINEDUB. Il s'agit d'assurer la santé scolaire et de renforcer la lutte contre les IST/SIDA en milieu scolaire grâce à l'appui du MINSANTE. En revanche, dans les projets prioritaires, la santé scolaire n'est pas prise en compte. Jusqu'à ce jour, la politique pour la santé en milieu scolaire n'est pas encore définie, car son élaboration est en gestation au sein de la sous-direction de la santé, des sports et des activités périscolaires. Les actions de ces ministères sont plus définies dans les textes ou circulaires ministériels, mais moins visibles sur le terrain. La direction sanitaire est la structure administrative de la santé qui est la tête des infirmeries scolaires. Cette structure coordonne et supervise tous



les programmes et activités des institutions sanitaires en milieu scolaire. Elle arrive difficilement à jouer ce rôle vu son personnel réduit et l'insuffisance des moyens.

À l'examen, il s'avère que le secteur de santé n'échappe pas au phénomène généralisé de la corruption dans la mesure où, sans relation, un élève malade a peu de chances de se faire soigner normalement. L'accès aux soins tient ainsi compte de deux critères, à savoir le capital social et les inégalités sociales. Bien plus, les infrastructures et les équipements médicaux sont dans un état de délabrement avancé et mal gérés à cause de l'absence d'une politique d'entretien et d'un manque flagrant de ressources financières. Aucune priorité n'est accordée à la formation d'un personnel chargé de l'entretien et des réparations, aggravant davantage la détérioration matérielle. Les infirmeries scolaires qui existent sont sous-équipées ou très mal équipées, ne disposant que du strict minimum.

La situation de la couverture sanitaire en milieu scolaire dans la ville de Maroua n'est pas reluisante en raison du pauvre encadrement médical. L'incapacité des pouvoirs publics à approvisionner les infirmeries scolaires en médicaments constitue un obstacle pour une bonne prise en charge des malades. De même, les médicaments manquent parfois dans les infirmeries scolaires et à l'inspection médico-scolaire. Non seulement les infrastructures sanitaires sont insuffisantes et en mauvais état, mais elles sont réparties géographiquement de manière très inégale. C'est le cas du lycée bilingue dont les infrastructures sont en mauvais état et ne disposent que d'un seul lit dépourvu de drap. Tous les malades, peu importe leurs maladies, sont reçus sur ce lit. Le mur est sale sur toutes les parois de la cellule et surtout sous le lit et la toiture. Les fenêtres sont bouchées et empêchent l'aération de la salle. Les odeurs asphyxiantes se propagent. Quant à l'urinoir, il est aussi mal entretenu que la salle de repos des malades. En ce qui concerne la qualité des infrastructures, la situation est précaire dans la plupart des infirmeries : manque d'eau potable, de matériels et de médicaments essentiels.

Au lycée de Maroua Domayo par exemple, on a un seul lit pour recevoir tous les élèves malades. L'infirmerie est dépourvue de médicaments et si elle est par moments pourvue, on y trouve seulement des comprimés de paracétamol, des plaquettes de flagyl, ou encore des compresses et sparadraps qui sont utilisés en cas de premiers soins. Pour les lycées, les médicaments viennent de la délégation régionale de la santé. Pour les collèges, à l'instar du collège Jacques de Bernon, l'infirmerie fonctionne grâce à l'argent prélevé sur les frais d'inscriptions des élèves en début d'année.

De plus, le personnel médical, minimal, travaille dans des conditions souvent pénibles, ce qui complique la prise en charge des malades. L'insuffisance en personnel médical rend difficile la mise sur pied de l'assurance

qualité. L'absence dans tous ces établissements d'un médecin généraliste rend difficile la prise en charge effective.

Par ailleurs, il existe d'autres obstacles qui empêchent les jeunes filles et les garçons d'utiliser les infirmeries scolaires, plus particulièrement dans les lycées de la ville de Maroua. Il s'agit, entre autres, de l'ignorance ou de la méconnaissance des risques en matière de grossesses non désirées, les IST, le VIH et le Sida ; l'ignorance des signes et symptômes des IST qui fait que certains adolescents et jeunes ne savent pas quand et où ils doivent consulter. Le manque d'informations sur la disponibilité des services fait que de nombreux adolescents et jeunes ne savent pas où l'on peut obtenir des services de santé de reproduction et ne connaissent pas non plus les types et la gamme des services offerts. Les centres de santé où ils doivent se rendre ne sont pas forcément ouverts à des heures qui leur conviennent. Il n'existe pas de moyens de transport pour se rendre dans un centre de santé en cas d'urgence. En outre, certains obstacles sont particulièrement liés au sexe du jeune. Les adolescentes sont peu enclines à se faire examiner par des hommes et les jeunes hommes peuvent avoir du mal à parler de symptômes des maladies liées au sexe avec un prestataire de soins de santé de sexe féminin. Ils préfèrent s'adresser à leurs amis pour obtenir un traitement. L'expérience d'une personne devient alors le critère sur lequel reposent les décisions prises par un groupe de jeunes en matière de soins de santé.

### ***Les autres intervenants dans la gestion de la santé scolaire***

La lutte contre les maladies épidémiques, endémiques en milieu scolaire, suscite la mobilisation de plusieurs acteurs sociaux. Il s'agit de présenter les ONG de l'autorité traditionnelle, des partenaires au développement et de l'État qui interviennent tant dans les écoles primaires publiques que dans les établissements secondaires. Ils appuient les structures sanitaires en matière d'équipement en matériels médicaux en sensibilisant les jeunes sur la santé de la reproduction et en apportant leur contribution financière.

#### *L'appui des infirmeries scolaires en matériels médicaux*

Le gouvernement est soutenu dans sa politique sanitaire par plusieurs ONG nationales et internationales qui apportent leur appui aux établissements scolaires.

Le COPRES-SA (Centre opérationnel pour la promotion et la régénération économique et sociale secteur Afrique), par exemple, est une ONG créée en 1999 et qui s'attache au domaine éducatif. L'objectif est de réduire le taux de sous-scolarisation des enfants dans la ville de Maroua et des endémies qui sévissent dans les écoles. Il offre régulièrement dans les écoles primaires

et secondaires de la ville de Maroua des médicaments tels que les cartons de comprimés de paracétamol, les cartons de plaquette de flagyl. Plan Cameroun est l'une des anciennes et importantes organisations de développement de l'enfant au monde. C'est une organisation indépendante, sans affiliation religieuse, politique ou gouvernementale. Son objectif au départ était de fournir la nourriture, le logement et l'éducation aux enfants dont les vies avaient été bouleversées par la guerre civile. À côté des déclarations de valeurs, Plan Cameroun dispose d'une approche de programme appelée Développement communautaire centré sur l'enfance (DCCE). Dans cette approche, les enfants sont les participants actifs et le moteur de leur propre développement. À travers le partenariat signé avec le MINEDUB pour accroître l'accès au système scolaire et surtout améliorer la qualité de santé, Plan Cameroun apporte les appuis institutionnels et techniques sur la nouvelle approche par compétence. À côté de ces ONG, *Ident Africa*, créée en 2004, apporte sa contribution aux objectifs du Millénaire pour le développement. Pour *Ident Africa*, sans soins de santé primaires adéquats, le défi pour une éducation totale dès la base n'est pas soutenable. Elle veut remédier à cela et soutenir les projets suivants : l'éducation et le soutien des personnes vulnérables, les soins de santé primaires et la construction des centres de santé et des infrastructures scolaires durables. Leurs actions sont visibles dans les écoles de la ville de Maroua, telles que l'école publique de Palar, l'école publique de Kakataré, l'école bilingue de Maroua (Nyane 2013).

Le projet PASSAGE-Maroua (Projet d'approche solidaire en santé génésique) est un projet financé par l'Union européenne à travers le programme d'aide aux politiques et aux actions relatives à la santé génésique et sexuelle et aux droits connexes dans les pays en développement. Les lieux de réalisation de ces activités sont assez divers. On peut noter, entre autres, les quartiers, les établissements scolaires tels que le lycée classique et moderne de Maroua, le lycée Maroua Domayo, le lycée de Kakataré et le lycée technique. Outre ces lieux d'activités, l'on peut citer les lieux de cultes, les groupes de femmes et de jeunes, et enfin les centres de jeunes. Le projet a apporté un appui pour l'aménagement des locaux, pour l'équipement (mobilier, appareils audiovisuels, matériel médico-technique, supports éducatifs) et pour le fonctionnement. Grâce à ce projet, les jeunes apprenants sont mieux préparés à affronter la vie sexuelle, car les méthodes de préventions contre les maladies sexuellement transmissibles et les préventions des grossesses précoces, non désirées, leur sont enseignées dans ces différents établissements à travers les campagnes de sensibilisation organisées.

À côté de ces ONG on note aussi des institutions des Nations Unies telles que le PNUD, l'UNICEF, l'UNESCO qui apportent régulièrement leur concours dans les domaines de l'éducation et de la santé dans la ville

de Maroua. Certains établissements ont pu bénéficier de l'appui de ces institutions. Tels sont les cas des centres médico-scolaires du lycée classique et moderne de Maroua et du lycée bilingue de Maroua.

*La sensibilisation des jeunes sur la santé de la reproduction et le VIH/SIDA*

Les ONG nationales ont lancé plusieurs méthodes très efficaces en vue d'une éducation et de la santé. En effet, ces ONG, dans l'optique de venir en aide à l'État pour relever les défis de l'élévation du taux de scolarisation et de l'amélioration des conditions de santé dans la ville de Maroua, opèrent par des méthodes qui diffèrent d'une ONG à une autre. Le RESAEC (Réseau des animateurs pour l'éducation des communautés), par exemple, est un organisme créé en 2001 avec pour objectif d'opérer un changement positif de comportement en termes de santé, d'éducation et d'environnement afin d'appuyer le développement durable des communautés. Sa principale activité est la sensibilisation et l'éducation. Il lance en 2009 un projet d'établissement de 600 actes de naissance pour les écoliers dans les différentes localités de la ville. Il renforce également les capacités en formant les communicateurs et accompagne les bénéficiaires dans la gestion de leur structure scolaire. Aussi organise-t-il des campagnes de sensibilisation dans les écoles primaires sur les comportements responsables. Il s'agit de l'hygiène corporelle, en insistant sur ses bienfaits (Nyane 2013).

L'organisme national le *Public Concern* voit le jour en 2002. Il intervient spécialement dans la ville de Maroua. Cette organisation se donne pour objectif d'éduquer et de sensibiliser les écoliers sur les causes de certaines maladies, telles que le paludisme, le choléra, et les moyens pour y remédier. Pour ce faire, elle aide les écoliers à connaître les effets néfastes de ces maladies. L'objectif à long terme est de diminuer le pourcentage des écoliers victimes du paludisme. Elle s'engage à produire l'accès gratuit aux soins de qualité. Outre la santé génésique, le projet PASSAGE porte également sur la sensibilisation des jeunes à la prévention du choléra. Par exemple, pour la fabrication de la solution de réhydratation orale locale, il suffit d'avoir à sa disposition 1L d'eau potable, où l'on met cinq morceaux de sucre et une pincée de sel. Le mélange ainsi fait, on le secoue pour obtenir un mélange homogène. Celui-ci est administré au malade avant de le conduire au centre de santé le plus proche (Nyane 2013).

L'Association de lutte contre les violences faites aux femmes (ALVF) a été créée en 1991 sous l'initiative de sept Camerounaises. Cette association à but non lucratif est la réponse à la recrudescence des violences faites aux femmes. En effet, elle procède par la sensibilisation des écoliers contre ces phénomènes aux conséquences néfastes. La conséquence majeure des brimades ou des viols est le traumatisme.<sup>3</sup>

Dans le domaine du VIH/SIDA, l'action de l'ACMS (Association camerounaise pour le marketing social) est l'observation sur le terrain. Cette ONG œuvre en collaboration avec les clubs de santé des différents établissements dans la sensibilisation et la lutte contre les fléaux sociaux tels la toxicomanie, l'alcoolisme, les IST, le VIH/SIDA et les autres comportements à risque (avortements, prostitution). Les différentes sensibilisations se passent dans le cadre des causeries éducatives qui intègrent aussi l'hygiène. VSO (Voluntary Service Overseas) a accompli de nombreuses réalisations dans les domaines de sécurisation des moyens de subsistance, la lutte contre le VIH/SIDA dans les écoles. L'UNICEF s'est investi pour la santé en milieu scolaire. Cet organisme s'est également engagé dans la lutte contre le VIH/SIDA dès 1996 et parraine depuis 2001 le Programme de participation et de développement de l'adolescent (PPDA). Ce programme vise à faire de l'adolescent l'acteur et le bénéficiaire de son développement (Alima 2008:85-86). L'UNICEF intervient dans tous les lycées et collèges de la ville de Maroua et prend en charge tous les enfants recensés par les infirmiers scolaires dans les différents établissements de la ville victimes des maladies sexuellement transmissibles ainsi que des démunis.

Malgré la contribution des ONG, la santé en milieu scolaire demeure une préoccupation. Les établissements scolaires, pour l'essentiel, ne sont pas dotés des infrastructures sanitaires et même ceux qui en disposent ne sont pas suffisamment équipés. La politique sanitaire actuelle en milieu scolaire mérite qu'on l'adapte et qu'on y mette des moyens financiers et humains adéquats pour améliorer la santé de base en général.

## **Conclusion**

Avec l'occupation et la colonisation européenne, l'on va voir progressivement se mettre en place une médecine dite « occidentale ». Avec la création des premières écoles, l'on va assister à la création des premiers centres médico-scolaires. Cette médecine scolaire va évoluer avec le temps. Après l'indépendance du Cameroun en 1960, le système de santé scolaire a connu deux périodes, à savoir celle d'avant la récession marquée par une médecine scolaire sans reproche ; un bon entretien des infirmeries scolaires et une bonne organisation de ces infirmeries. La période d'après la récession économique est marquée par la chute ou le déclin des structures sanitaires. Désormais, chaque établissement recrute son personnel médical et paye ses équipements médicaux. Les établissements primaires, pour leur part, suspendent les infirmeries scolaires, seule l'école des Champions aménage ces structures. L'analyse du système de santé scolaire à Maroua met d'abord en évidence la disparité géographique des équipements sanitaires, infrastructures et personnel sanitaire ; ensuite, l'impuissance de

l'administration scolaire et l'inertie de l'IMS de Maroua ; enfin, les difficultés techniques dans les infirmeries scolaires, le statut précaire de l'infirmier et l'absence de médicaments essentiels à l'IMS.

En effet, faute de moyens financiers et à cause des difficultés qu'éprouve le système éducatif camerounais, les ONG et les partenaires de développement interviennent en vue de remédier à la question de santé et d'éducation, qui reste virtuelle en milieu scolaire. Il s'agit des ONG nationales et internationales, des partenaires de développement, des activités des jeunes. Les ONG internationales telles que Plan Cameroun, l'UNESCO, la Croix rouge, l'UNICEF sont aussi déterminantes dans leurs actions. En effet, l'UNICEF, par exemple, s'est investi pour la santé en milieu scolaire. Cet organisme s'est également engagé dans la lutte contre le VIH/SIDA. La gestion des structures de santé dans la ville de Maroua a connu des mutations au fil des années. De l'époque de l'État providence jusqu'à son désengagement dans ce secteur à partir des années 1987, l'on observe une faible prise en charge des apprenants dans un environnement marqué par la récurrence des maladies de toute sorte. Certains établissements ne disposent pas de structures sanitaires, et les infirmeries qui existent sont gérées par lesdits établissements depuis la récession économique survenue au Cameroun en 1987. Malgré une implication de plus en plus accrue des ONG pour soutenir les établissements dans le domaine de la santé, les résultats restent toujours mitigés. Le débat aujourd'hui doit donc s'orienter vers la mise en place d'une assurance maladie efficace pour les apprenants au Cameroun.

## Notes

1. Elle tue les parasites du paludisme, vraisemblablement en détériorant leur ADN (matériel génétique). Ce médicament est également prescrit pour le traitement d'une autre affection causée par les parasites, l'amibiase extra-intestinale.
2. [www.rpp.dj./fr/syst/\\_santé.htm](http://www.rpp.dj./fr/syst/_santé.htm), consulté le 19 août 2012.
3. Entretien avec Martha à Maroua le 14 octobre 2012.

## Références

- Berthet, E., 1973, *Information et éducation pour la santé*, Paris, PUF.
- Beyeme-Ondoua, J.-P., 2002, « Le système de santé camerounais », *Actualité et dossier en santé publique*.
- Bourdieu, P. & J.-C. Passeron, 1970, *La reproduction*, Paris, Minit.
- Chazelas, V., 1931, *Territoires africains sous mandat de la France : Togo, Cameroun*, Paris, Sté d'éditions géographiques maritimes et coloniales.
- De Backer, L., J.-L. Francis & J.-L. Ledecq, 2000, « Les infrastructures sanitaires », dans C. Seignobos & O. Yebi-Mandjek (Éds.), *Atlas de la province de l'Extrême-Nord Cameroun*, planche III, IRD, Paris.

- Fadibo, P., 2005, *Les épidémies dans l'Extrême-Nord du Cameroun (XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles*, thèse de doctorat Ph. D. d'histoire, Université de Ngaoundéré.
- Fanon, F., 1965, *A Dying Colonialism*, trans. Haakon Chevalier, New York, Grove Press.
- Iyebi Mandjek, O. & H. Tourneux, 1994, *L'école dans une petite ville africaine : Maroua, Cameroun. L'enseignement en milieu urbain multilingue*, Paris, Karthala.
- Martin, J.-Y., 1970, *L'école et les sociétés traditionnelles au Cameroun septentrional*, Paris, ORSTOM.
- Mengue, M.-T., 1999, « La pauvreté à Yaoundé : le cas du quartier d'Oyom-Abang », dans *Citadins et ruraux en Afrique subsaharienne*, cahier de l'UCAD n° 4, Yaoundé, Paris, UCAC et Karthala.
- Mouyébé, K., 1985, *Évaluation du programme des soins de santé primaire de Lara. Département de Kaélé : 1975-1983 (province de l'Extrême-Nord Cameroun)*, Yaoundé, Université de Yaoundé, CUSS, thèse de doctorat de médecine.
- Nyane, B. G., 2013, *La médecine scolaire dans la ville de Maroua de 1918 à 2008*, mémoire de master en histoire, Université de Ngaoundéré.
- Niang, C. I., 2008, *Santé, Société et politique en Afrique*, Green Book, CODESRIA, Dakar, Sénégal.
- Okalla, R. & A. Le Vigoureux, 2001, « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire », bulletin de l'APAD (en ligne), 21/2001, mis en ligne le 1<sup>er</sup> mars 2006, consulté le 27 septembre 2012 URL : <http://apad.revues.org/181>.
- Olivier De Sardan, J.-P., 1999, *Anthropologie de la santé*, bulletin de l'APAD n° 14.







## **Access to Drugs at Risk: Securing Access to Medicines for Least Developed Countries**

Maria Jurua\*

### **Abstract**

Is access to medicines at risk despite the Doha Declaration? What are the alternative mechanisms that should be instituted to guarantee continued access to life saving drugs for many in the least developed countries (LDCs)? The Doha Declaration affirmed that patent rules should be interpreted and implemented to protect public health. Since Doha, access to drugs has dramatically increased to reach more than five billion people in developing countries. The Doha declaration also gave WTO members that are among the least-developed countries, an extended transition period, until 1 January 2016, with regard to pharmaceutical patents and test data protection for pharmaceutical products. The transition period extension in favour of least developed countries is to allow additional access to generic medicines. Post the transition period, efforts are needed to protect what has been achieved. This is necessary because of the stifled research and development for new drugs on neglected tropical diseases and the current trend of the abuse of intellectual property enforcement measures provided for in the Agreement on Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPs). Finding the right balance between health, trade and Intellectual Property policies to sustain innovation and ensure widespread access to life-saving technologies is one of the primary public policy challenges of our time.

### **Résumé**

L'accès aux médicaments est-il menacé malgré la Déclaration de Doha ? Quels mécanismes de substitution faudrait-il établir pour garantir l'accès continu aux médicaments qui sauvent la vie à un grand nombre de personnes dans les pays les moins avancés ? La Déclaration de Doha stipule que les règles sur les brevets devraient être interprétées et mises en œuvre de manière à protéger la santé publique. Depuis Doha, l'accès aux médicaments a considérablement augmenté pour atteindre plus de cinq milliards de personnes dans les pays en

---

\* Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). Email: mariejurua@gmail.com

développement. La Déclaration de Doha a également accordé aux pays les moins avancés membres de l'OMC une période de transition prolongée, jusqu'au 1er janvier 2016, concernant les brevets pharmaceutiques et la protection des données d'essais pour les produits pharmaceutiques. La prolongation de la période de transition en faveur des pays les moins avancés a pour objectif de permettre l'accès supplémentaire aux médicaments génériques. Après la période de transition, des efforts seront nécessaires pour protéger les acquis, à cause de l'étouffement de la recherche et développement de nouveaux médicaments pour les maladies tropicales négligées, et de la tendance actuelle à l'usage abusif des mesures d'application de la propriété intellectuelle prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC). Trouver le juste équilibre entre la santé, le commerce et les politiques en matière de propriété intellectuelle pour soutenir l'innovation et assurer l'accès généralisé aux technologies permettant de sauver des vies constitue l'un des principaux défis de politique publique de notre époque.

## **Introduction**

The Doha Declaration affirmed that patent rules should be interpreted and implemented to protect public health and to promote access to medicines for all. Since Doha, more than sixty low and middle income countries have procured lower cost generic versions of patented medicines. Post the transition period, efforts are needed to protect what has been achieved. This is because of indications of the shrinking space of access to medicines, like the stifled research and development for neglected tropical diseases and the current trend of the abuse of intellectual property enforcement measures provided for in the Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPs) agreement. Finding the right balance between health, trade and Intellectual Property policies to sustain innovation and ensure widespread access to life-saving technologies is one of the primary public policy challenges of our time.

The recent court case ruling on the Anti-counterfeit law in Kenya that nullified some provisions of the law as a violation of access to medicines is an indication that access to medicines in developing countries depends on the ability of countries to produce, export and import generic medicines. Restrictions on generics impede competition leading to increased prices, and prevent people with limited resources from accessing the medicines that they need. Flexibility in generic drug manufacturing also stifles research and development for drugs, thus there is a need to strike a balance between supply and demand of these drugs.

Access to essential medicines as part of the right to the highest attainable standard of health ('the right to health') is well founded in international law.<sup>1</sup> The right to health first emerged as a social right in the World Health

Organization (WHO) Constitution (1946) and in the Universal Declaration of Human Rights (1948).<sup>2</sup> The binding International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights (ICESCR) of 1966 details the progressive realization of the right to health through four concrete steps, including access to health facilities, goods and services.

The goal of this article is to contribute to the discussions about access to medicines and risks for least developed countries and provide mechanisms that should be instituted to guarantee continued access to life-saving drugs for many in the least developed countries.

## **Background**

In order to understand the gains made under the Doha Declaration with regard to access to drugs for least developed countries, there is need to review the circumstances that led to the Doha Declaration and its objectives and aim. This will enable appreciation of how the Doha Declaration was a tool to promote public health. The Doha Declaration led to an increase in access to generic drugs for the least developed countries. It is thus necessary to maintain the gains under the Doha Declaration.

## **The Road to Doha**

TRIPs were created in response to concerns over international patent protection and came into effect in 1995.<sup>3</sup> The growth of global trade led to concerns over inconsistencies in patent laws.<sup>4</sup> WTO Members negotiated TRIPs to facilitate innovation and ensure protection for domestic suppliers through establishing a minimum level of patent protection.<sup>5</sup> The adoption of TRIPs did not come without significant opposition, particularly from developing countries.<sup>6</sup> Fewer than twenty developing countries were involved in the negotiations, a rather unrepresentative group, given that as of 2009 there were 106 developing countries bound by the treaty.<sup>7</sup> Indeed, many developing countries had a poor understanding of the scope and implications of signing up.<sup>8</sup> Furthermore, through TRIPs, developing countries agreed to increased standards for Intellectual Property rights protection, while receiving few or no concessions from developed countries to ensure the availability of necessary goods, such as essential medicines.<sup>9</sup> Thus it came as no surprise that conflict quickly arose over the implementation of TRIPs. This conflict was particularly heated in the area of public health. The rise and spread of diseases such as AIDS, tuberculosis and malaria caused many countries to look for a way in which they could protect access to medications, whether through compulsory patent licences, allowing the production of generic forms

of medication, or by declaring a national health emergency.<sup>10</sup> This led other countries, particularly those with developed pharmaceutical industries, to argue that TRIPS protected their own domestic patents.<sup>11</sup> Generic medication producers and suppliers in poor countries justified their production by arguing that TRIPS allows for justified infringement of patents for the purpose of protecting public health.<sup>12</sup> However, the extent to which the agreement was supportive of public health became highly controversial, particularly around the time when most of the substantive obligations of the agreement for developing countries came into force in 2000.<sup>13</sup>

This controversy was further compounded in a landmark legal action, whereby a pharmaceutical industry association and thirty-nine of its affiliate companies filed complaints at the Pretoria High Court, alleging, among other things, that South Africa's law on medicines allowed for parallel importation of HIV/AIDS medicines and was inconsistent with the TRIPS agreement.<sup>14</sup> The lawsuit triggered an active campaign led by NGOs and AIDS activists. During the court procedure, it was revealed that the South African law was based on a WIPO model law. In the end, many governments and others were convinced that the relationship between the TRIPS Agreement and public health needed to be clarified.<sup>15</sup>

The dispute over generic medication production grew to the point that most members felt an international solution was needed.<sup>16</sup> This solution came in 2001, at the WTO Ministerial Conference in Doha.<sup>17</sup> The WTO members adopted a ministerial declaration, known as the Doha Declaration, which stated that TRIPS should be interpreted 'in a manner supportive of public health'.<sup>18</sup> Additionally, the Doha Declaration reaffirmed a country's freedom to designate which public health emergencies justified an infringement of the patent.<sup>19</sup> The Doha Declaration also provided a boost to least developed countries by extending the amount of time they had to implement domestic patent protections.<sup>20</sup> Initially, TRIPS called for each country to implement legislation that would ensure other countries' patents were protected by 2006. The Doha Declaration extended this deadline for Least Developed Countries (LDCs) to 2016.<sup>21</sup> This extension specifically targeted public health related patents, providing additional relief to LDCs that had not been able to enact the proper regulatory regimes.<sup>22</sup> Perhaps more importantly, the Doha Declaration was enhanced by a General Council decision made in August 2003, which laid out a process to ensure the availability of medications to LDCs. The adoption of the Doha Declaration gave generic medication producers additional flexibility to address public health concerns.<sup>23</sup> This decision created a process by which LDCs could import generic medications from other countries under TRIPS. The Doha Declaration recognized that some countries were unable to develop

their own medications, and so it directed members to find a solution to this problem.<sup>24</sup> The General Council decision solved this issue by holding that a country could use compulsory licensing solely for exporting to LDCs if it notified the WTO and the medications were produced for a country unable to produce them on their own.<sup>25</sup>

The essence of the Doha Declaration<sup>26</sup> is to protect public health and in particular to promote access to medicines for all.<sup>27</sup> The Declaration strengthens the position of countries that want to take advantage of the existing flexibility within TRIPS. In other words, the declaration does not open new avenues within TRIPS but confirms the legitimacy of measures seeking to use to the largest extent possible the built-in flexibility found in TRIPS.

At the national level therefore, LDCs may for the moment maintain their existing legal standards of protection and enforcement without having to comply with the patent and test data protection obligations specified in the TRIPS Agreement with respect to pharmaceutical products. However, if LDCs wished to lower their standards of patent protection for pharmaceutical products, which would be permitted under the above extension decision, they would normally still need to take action to incorporate these changes into their national laws. For example, in Rwanda in 2009 a new law on the protection of intellectual property was adopted. It excludes from patentability pharmaceutical products, for the purposes of international conventions to which Rwanda is party.<sup>28</sup> Under Rwanda's previous patent legislation, pharmaceutical products were patentable subject matter.<sup>29</sup> Alternatively, LDCs may leave their laws unchanged and simply declare that until the end of the transition period, they will not enforce legal provisions relating to test data protection or patents in the area of pharmaceuticals.<sup>30</sup> For any of these measures, the LDCs concerned would, in any event, also need to check the conformity of the intended action with their own legal system and with the legal obligations that result from their membership of regional organizations or from bilateral trade agreements or other treaties to which they are a party.

### **The Doha Declaration and the Transition Period**

The TRIPS Agreement provides for a number of transition periods so that countries can engage in a phased implementation of their TRIPS obligations. Some of these transition periods specifically target the patenting of pharmaceutical products. While these transition periods have now expired for developed and developing country WTO members, LDCs, based on the Doha Declaration and subsequent TRIPS Council Decision, benefit from an extended transition period. The WTO General Council also approved

a waiver for LDCs from the obligation under Article 70.9 of the TRIPS Agreement and this also extended the transition period to 1 January 2016.<sup>31</sup> As the transition period came to a close, LDCs requested that the TRIPS Council extend a waiver allowing them to abstain from enforcing IP rights on pharmaceutical products.<sup>33</sup> The countries are asking that the waiver apply until a country graduates from LDC status. The TRIPS Agreement states the waiver renewal shall be automatic upon request.<sup>33</sup> This 2002–16 transition period was specifically without prejudice to the right of LDCs to seek and obtain further extensions.<sup>34</sup> Although some 46 percent of LDC populations live below the poverty line (of US\$1.25 a day), about 50 percent of health expenditure in LDCs is out of pocket.<sup>35</sup> LDCs face growing burdens of neglected, infectious, and chronic non-infectious diseases and because of market failure in the patent-based innovation system, diseases that mainly affect poor people in lower income countries – so-called neglected diseases, including Ebola – still do not have many treatment options.<sup>36</sup> At the end of 2013, over 60 percent of the 10.7 million people living with HIV in LDCs ‘do not have access to antiretroviral therapy. The extension of the transition period, therefore, is critical to enable LDCs to be able to import affordable generic medicines as well as to strengthen local production capacity’.<sup>39</sup>

The transition period potentially offers opportunities for these countries to attract investment for the local production of generic pharmaceutical products.<sup>37</sup> The transition period extension<sup>38</sup> in favour of LDCs allows additional access to generic medicines. During the transition period members are free to increase their own capacity to manufacture generic drugs, and export and import those drugs among themselves, without contravening the TRIPs Agreement. A number of LDCs, such as Uganda, Cambodia and Rwanda have made use of existing extended transition periods to develop legislation and the subsequent manufacturing of HIV-related medicines. These successes provide useful examples of what is achievable in the absence of full TRIPS compliance.<sup>39</sup>

### **The Post-transition Period: Access to Generic Drugs Through Compulsory Licence**

The Doha Declaration reaffirmed several terms of TRIPS as important measures in protecting public health. Chief among these was the ability to grant compulsory licences, a substantial tool for generic pharmaceutical producers.<sup>40</sup> Compulsory licensing gives government bodies the broad authority to ‘license the use of a patented invention to a third party or government agency without the consent of the patent-holder’.<sup>41</sup> A compulsory licence is a way to remedy problems caused by a patent whereby a government

body, such as a Ministry, court or a statutory tribunal grants a licence to an entity other than a patent holder, allowing them to produce the patented product in exchange for adequate remuneration. While there are some restrictions on compulsory licensing, these restrictions are fairly flexible and can be waived at the country's choosing.<sup>42</sup> During the post transition period, affordable access to patent medicines in developing countries will become increasingly dependent on compulsory licensing.<sup>43</sup> These compulsory licences have been used to produce generic drugs and enable developing countries to have access to drugs.

### **Access to Medicines at Risk**

Despite the clarity the Doha Declaration brought to TRIPS for issues of public health, many problems still remain. Many countries claim TRIPS is still not an adequate solution to public health issues.<sup>44</sup> This is not far from the truth considering the recent acts that suggest that access to essential medicines is at risk. These include enforcement of intellectual property rights under the TRIPs agreement, seizure of generic drugs via transit, broad anti-counterfeit laws and too much flexibility given to generic manufacturers that stifles innovation and creativity.<sup>45</sup> This thus has a risk of limiting access to essential medicines for neglected, infectious, and chronic non-infectious diseases that affect LDCs.

### **Negative Side-effects of Enforcement of Intellectual Property Rights under the TRIPs Agreement**

The TRIPS Agreement sets out the only comprehensive multilateral framework to enforce intellectual property rights. It contains a set of minimum standards that protect intellectual property rights while avoiding barriers to legitimate trade.<sup>46</sup> These standards include civil court procedures and remedies that should be made available, such as injunctions, damages and orders for the disposal of goods that are infringing trademarks.<sup>47</sup> These remedies must be available for all the intellectual property rights covered by the TRIPS Agreement, including patents, test data protection, trademarks and copyright.<sup>48</sup> Administrative procedures, such as actions before administrative authorities, are optional and have to conform to the principles applicable to civil procedures.<sup>49</sup> A wider range of procedures, including customs measures and criminal procedures, must be available for counterfeit trademark goods, as defined in the TRIPS Agreement, including medical products, and for pirated copyright goods.<sup>50</sup> The TRIPS Agreement also includes certain general obligations or performance standards which provide that WTO members must ensure that these specific enforcement procedures



permit effective action, including expeditious remedies to prevent and deter infringement.<sup>51</sup> The TRIPS Agreement clarified that WTO members are not under any obligation with respect to the distribution of resources between the enforcement of intellectual property rights and general law enforcement.<sup>52</sup> The TRIPS Agreement also gives members powers to adopt procedures to enable a rights holder, who has valid grounds for suspecting that the importation of counterfeit trademark or pirated copyright goods may take place, to lodge an application in writing with competent administrative or judicial authorities for the suspension by the customs authorities of the release into free circulation of such goods.<sup>53</sup> Members may also provide for corresponding procedures concerning the suspension by the customs authorities of the release of infringing goods destined for exportation from their territories. It is understood that there shall be no obligation to apply such procedures to imports of goods put on the market in another country by or with the consent of the rights holder, or to goods in transit.

The TRIPS Agreement defines 'counterfeit' in relation to trademarks in a general manner, not specific to the public health sector, and thus subject to abuse,<sup>54</sup> and further provides members with powers to enable a rights holder, who has valid grounds for suspecting that the importation of counterfeit trademark or pirated copyright goods may take place, to lodge an application in writing with competent authorities, administrative or judicial, for the suspension by the customs authorities of the release into free circulation of such goods. Such provision in the TRIPS Agreement has been a basis for abuse<sup>55</sup> by patent holders.<sup>56</sup>

The fact that these enforcement provisions are minimal and general means they are subject to abuse and misinterpretation by member states who will use their resources to block generic drugs from moving to developing countries. This has enabled member states such as those in the East African Community to go higher than the TRIPS Agreement by drafting anti-counterfeit laws similar to the Anti-counterfeit Trade Agreement which is normally designed to tackle counterfeit drugs; but the term is defined in a way that includes patent violation shrinking the policy space to produce or import generic versions of patented medicines. Similar issues have been raised, among others, with respect to Uganda's draft Anti-counterfeit Bill and Tanzania's 2008 Merchandise Marks Regulations.<sup>57</sup> As a result, intellectual property enforcement measures can have positive side-effects, potentially supporting efforts to keep dangerous products out of the market but also negative side-effects as a result of abuse of these enforcement measures.

Despite these gaps, the TRIPS Agreement provides that the application of these procedures must avoid the creation of barriers to legitimate trade and



must provide for safeguards against their abuse. It is therefore necessary that the TRIPS Agreement goes a step further and provides safe guards against the abuse of the enforcement provisions.

### **Seizure of Generic Drugs in Transit**

WTO (under article V) has recognized the principle of freedom from transit for goods moving through ports and airports in international trade. This fundamental principle has been so widely and consistently implemented that there has been virtually no controversy about it despite the fact that goods are constantly moving in transit through its member states. It is simply a given in international trade law that the customs authorities of a country do not seize or detain goods passing through their ports and airports enroute to foreign destinations without a good reason. The TRIPS Agreement also however allows members to adopt measures to prevent importation of goods infringing other forms of intellectual property. At the time the TRIPS Agreement was negotiated, the practice of seizing goods in transit based on allegations of patent infringement was unknown; so members would not have contemplated such a practice as an option when drafting the relevant provision. There have been a substantial number of recent cases in which EU customs authorities have acted to seize pharmaceutical products in transit between developing countries where there are no patents in force.<sup>58</sup> These seizures have been based on patents in force in the 'transit' EU member states.

This was clearly seen when the Dutch authorities seized various shipments of generic pharmaceuticals produced in India and Brazil and destined for developing countries.<sup>59</sup> Presumably the manufacture of these medicines in India or Brazil and their commercialization in their intended markets would not violate any relevant patent rights in those respective territories.<sup>60</sup> Patent rights arise on a national basis and are confined to national territory. However upon entry of these generic medicines into any national territory such as the Netherlands, where patent rights originate, those rights become applicable.<sup>61</sup> The controversial Dutch seizures involved instances of trans-shipments where the presence of the offending products within the national territory was temporary and often happenstance.<sup>62</sup> These cases do not involve the making, use or sale of products subject to the Dutch patent within the Netherlands though admittedly they do involve the import of such products.<sup>63</sup> Formally, the Dutch authorities appear to be within their rights. Given the territorial nature of the patent system, a Dutch patent owner should be able to take action against infringing goods imported into the Dutch national territory. But exercising these rights, in instances of trans-shipments (where no patent rights are violated in either the country of origin or destination), seems mean spirited,

at least in instances where the trade is sheltered by the new understandings within TRIPS.<sup>64</sup>

The EU amended its border control regulations in 2003 in a way that allegedly signaled permission to EU patent holders to demand the seizure of goods in transit through EU ports and airports.<sup>65</sup> Implementation of this regulation represents a challenge to fundamental ideas about the way the international intellectual property system operates. The Paris Convention on the protection of industrial property incorporates independence of patents as a core principle.<sup>66</sup> The principle is framed in terms of protecting national institutions and decision-making against intrusive determinations by foreign authorities. The EU bases its exercise of jurisdiction over pharmaceutical products moving in transit through EU airports on its right as a sovereign body to control activity taking place within EU (and member states') territory and seeking to further the legitimate the public policy goal of preventing the circulation of counterfeit drugs.<sup>67</sup> Yet a corollary of the axiom of sovereign control over activities within the national territory is that states have the right to cede elements of exclusive control through international agreement and custom.<sup>68</sup> It is neither the responsibility nor the right of WTO members outside a country that has not granted patent protection to 'cure' that situation in favour of a local patent holder by disregarding the decisions taken by authorities in the country that has not provided protection. The EU has elected to disregard the sovereign rights of foreign WTO members by refusing to give effect to their decisions as to patent status by the use of force – the seizure and detention by customs authorities of goods in transit.<sup>69</sup> The allegations of infringement are purely for the convenience of a patent holder that happens to have chosen a particular transit country as a place to obtain a patent.<sup>70</sup> The negative consequence of the EU policy with respect to the seizure of generic pharmaceuticals in transit is the breach of the understanding reached at the WTO regarding access to medicines as embodied in the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health.<sup>71</sup> Seizure of generic drugs moving legitimately in transit is a frontal assault by the EU on the object and purpose of the Doha Declaration. It is an effort to prevent developing countries from relying on the security of supply from Indian generic manufacturers and to put them out of business. Remarkably, the drugs seized had been purchased on behalf of UNITAID<sup>72</sup> and Dutch customs authorities were interfering with a French-supported programme to supply generic antiretroviral medicines to Africa.<sup>73</sup> The flexibility in the TRIPS Agreement on the enforcement of patent rights is subject to abuse and manipulation by patent holders.

On 11 May 2010 India commenced a dispute settlement process in Geneva with respect to the WTO compatibility of these seizures,<sup>74</sup> followed

on 12 May 2010 by a similar complaint in Brazil.<sup>75</sup> In the end, both India and Brazil appear to have abandoned these complaints, and the commitment extracted from the EU and the Netherlands has not been revealed.<sup>76</sup> Thus the WTO-compatibility of the seizures remains unresolved.<sup>77</sup> There is thus need to provide protection to legitimate generic drugs in transit and put measures in place to avoid such seizures because developing countries rely on generic drugs that are much cheaper.

### **Flexibility to Generic Manufacturers Stifles Innovation and Creativity**

Insufficient innovation and a lack of access to affordable medicines are major barriers to achieving the right to health in low and middle income countries. The lack of a vaccine or treatment for the deadly Ebola virus highlights the need for new ideas about how to finance pharmaceutical research and development (R&D). According to an MSF study, only eighteen of the 1,556 new drugs developed between 1975 and 2004 were for tropical diseases – and eight of those were for malaria.<sup>78</sup> The WHO estimates that nearly US \$150 billion is needed over the next six years for R&D on neglected diseases.<sup>79</sup>

That investment is needed to protect or treat the billion people susceptible to these conditions. Although this estimate of the resources needed may be high—and some of the diseases on the list might not be neglected diseases according to different criteria – the current level of R&D investment in neglected diseases is inadequate by any standards. Notwithstanding the recent spending increases by the National Institutes of Health (NIH), the William Jefferson Clinton Foundation, and the Bill & Melinda Gates Foundation,<sup>80</sup> a recent survey found that less than US \$500 million is going in R&D annually to neglected diseases.<sup>81</sup> The survey also found that nearly all of the funding was from public sources. The private sector was providing less than 10 percent. The United Kingdom, for example, spends approximately 6 percent of its biomedical R&D budget on neglected diseases.<sup>82</sup> International aid agencies such as the WHO, the United Nations Children's Fund (UNICEF), the U.S. Agency for International Development (USAID) and the World Bank focus primarily on getting vaccines, drugs and biologics to the people who need them, but not on sponsoring pre-clinical research.<sup>83</sup>

One sector that could provide greater investment in neglected diseases is the pharmaceutical and biotech industry. A review by Michael Kremer concluded that 'pharmaceutical R&D on health problems specific to poor countries is woefully inadequate'.<sup>84</sup> The current level of R&D investment most likely reflects the low sales volume in countries with high rates of neglected diseases.<sup>85</sup> In 2006, sales to all of the countries in Africa, Central and South America, and Asia and the Pacific (aside from Japan, New Zealand and

Australia) represented only 1 percent of sales by members of Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA).<sup>86</sup> Given the high cost of conducting research and developing new drugs, it is not surprising that for-profit drug and biotech companies go where the markets are. Pharmaceutical companies also have concerns about intellectual property protection and the tendency of low-income countries to force prices down once the R&D funds have been spent.<sup>87</sup> The TRIPS flexibilities, which allow LDCs to abstain from enforcing IP rights on pharmaceutical products, promote the production of low cost generic drugs that are not favourable for pharmaceutical companies. Patented drugs can command a premium price because patents legally entitle their owner to exclude all others from making or selling the patented invention during the patent term. In contrast, a generic drug has an abbreviated path to market for a small fraction of the time and cost. The time and expenses for generic companies are substantially abbreviated not only because they do not need to invest in research. In addition, brand companies note that while they must incur marketing costs, generics do no marketing and simply copy commercially successful drugs, for which the brand companies have already created a market. It is widely recognized that the pharmaceutical industry is unique among most industries in that patents are considered essential. Patents are critical to the success of a pharmaceutical company.<sup>88</sup> While the patent system is designed to promote innovation by providing an incentive to invest in R&D, the impact of patents on access to medical technologies is complex and much debated.<sup>89</sup> Just as the existence of a patent need not be a barrier to access, the absence of a patent right does not guarantee effective access. As noted in the WHO's Framework for Access to Medicines, access to medicines is rarely dependent on a single factor; it also includes rational selection and use of medicines, affordable prices, sustainable financing and reliable health and supply systems, among other factors. In addition, patented drugs are also different from most patented products in that they are expensive and time consuming to develop, but easy to copy. The fact that generic drugs are less costly is not an incentive for pharmaceutical companies to invest in research and development (R&D) into drugs for neglected tropical diseases that affect LDCs.

International trade is critical to enabling access to medicines, particularly for smaller countries with no domestic manufacturing capacity. Trade stimulates competition and improves economies of scale, which in turn reduce prices and spawn a wider range of suppliers, improving stability of supply.<sup>90</sup> Trade policy also has an important bearing on efforts to build domestic production capacity in medical products and can directly affect accessibility to pharmaceutical ingredients and medical technologies.<sup>91</sup> It is therefore necessary to strike a balance and identify solutions of promoting

R&D while promoting the production of generic drugs. There is an urgent need for a complementary system to drive and fund innovation for people in LDCs.

### **Filling the Gaps in Access to Medicines for LDCs**

Access to essential medicines has gradually come to be recognized as part of the human right to health, enforceable under both international and national laws.<sup>92</sup> Access is defined as having medicines continuously available and affordable at public or private health facilities or medicine outlets that are within one hour's walk from the homes of the population.<sup>93</sup> The UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), authoritatively recognized access to medicines as a means of fulfilling the right to health in General Comment 14. Paragraph 43 of General Comment 14 stated clearly, for the first time, that state parties are obliged 'to provide essential drugs, as from time to time defined under the WHO Action Programme on Essential Drugs' and 'to ensure equitable distribution of all health facilities, goods and services'. The explicit discussion of access to medicines in General Comment 14 should be understood against the historical background of the late 1990s. During that period, a number of actors began to advocate for the importance of access to medicines, particularly in relation to the HIV/AIDS pandemic and the expected negative impact of the WTO 1994 Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) on the availability of low-cost generic medicines.<sup>94</sup> Over the course of the next decade, a relatively strong and stable norm emerged regarding access to medicines in developing countries, particularly (but not only) regarding access to drugs for HIV/AIDS.<sup>95</sup>

The pharmaceutical industry, particularly research-based, patent-holding multinational firms, has been both a major target and an influential shaper of this emerging norm. Civil society organizations, experts, governments, and intergovernmental organizations regularly call on the industry to adopt certain access policies or practices. The industry is explicitly named in the 8th Millennium Development Goal, which includes as a key target: 'In cooperation with pharmaceutical companies, provide access to affordable essential drugs in developing countries.' Indeed, often in response to public pressure or expectations, most of the twenty largest multinational firms and a handful of the large generic firms have adopted a wide array of 'access policies'.<sup>96</sup>

The United Nations Human Rights Council adopted a resolution on access to medicines on 14 June.<sup>97</sup> The resolution was adopted by thirty-one in favour, none against, and sixteen abstentions, and follows Special Rapporteur An and Grover's May 27 report analysing existing international challenges

toward realizing access to medicines within a right to health framework. The report detailed key international and national determinants of access, calling for increased focus on 'local production of medicines, price regulations, medicines lists, procurement, distribution, rational and appropriate use and quality of medicines'. It demanded a shift from 'the dominant market-oriented paradigm', reinstating access to medications as essential to the enjoyment of the right to health.

In short, over the past decade, the norm that access to medicines forms an integral part of the right to health became widely accepted, including – at least in part – by the multinational pharmaceutical industry. However, whether such firms had specific human rights obligations or responsibilities with respect to access to medicines remained a murky question. This thus means that there is a need to find alternative mechanisms that should be instituted to guaranteed continued access to life-saving drugs for many in LDCs.

### **Kenya Anti-counterfeit Ruling Paves the Way for the Protection of Access to Generic Drugs: The Patricia Osero Ochieng Case**

This case is an indication that measures have to be put in place to protect generic drugs. Kenya enacted the Anti-counterfeit Act No.13 of 2008 to combat counterfeit trade.<sup>98</sup> The Act came into effect in 2009 and also established the Kenyan Anti-counterfeiting Agency, which came into operation in 2010.<sup>99</sup> The Act, which is aimed at deterring the illegal trade, established what constitutes counterfeiting offences and lists their penalties.<sup>100</sup> A petition was then filed in the Kenyan High Court challenging provisions of this Act.<sup>101</sup> The petitioners in their case made it clear that they support the fight against counterfeiting in Kenya however they argued about the ambiguity in the definition of counterfeiting under the law.<sup>102</sup> They argued that it provides sufficient room for abuse by both overzealous intellectual property rights owners and enforcement officers exercising their statutory powers to restrict access to essential and affordable medicines including generics.<sup>103</sup> Similarly the law created counterfeit offences, potentially criminalizing generic manufacturing and importation.<sup>104</sup> They further argued that these provisions would violate the right to life, dignity and health because they affect access to affordable and essential drugs and medications, particularly generic drugs.<sup>105</sup> The High Court held that the definition of counterfeit drugs would encompass generic medicines produced in Kenya and elsewhere and thus is likely to adversely affect the manufacture, sale and distribution of generic equivalents of patented drugs.<sup>106</sup> This would affect the availability of the generic drugs and thus pose a real threat to the petitioners' right to life, dignity and health under the Constitution.<sup>107</sup>

The Court ruling is therefore an indicator that the TRIPS Agreement has to be clear and specific on the issue of defining counterfeit because of confusion surrounding exactly what is meant by the term which will thereby affect access to generic drugs in developing countries. The TRIPS Agreement also has to go further in providing clear steps that need to be taken to prevent importation of goods infringing other forms of intellectual property so as to avoid further seizures of generic drugs.

### **Research and Development Treaty**

The problem with the current system of R&D is that it is incentivized by the potential profits a new medical product could generate through sales under a monopoly created by the granting of a patent. The reward of innovation is one of the basic tenets of a capitalist society and has, for the most part, generated progress and efficiency in the pharmaceutical industry.<sup>108</sup> However, predictably, this system does not always cater for the most vulnerable in society.<sup>109</sup> A regional treaty on R&D could both protect and even enhance pharmaceutical innovation and address the market failures of the current patent system. By creating a binding Convention on health R&D, countries would agree to a sustainable system of medical innovation with adequate and predictable financing, to deliver products that are focused on the priority health needs of developing countries.<sup>110</sup> The Convention would create norms to ensure that the fruits of innovation and new medical products are accessible and affordable.

Today's system of medical innovation is one that is predominantly dependent on patent-protected monopolies, and the promise of high prices these bring, to steer R&D.<sup>111</sup> That products are then unaffordable for developing countries is very much an afterthought, leading to repeated battles pitching patents against patients.<sup>112</sup> Initiatives based on the principle of de-linking or separating the cost of R&D from the price of the resulting product are needed so that the cost of R&D is paid for up-front through grants or rewarded by a prize and does not need to be recouped through a high product price.<sup>113</sup> The R&D Convention could set norms to facilitate access to the fruits of innovation and affordability of the final products.<sup>114</sup>

### **Conclusion**

Health is a fundamental human right; indispensable for the exercise of many other rights, in particular the right to development, and necessary for living a life in dignity.<sup>115</sup> The realization of the right to health is also a fundamental goal of state policies and programmes, regardless of their economic, social,



cultural, religious or political background.<sup>116</sup> Nevertheless, for millions of people around the world, the full enjoyment of the right to health remains an illusive goal, which is partly due to the obstacles in accessing affordable medicines of good quality, and in a timely fashion, mostly in the LDCs. This constitutes a challenge to human dignity, the basis of all human rights, including the rights to life, health and development of all persons. From a human rights perspective, access to medicines is intrinsically linked with the principles of equality and non-discrimination, transparency, participation and accountability.<sup>117</sup> It is therefore important that gains under Doha Declaration are maintained and not lost. This is only possible if the issue of access to medicines at risk is addressed. Addressing this means that the TRIPS Agreement goes a step further and provides safeguards against the abuse of the enforcement provisions. The WHO also needs to play a stronger role and create a regional treaty for LDCs that will promote research and development of neglected tropical diseases that affect LDCs. This will strike a balance between the production of low cost generic drugs and the promotion of research and development of neglected tropical diseases for LDCs thus leading to their securing access to medicines.

## Notes

1. [http://www.who.int/medicines/areas/human\\_rights/en/](http://www.who.int/medicines/areas/human_rights/en/), accessed 17 October 2015.
2. *ibid.*
3. The TRIPS Agreement, WTO, [http://www.wto.org/english/tratop\\_e/trips\\_e/intel2\\_e.htm](http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/intel2_e.htm)
4. Intellectual property: Protection and Enforcement, WTO, [http://www.wto.org/english/thewto\\_e/whatis\\_e/tif\\_e/agrm7\\_e.htm](http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/agrm7_e.htm), accessed 20 October 2015.
5. *ibid.*
6. Carolyn Deere-Birkbeck, *Developing Countries in the Global IP system Before TRIPS: The Political Context for the TRIPS Negotiations*, Vol. 1, p. 768.
7. *ibid.*
8. *ibid.*
9. Correa, C.M., 2000, *Intellectual Property Rights, the WTO and Developing Countries: The TRIPS Agreement and Policy Options* Zed Books and Third World Network.
10. The Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, WTO, [http://www.who.int/medicines/areas/policy/doha\\_declaration/en/index.html](http://www.who.int/medicines/areas/policy/doha_declaration/en/index.html), accessed 20 October 2015.
11. *ibid.*
12. *ibid.*
13. *ibid.*
14. *ibid.*
15. *ibid.*
16. *ibid.*



17. *ibid.*
18. *ibid.*
19. *ibid.*
20. *ibid.*
21. *ibid.*
22. *ibid.*
23. WTO Decision of the General Council, Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, WT/L/540.
24. *ibid.*
25. *ibid.*
26. Ministerial conference, fourth session, Doha, 9–14 November 2001, WT/MIN(01) DEC/2, 20 NOVEMBER 2001.
27. Paragraph 4 of the Doha Declaration, ‘We agree that the TRIPS agreement does not and should not prevent Members from taking measures to protect public health. Accordingly, while reiterating our commitment to the TRIPS agreement, we affirm that the Agreement can and should be implemented in a manner supportive of WTO members right to protect public health and in particular to promote access to medicines for all.’
28. Article 18(8) Law No.31/2009 of 26/10/2009 on the protection of intellectual property.
29. *ibid.*
30. *ibid.*
31. WTO document WT/L/478.
32. IPW, WTO/TRIPS, 8 June 2015.
33. *ibid.*
34. *ibid.*
35. *ibid.*
36. *ibid.*
37. Promoting Access to Medical Technologies and Innovation: Intersections between public health, intellectual property and trade 53–80 (2012).
38. ‘We reaffirm the commitment of developed country members to provide incentives to their enterprises and institutions to promote and encourage technology transfer to least developed country Members pursuant to Article 66.2. We also agree that the least developed country members will not be obliged, with respect to pharmaceutical products, to implement or apply sections 5 and 7 of Part II of the TRIPS agreement or to enforce the rights provided for under these sections until 1<sup>st</sup> January 2016, without prejudice to the right of least developed country members to seek other extensions of the transition periods as provided for in Article 66.1 of the TRIPS agreement.’
39. Policy brief: Using TRIPS flexibilities to improve access to HIV treatment UNAIDS, WHO and UNDP.
40. *ibid.*
41. *Ibid.*
42. Article 31 of TRIPS laid out several conditions that countries were required to fulfil before issuing a compulsory licence, such as demonstrating unsuccessful negotiations

- with the patent owner and payment to the patent owner. The country could also waive these requirements by claiming a public health emergency. Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, art. 31, Apr. 15, 1994, Marrakesh Agreement Establishing the World Trade Organization.
43. *ibid.*
  44. minnjil.org/wp-content/uploads/2015/07/Erickson-Book-Proof-2.pdf, accessed September 2015.
  45. Alan O. Sykes, TRIPS, Pharmaceuticals, and the Doha ‘Solution’, 3CHI.J.INT’L LAW 47,66 (2002).
  46. Part III: Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights.
  47. *ibid.*
  48. *ibid.*
  49. *ibid.*
  50. *ibid.*
  51. *ibid.*
  52. *ibid.*
  53. Article 51 of the TRIPS Agreement.
  54. TRIPS Agreement.
  55. Seizure of drugs in transit.
  56. Article 51(2) of the TRIPS Agreement.
  57. Jacinta Nyachae and Paul Ogendi: Reviewing Patricia OseroOchieng & 2 Others v Attorney General (2012).
  58. minnjil.org/wp-content/uploads/2015/07/Erickson-Book-Proof-2.pdf, accessed September 2015.
  59. *ibid.*
  60. *ibid.*
  61. *ibid.*
  62. *ibid.*
  63. TRIPS Article 28 assures patent owners the rights to prevent third parties not having the owner’s consent from the acts of: making the using offering for sale, selling or importing products that are covered by the patent.
  64. Atik, J., 2011, ‘ACTA and the Destabilization of TRIPS’, in Lidgard, H.H., Atik, J. and TuThan Nguyen, eds, *Sustainable Technology Transfer: A Guide to Global Aid and Trade Development*, Kluwer.
  65. Council Regulation 1383/2003 concerning customs actions against goods suspected of infringing certain intellectual property rights.
  66. Paris Convention for the protection of Industrial property (1883, as amended), art 4bis. (Patents: independence of Patents obtained for the same invention in different countries.)
  67. *ibid.*
  68. The Case of the SS ‘Lotus’, PCIJ, Judgment No. 9, PCIJ, Ser. A., No.10,1927.
  69. <http://frederickabbott.com.webmatrix-appliedi.net/ArticlesandStudies/tabid/87/ArticleID/5/Seizure-of-Generic-Pharmaceuticals-in-Transit-Based->

- on-Allegations-of-Patent-Infringement-A-Threat-to-International-Trade-Development-and-Public-Welfare.aspx, accessed September 2015.
70. *ibid.*
  71. *ibid.*
  72. *ibid.*
  73. *ibid.*
  74. European Union and a Member State-Seizure of Generic Drugs in Transit, DS 408.
  75. European Union and a Member State-Seizure of Generic Drugs in Transit, DS 409.
  76. Yu, P.K., 2011, 'TRIPS Enforcement and Developing Countries', *American University International Law Review* 26 (3): 727–82.
  77. *ibid.*
  78. Chirac, P. and Torreele, E., 2006, 'Global Framework on Essential Health R&D', *The Lancet* 367: 1560.
  79. World Health Organization. Is There Any Progress Being Made?, Geneva (Switzerland): WHO; 25 March 2009, [http://www.who.int/neglected\\_diseases/faq/en/index7.html](http://www.who.int/neglected_diseases/faq/en/index7.html), accessed September 2015.
  80. Ridley, R., 2004, 'Product Development Public-Private Partnerships for Diseases of Poverty', in Widdus, R. and White, K., eds, *Combating Diseases Associated with Poverty*, Geneva: Institute on Public-Private Partnerships for Health.
  81. Moran, M., Guzman, J., Ropars, A.L. et al., 2009, 'Neglected Disease Research and Development: How Much Are We Really Spending?', *PLoS Medicine* 6(2): e30.
  82. *ibid.*
  83. <http://content.healthaffairs.org/content/28/6/1750.full#ref-list-1>, accessed September 2015.
  84. Kremer, M., 2001, 'Pharmaceuticals and the Developing World', *Journal of Economic Perspectives* 16 (4): 67–90.
  85. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. Pharmaceutical industry profile 2008. Table 6. Washington (DC): PhRMA, March 2015.
  86. *ibid.*
  87. *ibid.*
  88. *ibid.*
  89. *ibid.*
  90. [http://www.wipo.int/wipo\\_magazine/en/2013/05/article\\_0002.html](http://www.wipo.int/wipo_magazine/en/2013/05/article_0002.html), accessed September 2015.
  91. *ibid.*
  92. Hogerzeil, H.V. and Mirza, Z., 2012, 'The World Medicines Situation 2011: Access to Essential Medicines as Part of the Right to Health', Geneva: World Health Organization, pp.1–12.
  93. United Nations Development Group, Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals, United Nations, New York, 200.
  94. Hoen, E. 't, Berger, J., Calmy, A. and Moon, S., 2011, 'Driving a Decade of Change: HIV/AIDS, Patents and Access to Medicines for All', *Journal of the International AIDS Society* 14/15.

95. Hein, W. and Moon, S., 2013, *Informal Norms in Global Governance: Human rights, Intellectual Property Rules and Access to Medicines*, Aldershot (UK): Ashgate.
96. MSCI ESG Research, Access to Medicine Index 2012, Amsterdam: Access to Medicine Foundation.
97. A/HRC/23/L.10/Rev.1.
98. Reviewing Patricia Osero Ochieng & 2 Others v Attorney General (2012) by Jacinta Nyachae and Paul Ogendi: Anti-counterfeiting and Access to General Medicines in Kenya.
99. *ibid.*
100. *ibid.*
101. *ibid.*
102. *ibid.*
103. *ibid.*
104. *ibid.*
105. *ibid.*
106. PETITION NO. 409 OF 2009.
107. *ibid.*
108. Access Denied, <http://appghivids.org.uk/sites/default/files/pdf/2014/access-denied14.pdf>.
109. *ibid.*
110. [http://www.msfacecess.org/sites/default/files/MSF\\_assets/Innovation/Docs/MedInno\\_Briefing\\_Global\\_Convention\\_RD\\_ENG\\_2012Update.pdf](http://www.msfacecess.org/sites/default/files/MSF_assets/Innovation/Docs/MedInno_Briefing_Global_Convention_RD_ENG_2012Update.pdf).
111. *ibid.*
112. *ibid.*
113. *ibid.*
114. *ibid.*
115. <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Development/Pages/AccessToMedicines.aspx>.
116. *ibid.*
117. *ibid.*



# La problématique de gouvernance sanitaire au nord de l'Afrique : cas du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie

Badr Dehbi\*

## Résumé

Depuis leur indépendance, les pays du Maghreb central ont vécu des transitions différentes : démographique, organisationnelle, politique, mais également épidémiologique et sanitaire. Les trois pays : le Maroc, l'Algérie et la Tunisie ont essayé à maintes reprises la reconstruction et la réforme de leurs systèmes de santé. Ces derniers font l'objet de critiques des citoyens de ces trois pays. Ces critiques portent, entre autres, sur leur inefficacité et leur non pertinence, l'absence ou le manque des ressources, la vétusté de leurs plateaux techniques, la mauvaise qualité des services sanitaires, etc. Le présent article essaie d'analyser la gouvernance des trois systèmes de santé en utilisant l'approche systémique, à travers laquelle nous avons confronté ces systèmes aux quatre principaux attributs de la bonne gouvernance, et d'évaluer la capacité de ces pays à relever les défis et à gagner le pari des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé. Notre méthodologie basée sur l'observation, la revue de la littérature et l'exploration des données nous a permis de constater de nombreuses lacunes dont la persistance constitue une réelle entrave au développement des trois systèmes.

**Mots clés :** Maghreb central, systèmes nationaux de santé (SNS), analyse systémique, bonne gouvernance sanitaire (BG), objectifs du Millénaire pour le développement.

## Abstract

Since their independence, the central Maghreb countries have experienced different transitions : demographic, organizational, political, but also epidemiological and sanitary. Three countries : Morocco, Algeria and Tunisia tried on several occasions many to rebuild and reform their health systems. These latter are criticized by these three countries citizens. These criticisms concern among others their ineffectiveness and impertinence, absence or

---

\* Faculté des sciences juridiques économiques et sociales – Tanger, Maroc. Email: (dehbi\_badr@yahoo.fr)

the lack of the resources, obsolescence of their technical platforms, the poor quality of health services, etc. This article has attempted to analyze the governance of three health systems. While using the systematic approach through which we confronted these systems with four main attributes of good governance, and to estimate the capacity of these countries to meet the challenges and win the bet of millennium development goals related to health. Our methodology based on the observation, the literature review and data mining, allowed us to notice numerous gaps whose persistence constitutes a real obstacle to the development of the three systems.

**Key Words:** the central Maghreb, the national systems of health, systematic analysis, good sanitary governance, Millennium development goals.

## Introduction

La qualité du management public dans l'ensemble des pays du Maghreb central est depuis peu au cœur de nombreux problèmes de la société. Elle conditionne le niveau du développement économique et, en même temps, reflète le degré de maturité politique et administrative de l'élite portée au gouvernail des affaires de la nation. Le discours autour du thème de la gouvernance a donc émaillé les débats politiques, académiques, voire populistes pendant ces dernières années (Hinti 2005:5).

Certes, les pouvoirs publics des trois pays maghrébins<sup>1</sup> ont investi en faveur de la santé, ce qui a permis de faire face à certaines contraintes et d'améliorer notablement l'état de santé de la population, comme en témoignent la baisse de la mortalité infantile et l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance, ainsi que l'élimination ou la forte réduction de l'incidence d'un certain nombre de maladies transmissibles. De plus, en termes de couverture sanitaire, l'offre de soins publics et privés s'est développée de façon remarquable et l'encadrement du système par les différents profils de professionnels de santé s'est progressivement amélioré en quantité et en qualité.

Mais cela reste largement insuffisant eu égard aux maux auxquels les trois systèmes de santé doivent faire face, notamment les difficultés d'accès aux services de soins avec une disparité régionale et des écarts entre milieux urbain et rural. La couverture sanitaire par le secteur public et privé reste lacunaire et trop concentrée sur les zones urbaines et les régions les plus développées, les taux de mortalité infantile et maternelle sont élevés, les ressources financières et humaines insuffisantes, sans compter le problème du statut des hôpitaux publics, de leur organisation et gestion, la mauvaise gestion de l'approvisionnement en médicament...

Selon des organismes internationaux (OMS, PNUD), la résolution de ces dysfonctionnements est tributaire de l'adoption des vertus de la bonne gouvernance (BG).

C'est pour cela qu'on a essayé de traiter, à travers le présent article, la problématique suivante : *en premier lieu*, la gouvernance sanitaire dans les trois pays prend-elle en considération les quatre principes de la bonne gouvernance, à savoir la participation, l'imputabilité, la subsidiarité et la transparence ?

*En second lieu*, est-ce que ces trois pays, par le biais de cette gouvernance publique, sont capables d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en matière de santé, afin de promouvoir le bien-être physique, moral et social des citoyens ?

À la lumière de ce qui précède, le plan du présent article sera scindé en deux parties, dans lesquelles nous essayerons d'analyser succinctement la gouvernance des trois systèmes nationaux de santé (SNS) en les confrontant aux quatre vertus de la bonne gouvernance (I), et en essayant par la suite de clarifier les OMD ayant un lien avec la santé, en mettant en exergue leur niveau de réalisation dans les trois pays (II).

### **L'analyse fonctionnelle de l'action sanitaire maghrébine**

Tout système de santé est confronté au risque d'échec, ceci peut être dû à plusieurs facteurs, dont le principal est le non recours à la gouvernance dans sa forme participative et transparente.

La notion de BG est abondamment traitée dans la littérature francophone et anglo-saxonne, surtout en ce qui concerne les principes appelés communément subsidiarité,<sup>2</sup> participation,<sup>3</sup> imputabilité<sup>4</sup> et transparence.<sup>5</sup>

Afin d'évaluer l'adoption de ces principes, nous avons opté pour l'approche systémique, que ce soit dans les fonctions des SNS (B) ou dans leur structure. Cependant, nous avons jugé utile de ne pas accaparer cet article par une analyse structurelle relativement longue et reposant sur l'acception émergente de la notion de gouvernance, selon laquelle elle représente une forme de coordination entre les groupes d'acteurs. Par conséquent, nous nous focalisons sur l'analyse fonctionnelle, tout en commençant par un aperçu sur l'organisation des trois systèmes (A).

### **L'organisation des SNS au Maghreb central**

En analysant l'organisation des SNS des pays du Maghreb central, on note qu'il y a des similitudes entre les trois systèmes, avec quelques différences tant sur le plan du financement des soins médicaux que des modalités de leur production et de leur distribution. Schématiquement, ils se caractérisent par l'interaction entre deux secteurs, à savoir le secteur public et le secteur privé ou libéral. L'organisation de ces systèmes est basée en grande partie sur ces deux secteurs.

Le secteur public est représenté essentiellement par les établissements de santé relevant du ministère de la Santé et les hôpitaux des forces armées ou de sécurité.

Le ministère de la Santé dans les trois pays est composé hiérarchiquement de trois niveaux : les niveaux central, régional et provincial. La région représente l'un des enjeux à partir desquels les autorités sanitaires des trois pays, plus spécifiquement le Maroc, comptent réaliser leurs stratégies globales et leurs plans d'action ainsi que les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé (vision santé 2020).

En bas de l'échelle existe l'échelon provincial, constitué par un réseau hospitalier et un réseau ambulatoire.

De son côté, le secteur privé se compose d'un secteur à but lucratif et d'un autre à but non lucratif. Le premier a vu ses structures pleinement développées ces dernières décennies. Il comporte des hôpitaux et cliniques privées, des cabinets libéraux de soins privés sont implantés dans les zones où le statut socioéconomique est élevé et où réside une clientèle solvable. Ledit secteur délivre, à l'instar du secteur public, des soins de santé de base, des soins hospitaliers et d'autres prestations (officines, laboratoires, imagerie médicale...).

Le secteur privé à but non lucratif obéit aux dispositions législatives et réglementaires qui s'imposent au secteur privé. Il développe des établissements pour soins ambulatoires, mais également hospitaliers. Il est représenté essentiellement par les hôpitaux et établissements de soins des caisses nationales de sécurité sociale, des mutuelles de certaines entreprises publiques et des ligues et fondations (Croissant rouge...).

À noter qu'il existe quelques passerelles entre les différents secteurs, dans la mesure où des textes juridiques<sup>6</sup> permettent à certains personnels du secteur public d'exercer des vacations au sein du secteur parapublic ou privé et où, d'autre part, des personnels du secteur privé peuvent exercer au sein du secteur public. Cependant, il est constaté que le secteur privé de la santé n'intègre que timidement les différents programmes sanitaires prônés par les départements de santé, en particulier les programmes de lutte et de prévention de certaines maladies<sup>7</sup> (MS Maroc 2008:35).

D'autre part, la couverture maladie universelle n'a pas la même dimension dans les trois pays. Les systèmes de protection sociale prévoient en règle générale l'accès le plus large possible pour les personnes à très faibles revenus et une prise en charge des couches moyennes et supérieures par le biais de systèmes assurantiels, publics et privés (Chaoui et Legros 2013:5).



Par ailleurs, l'assurance maladie obligatoire n'est pas généralisée pour l'ensemble des populations. À cet égard, certaines catégories de métiers (les médecins privés au Maroc, les artisans, les petits commerçants et agriculteurs...) ne sont que partiellement couvertes, en dehors de tout régime de protection sociale.

Les taux de couverture par l'assurance maladie montrent une certaine divergence entre les trois pays et confirment la nécessité accrue d'avoir des systèmes d'assurance maladie plus équilibrés, efficaces, globaux et généralisés.

Au Maroc, la couverture ne concerne que 31 pour cent de la population.<sup>8</sup> En Tunisie, la multitude de régimes d'assurance maladie fait que 98 pour cent de la population tunisienne bénéficie d'une couverture maladie. Quant à l'Algérie, l'assurance maladie couvre près de 90 pour cent de la population (assurés et ayants droit).

Au terme de cette description succincte, il faut ajouter que la base de l'organisation structurelle des trois systèmes de santé remonte à la période coloniale. Au fil du temps, ils ont été développés de manière similaire dans le but de répondre au mieux aux besoins des populations, même si les efforts d'investissement ont été différents en fonction des moyens et des orientations politiques de chaque pays (Chaoui et Legros 2012:5). Ces systèmes sont caractérisés par la multiplicité des intervenants aussi bien dans la production de soins que dans l'origine et la gestion du financement.

En outre, on enregistre que le Maroc est le moins développé des trois pays au sein des infrastructures sanitaires.<sup>9</sup> D'ailleurs, l'Algérie et la Tunisie sont classées dans la catégorie des pays à indicateur de développement humain (IDH) élevé alors que le Maroc reste à un niveau moyen (PNUD 2010).

Pour conclure, les trois systèmes suivent la logique d'un système de santé mixte<sup>10</sup> (ni horizontal ni vertical) puisqu'à chaque étape du processus sanitaire correspondent plusieurs institutions spécialisées, chacune assurant la couverture sanitaire d'une tranche particulière de la population. En effet,

La collecte des fonds est assurée par les ménages, les patrons des employés ou les caisses sociales. L'achat est ensuite assuré par les différentes institutions (pharmacie centrale, ministère de la Santé publique...) ou directement par les ménages. Enfin, au niveau de la phase de prestation, interviennent de nombreux établissements sanitaires publics et privés, ainsi que des professionnels privés. (Bouhdiba 2008:7)

## **Analyse fonctionnelle<sup>11</sup>**

L'analyse fonctionnelle du SNS a été faite sur la base de l'acception classique de la notion de la gouvernance, selon laquelle elle signifie la conduite, la direction et la maîtrise d'un système d'actions collectives. Dans ce cadre, la gouvernance sanitaire serait une fonction supérieure qui guide et régule l'ensemble des fonctions d'un système de santé vers la réalisation de l'objectif principal de santé qui est l'amélioration de l'état de santé des populations. Selon cette approche, l'analyse de la gouvernance sanitaire consiste à vérifier le respect des principes de bonne gouvernance dans la réalisation des fonctions du système de santé (les fonctions du système de santé sont en général au nombre de quatre : l'identification des besoins et priorités, la production des soins et services, le financement de la santé et l'administration générale).

L'analyse fonctionnelle de la gouvernance est donc une analyse par attribut appliquée aux fonctions du système de santé. Elle questionne le degré de respect de ces quatre attributs dans chacune des fonctions du système. Elle offre ainsi à l'analyse de la gouvernance un domaine d'application opérationnel et dynamique et présente l'avantage de tenir compte du souci de fonctionnalité du système de santé.

Cette analyse doit être faite selon une matrice qui demande une technique spéciale, ce qui nous oblige, pour plus de clarté et de détail, à procéder comme suit.

### ***1re fonction : identification des besoins et priorités***

#### ***1er attribut : participation***

Pour cette fonction, les systèmes nationaux de santé (SNS) des trois pays sont caractérisés par leurs multiples acteurs. Chacun d'entre eux participe à l'identification des besoins. Cependant, en ce qui concerne la participation des patients et des citoyens en général, on trouve qu'elle est encore embryonnaire et informelle.

Au Maroc, le PCD (plan communal de développement) instauré par l'article 36 de la loi 17/08 relative à l'organisation communale<sup>12</sup> représente une occasion privilégiée pour concrétiser cette participation. En effet, tout citoyen ou groupe de citoyens peut demander directement ou bien par son représentant – l'élu communal – la construction d'un centre de santé, le renforcement d'effectif d'un hôpital ou d'un centre de santé, l'achat du matériel technique, d'une ambulance ou autre.<sup>13</sup>

### *2e attribut : l'imputabilité*

L'identification des priorités sanitaires incombe à l'ensemble des acteurs, mais le département de la santé de chacun des trois pays détient la plus grande part de cette responsabilité, ce qui permet de qualifier les SNS comme des systèmes à faible degré de responsabilité.

### *3e attribut : la subsidiarité*

Dans les dernières années, le département de la santé des trois pays s'appuie sur des services déconcentrés pour identifier les problèmes de santé des citoyens ; ceci se fait à travers les rapports, les enquêtes et les investigations menées par les entités les plus proches de la population (directions régionales, délégations aux provinces et préfectures, circonscriptions sanitaires, dispensaires ruraux...). Cependant, la conceptualisation finale des actions prioritaires et des différentes stratégies est souvent centralisée.

### *4e attribut : la transparence*

À ce propos, la fonction d'identification des besoins et priorités se déroule de manière ad hoc, c'est-à-dire loin de la population et parfois même des autres acteurs du SNS. La plupart des programmes de santé sont gérés de manière verticale. Autrement dit, les objectifs opérationnels et spécifiques de presque tous les programmes sanitaires sont façonnés au sein des services centraux pour arriver ensuite au niveau régional, provincial et local afin d'être appliqués.

## ***2e fonction : production des soins et services***

### *1er attribut : participation*

L'ensemble des acteurs (publics, privés...) du SNS participe à la production des soins et services avec une différence relative à l'ampleur et à la qualité de cette participation. Globalement, ce sont les départements de la santé qui disposent de plus de 70 pour cent (OMS 2013) de la capacité litière des pays, faisant pression sur ces ministères dépourvus des moyens financiers et humains suffisants.

Pour la participation de la population, des expériences pilotes, notamment au Maroc, ont été mises en place, surtout en ce qui concerne la santé communautaire,<sup>14</sup> dans certaines provinces la contribution des populations est remarquable en matière de transfert des malades vers les centres de soins, de même que la prise en charge de certains personnels de santé lors de leurs visites aux localités,<sup>15</sup> mais cette participation reste informelle.

### *2e attribut : l'imputabilité*

Elle est également commune entre les intervenants à la santé, mais celui qui produit plus doit être responsabilisé davantage sur ses actes. De ce fait, les départements de la santé sont encore les premiers responsables des prestations de soins au Maghreb central. C'est au moins la conclusion que nous pouvons tirer de la lecture des chiffres et données des monographies nationales,<sup>16</sup> lesquelles montrent que la grande majorité des moyens humains et techniques est concentrée dans le secteur public. Par conséquent, la responsabilité de bonne gestion, d'amélioration continue de la qualité des services, de la disponibilité des moyens humains et financiers pour assurer la continuité et l'adaptabilité du service public de santé est à la charge directe des départements de santé.

### *3e attribut : la subsidiarité*

Malgré les efforts consentis depuis des années, la qualité des soins reste médiocre et ne reflète guère le progrès que connaissent les SNS en matière de moyens techniques et de compétences nationales, d'autant qu'il y a de graves déséquilibres entre les trois pays et au sein du même pays entre le milieu urbain et rural. Ces déséquilibres concernent aussi bien les infrastructures et les équipements que les personnels et les moyens financiers de fonctionnement des structures et des opérateurs publics et privés.

De façon nette en Algérie, et de manière moindre dans les autres pays,

Les équipements hospitaliers, bâtiments et plateaux techniques, et, plus globalement, la répartition de l'offre de santé sur le territoire, est loin d'être optimum, qu'il s'agisse de l'offre généraliste ou spécialisée. Les essais de carte sanitaire n'ont pas abouti et les lits sont souvent concentrés dans des zones difficilement accessibles pour les populations rurales (Chaoui et Legros 2012:27).

En outre, la gestion de la qualité pour les établissements de santé, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, reste un défi majeur. La mise en œuvre de la couverture universelle, avec son souci de régulation et d'amélioration des pratiques professionnelles, vient renforcer ce besoin d'assurance qualité et motiver la priorité qu'il faut lui accorder.<sup>17</sup>

À titre d'exemple, la mortalité maternelle est encore élevée à cause non seulement des barrières financières ou géographiques, mais du manque de soins de qualité.

D'un autre côté, on souligne une prestation médiocre, voire nulle à l'égard du propre client des départements de la santé, c'est-à-dire les clients internes ou bien le personnel de santé. À ce propos, à part quelques actions menées par les associations des œuvres sociales, il n'y a jamais eu de programmes sociaux bien structurés au profit de ce personnel.<sup>18</sup>

#### *4e attribut : la transparence*

En ce qui concerne ce principe de la bonne gouvernance, on remarque que les SNS ne le respectent pas convenablement. En fait, le système des rendez-vous dans les hôpitaux (parfois jusqu'à 3 mois de délai pour consultation de cardiologie ou d'autres spécialités...) est lamentable, ce qui encourage les comportements malsains et provoque le mécontentement des malades et leur désenchantement.

En outre, d'autres dérives sont relevées par rapport aux ressources humaines prestataires des soins et des services de santé :

- l'emploi par le secteur privé des ressources humaines du secteur public hors d'un cadre réglementaire établi : plusieurs évaluations, au Maroc notamment (plan d'action 2008-2012), ont démontré qu'environ 50 pour cent du personnel des cliniques privées proviennent des hôpitaux (qui y travaillent quelquefois en dehors de leur horaire régulier de travail à l'hôpital, pendant les jours de récupération, parfois à plein temps quand la personne travaille la nuit à l'hôpital) ;
- le phénomène d'absentéisme : l'absentéisme est souvent rapporté comme important dans les établissements de soins publics. Cependant, aucune information n'est disponible pour en apprécier l'importance en termes de journées de travail perdues ainsi qu'en termes d'impact sur la productivité des établissements de soins ;
- pratique de la corruption dans les établissements de soins : dans les trois pays, cela constitue un vrai problème de santé publique. Parmi les problèmes socioéconomiques perçus par les ménages marocains comme très importants, le système de santé vient en 5e position avec 88 pour cent après le chômage (98 %), le coût de la vie (92 %), les déchets/propreté/pollution (91 %) et la corruption dans le service public (88 %) (Transparency Maroc 2006).

Des données statistiques et des études effectuées dans les trois pays montrent l'ampleur du problème dans le secteur de la santé.<sup>19</sup>

### ***3e fonction : financement de la santé***

#### *1er attribut : participation*

Pour le financement de la santé, la participation de la population maghrébine est très importante. La part des ménages dans le Maghreb central dépasse de loin les 40 pour cent de la dépense globale de santé, à l'exception de l'Algérie.<sup>20</sup>

Les comptes nationaux de santé (ministère de la Santé du Maroc 2013:15) montrent que la dépense globale de santé en 2010 a été financée par plus de 53 pour cent comme paiement direct des ménages, tandis que la part de l'État ne dépasse guère les 30 pour cent. La dépense directe des ménages algériens atteignant 30 pour cent de la dépense nationale de santé, l'État assurant alors, dans la première décennie des années 2000, un montant de 40 pour cent et le reste étant à charge des assurances sociales. Pour la Tunisie, en 2004, le budget de l'État couvre 21.8 pour cent des dépenses, l'assurance maladie environ 23.3 pour cent, les ménages près de 53.6 pour cent et la médecine d'entreprise et du travail près de 1.3 pour cent. Sous l'impulsion très forte de la Banque mondiale,

La Tunisie a été amenée à réduire l'intervention de l'État dans les secteurs de l'économie, et en particulier dans le secteur social, au profit de l'intervention des entreprises privées. Il en est résulté un transfert du financement des dépenses de santé vers les ménages qui sont non accessibles à la majorité des populations (Benmansour 2012:124).

Cela montre que la charge de financement est importante pour certains ménages maghrébins, au détriment du financement solidaire qui doit assurer l'équité et l'égalité d'accès aux soins.

Par ailleurs, en analysant les chiffres (tableau n° 1 ci-dessous), nous décelons que les Marocains sont en bas de l'échelle des pays du Maghreb. Ils ne dépassent que leurs confrères mauritaniens, mais ils sont largement dépassés par les autres, ce qui laisse imaginer les difficultés d'accès aux soins et aux médicaments qu'ils rencontrent. Ces difficultés peuvent obliger des familles à ajourner leurs consultations ou bien à renoncer à carrément aux soins, quel que soit leur degré de vitalité.

**Tableau n° 1 :** Dépenses totales en santé par habitant (PPA \$)

Pays	Algérie	Maroc	Tunisie	Mauritanie	Libye
Montant en dollars américains	437	251	500	54	502

Source : OMS 2011

### *2e attribut : l'imputabilité*

La responsabilité de financement des soins doit incomber à l'État. Il doit faciliter la couverture universelle en supprimant les obstacles financiers à l'accès aux soins et en évitant aux patients d'être confrontés à des difficultés financières et à des dépenses insupportables.

Ceci est encore très loin de se réaliser au Maroc, bien que l'on constate que les tarifs appliqués par le MS sont les plus bas sur « le marché ».

En outre, le département assure les soins gratuitement dans ses établissements de soins de santé de base<sup>21</sup> pour toute la population et dans les hôpitaux pour les personnes indigentes.<sup>22</sup>

Toutefois, après la généralisation du régime RAMED<sup>23</sup> (régime d'assistance maladie aux économiquement démunis) en 2011, la notion d'indigence est en train de disparaître dans les hôpitaux du royaume, toute personne pauvre ou diminuée remplissant les conditions pour avoir une carte RAMED doit suivre la démarche pour en bénéficier. Le cas échéant, l'accès aux soins deviendra plus compliqué qu'auparavant. Cependant, la généralisation du RAMED a fait beaucoup de bruit. Des rapports officiels ont soulevé que le processus de mise en place de ce régime (choix des personnes éligibles) a souffert d'actes frauduleux.

### *3e attribut : la subsidiarité*

Plusieurs rapports montrent que les SNS du Maghreb central sont inefficients dans l'utilisation des ressources disponibles, ils laissent des sommes importantes partir en fumée.

La fraude, la corruption, le surpaiement, la non prescription de génériques sont autant de facteurs de gaspillage. Au Maroc, de 15 à 25 pour cent du gaspillage se fait au sein du personnel de santé et 10 à 20 pour cent du gaspillage sont imputés à la gouvernance (Finances News Hebdo 2011:28).

Le constat accablant pour le Maroc, c'est qu'il y a un « gel » du financement public pendant que l'offre et la demande augmentent sans cesse. Cela constitue la cause principale des pénuries chroniques en produits de soins, des déficits de maintenance et d'entretien ainsi que des longs retards du renouvellement des équipements dont souffre depuis plusieurs années l'ensemble des établissements de soins (ministère de la Santé Maroc 2008-2012:18).

En général, par rapport au financement des trois systèmes, les spécialistes parlent de l'immobilisme marocain, du pragmatisme tunisien et du volontarisme algérien.

Les systèmes de santé au Maghreb, où coexistent de multiples intervenants, sont complexes. Leur financement est assez souvent inextricable et son analyse demeure difficile. La réforme du financement de la santé doit déboucher sur une meilleure utilisation des ressources publiques, et non sur une réduction des dépenses publiques de santé (Benmansour 2012:141).

#### *4e attribut : la transparence*

La lourde charge de dépenses directes de la santé sur la population, notamment en Tunisie et au Maroc, laisse apparaître plusieurs pratiques négatives en relation avec le financement des soins.

Dans un rapport publié en 2006, Transparency International a révélé une autre facette cachée de la corruption, celle qui frappe et se propage comme des mycoses dans le secteur de la santé et de l'industrie pharmaceutique. Quatre personnes sur cinq interrogées par cette ONG déclarent « que la corruption publique dans la santé est anodine et fait partie des mœurs ».

#### ***4e fonction : administration générale***

##### *1er attribut : participation*

Globalement, ce sont les MS qui ont la plus grande partie de la responsabilité en cette fonction. Elles coiffent tout ce qui concerne la santé humaine au Maghreb central dans sa composante civile. Néanmoins, des partenariats et des actions de coopération, que ce soit avec les acteurs privés ou les acteurs supranationaux en l'occurrence, les organismes intergouvernementaux (ONU, OMS) et la coopération internationale (USAID, AFD, AECID), ont également un certain rôle par rapport à cette fonction.

En revanche, la présence de la population, c'est-à-dire des représentants des patients, des citoyens ou d'autres acteurs de la société civile (association, ONG) dans les différents comités de gestion au sein des hôpitaux publics, demeure très faible ou à son début.<sup>24</sup>

##### *2e attribut : l'imputabilité*

La multiplicité des intervenants dans la gouvernance du réseau sanitaire aux trois pays engendre une faible imputabilité des principaux acteurs.

##### *3e attribut : la subsidiarité*

Les efforts déployés en matière de l'instauration de la régionalisation au Maroc et en Algérie ont tellement influencé cette fonction, dans une perspective d'assurer plus de proximité pour la population et une moindre difficulté pour la prise de décision par les responsables locaux.<sup>25</sup>

##### *4e attribut : la transparence*

Plusieurs instruments réglementaires insistent sur l'application de toutes les mesures d'ouverture et de transparence en ce qui concerne l'administration générale. Au sujet des marchés publics, par exemple, l'appel d'offres et la séance



d'ouverture des plis et les autres étapes relatives à cette opération technique doivent se dérouler avec clarté et en même temps assurer le droit d'accès à l'information avec le même degré d'égalité pour tous.

À titre d'exemple, le ministère de la Santé marocain a essayé de vulgariser la culture de lutte contre la corruption à travers un numéro vert<sup>26</sup> affiché dans tous les établissements de soins publics afin de contribuer à la réduction de ce fléau.

En outre, malgré le développement considérable de l'utilisation des NTIC (nouvelles technologies de l'information et de la communication) à tous les niveaux, il n'y a pas une optimisation de cette technologie. Celle-ci permet de fournir à la population les informations dont elle a besoin pour bénéficier du système de soins. En second lieu, elle permet d'intégrer et de consulter cette même population avant la prise de décision, qu'il s'agisse de la répartition sur les territoires des équipements, des établissements ou des services. L'absence de consultation concerne autant la population générale que les professionnels et leurs différents groupements (syndicats, associations).

Dans la seconde partie, nous essayons de voir si cette gouvernance sanitaire contribue ou au contraire freine la réalisation des OMD relatifs à la santé.

### **Les OMD relatifs à la santé : l'engagement du Maghreb**

D'une part, le changement accru que connaît la politique maghrébine de santé, sous l'effet de la mondialisation et des exigences de modernisation d'un tel secteur public, a permis de passer d'une gouvernance sanitaire trop centralisatrice, peu adaptable aux changements socioéconomiques, à une santé publique aujourd'hui développée par les nouvelles formes contractuelles ou partenariales d'action collective.

D'autre part, la relation de cause à effet bilatérale entre le développement économique et la santé est bien démontrée et la place de la santé dans un modèle pluridimensionnel de développement humain durable est un message clé de la Déclaration du sommet du Millénaire à New York. En effet, ce sommet réuni par l'Organisation des Nations Unies en septembre 2000 reconnaissait explicitement le lien direct entre la pauvreté et l'état de santé.

De ce fait, pour avoir un réel impact sur la qualité de vie des populations et des résultats meilleurs dans le domaine de la santé, il faut agir sur tous les déterminants de la santé et renforcer la capacité des individus et des communautés à interagir avec l'ensemble des acteurs voués à contribuer à l'amélioration de leur qualité de vie.

À l'approche de l'échéance de 2015, des signes de progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) apparaissaient dans de nombreux pays (pays émergents, quelques pays d'Amérique latine, pays du nord de l'Afrique et du sud de l'Afrique).

Dans d'autres (les pays d'Afrique subsaharienne et les zones de tensions en Asie, au Moyen-Orient...), ces progrès sont limités

En raison de conflits, d'une mauvaise gouvernance, de crises économiques ou humanitaires ou du manque de ressources. Les effets des crises alimentaire, énergétique, financière et économique mondiales sur la santé n'ont pas fini de se déployer et des mesures sont nécessaires pour protéger les dépenses en faveur de la santé des gouvernements et des donateurs (OMS 2010a:12).

La réalisation des huit objectifs du Millénaire pour le développement est mesurée au moyen de 18 cibles et de 48 indicateurs. Trois des huit objectifs et six des 18 cibles ont trait directement à la santé (OMS 2005:1)

Ces trois objectifs sont :

- Objectif 4 : réduire la mortalité infantile (A) ;
- Objectif 5 : améliorer la mortalité maternelle (B) ;
- Objectif 6 : combattre le SIDA, le paludisme et d'autres maladies (C).

Dans ce qui suit, on essaiera d'évaluer les progrès réalisés par le Maroc, la Tunisie et l'Algérie, tout en mettant en évidence quelques chiffres spécifiques aux trois objectifs.

### **A/Réduire la mortalité infantile**

Cet objectif (n° 4 des OMD) consistait à :

- réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

À l'échelle de la planète, la mortalité infanto-juvénile continue de baisser. Les tendances encourageantes observées récemment indiquent aussi une accélération de cette baisse dans l'ensemble des régions depuis 2000 (OMS 2010:12).

Malgré ces tendances encourageantes, les moyennes régionales et nationales masquent des inégalités considérables. C'est parmi les ménages les plus aisés et dans les zones urbaines qu'ont été enregistrées les plus fortes réductions de la mortalité infantile.

En général, selon les statistiques de l'OMS (2013:57-58), le taux de mortalité des moins de 5 ans pour le Maroc est de 33 pour 1000 naissances vivantes, la Tunisie 16 et l'Algérie 30. Par rapport à cela, la Tunisie a atteint la cible, tandis que les deux autres sont en bonne voie et sont très proches de l'objectif (Nations Unies 2014:64). Mais cela montre également que le Maroc et l'Algérie souffrent encore de ce problème, malgré une faible diminution par rapport aux années précédentes. Au Maroc, la mortalité infantile a été de 40 pour mille en 1996 ; ainsi, le département de la santé a fixé comme objectif pour 2016 un taux de 16 pour mille (Plan d'action 2012-2016:4).

Chiffre qui sera difficile à atteindre, si des conditions spécifiques ne sont pas mises en œuvre dans le peu de temps qui reste.

Dans ce sens, le département de santé marocain (MS) a instauré dans sa stratégie sectorielle 2012-2016 un plan national spécifique intitulé « le plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, fin du compte à rebours 2015 ». À travers les axes de ce plan spécifique, le MS envisage de mettre en place plusieurs actions en faveur de la santé infantile.

En somme, on peut dire que la plupart de ces mesures sont aujourd'hui une réalité, en plus des efforts qui ont été déployés en matière de tableau de vaccination, lequel a vu son calendrier révisé à la hausse avec plus de 11 vaccins.

En dépit de tout ce qui précède, la mortalité infanto-juvénile au Maroc et en Algérie recule très lentement.<sup>27</sup>

## **B/Réduire la mortalité maternelle**

Les cibles de cet objectif (n° 5 des OMD) sont :

- réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle ;
- rendre l'accès à la médecine procréative universel.

Plusieurs experts en développement pensent que l'objectif de santé maternelle est celui qui a le moins de chances d'être atteint d'ici 2015 (FMI 2010:3).

C'est dans la région africaine de l'OMS que le risque de décès est le plus élevé, avec 900 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, contre 27 décès pour 100 000 naissances vivantes dans la région européenne de l'OMS.

Pour la région EMRO, à laquelle le trio appartient, on note des progrès notables, mais plusieurs pays sont encore très loin de relever le défi.

Selon les mêmes statistiques de l'OMS (2013), le Maroc enregistre 100 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Tunisie 56 et l'Algérie 97 pour 100 000). Cependant, en faisant la lecture de plusieurs rapports, nationaux et internationaux, sur l'état d'avancement de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans les trois pays, nous avons enregistré que ce taux a connu, effectivement, une réduction de 60 pour cent par rapport à 1990.

Ces données ont fait dire à plusieurs personnes que le Maghreb central fait partie de ceux qui sont sur le chemin de la réalisation de l'objectif 5 du Millénaire.

Néanmoins, pour le cas du royaume, d'énormes obstacles sont à dépasser avant d'arriver au chiffre de 50 décès pour 100 000 naissances vivantes prôné par le plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale...

Au Maroc, bien que la lutte contre la mortalité maternelle remonte aux années soixante-dix, ce n'est qu'à partir des années quatre-vingt-dix que les responsables se sont réellement préoccupés de la réduction de la mortalité maternelle. Mais ce n'est qu'en 2008 que l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle est devenue une priorité de premier rang dans le discours politique, notamment avec la mise en œuvre dudit plan d'action.

Pour la deuxième cible relative à l'accès à la médecine procréative, on annonce que les naissances assistées par des professionnels de santé qualifiés, c'est-à-dire des accouchements dans un milieu surveillé, ont dépassé les 73 pour cent au Maroc en 2010, ce qui reste un taux relativement faible par rapport à l'Algérie et à la Tunisie qui enregistrent plus de 94 pour cent (Nations Unies 2014:72).

Bien évidemment, certains déterminants influencent cette mortalité maternelle, dont, spécifiquement, le niveau de fécondité et celui de l'alphabétisation des femmes maghrébines.<sup>28</sup>

Ces déterminants s'ajoutent à d'autres facteurs influençant l'amélioration de la mortalité maternelle. Et si l'Algérie et la Tunisie sont au seuil de l'universalité de la médecine procréative, au Maroc, pour y arriver, les autorités sanitaires sont dans l'obligation de collaborer étroitement avec tous les départements concernés dans une synergie intersectorielle active et efficace.

C/Combattre le SIDA, le paludisme et d'autres maladies :

Cet objectif (n° 6 des OMD) comprenait plusieurs aspects, jusqu'à 2015 :

- avoir enrayé la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle ;
- assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida ;
- avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle.

Selon des données épidémiologiques, la propagation du VIH dans le monde semble avoir atteint un plateau en 1996, avec 3,5 millions de nouvelles infections. En 2008, ce chiffre n'était plus que de 2,7 millions environ. La mortalité liée au sida a atteint un pic en 2004 avec 2,2 millions de décès. En 2008, ce nombre était retombé à 2 millions, bien que le VIH reste l'agent infectieux le plus léthal au monde (ONU 2010:42). L'Afrique, malgré des conditions initiales désavantageuses, a pu réaliser de remarquables progrès depuis 1990. La conjoncture montre que le continent supporte toujours le fardeau le plus lourd de la planète en termes de cas de VIH et de paludisme, et enregistre plus de la moitié des taux mondiaux d'incidence, de prévalence et de mortalité dus à ces maladies (Nations Unies 2014:77).

Pour le Maghreb central, les chiffres se croisent, certains parlent d'un tournant de l'épidémie au Maroc (Michelon 2005:30). Mais en gros, en Afrique du Nord, marginalement frappée par la pandémie, l'incidence et la prévalence<sup>29</sup> sont demeurées toutes deux inchangées entre 1990 et 2012, se situant à 0,01 et 0,1 pour cent, respectivement.

Cependant, selon les statistiques de l'OMS (2013) et des Nations Unies (2014), on enregistre les données suivantes, relatives aux progressions dans la prévention du VIH au Maghreb central :

- prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans = 0.1 pour cent ;
- pourcentage des femmes entre 15 et 24 ans ayant une connaissance générale et correcte du VIH/sida = 12 pour cent pour le Maroc tandis que pour les deux autres pays, les données sont indisponibles (le Maroc est classé 2e par l'OMS dans la région EMRO) ;
- couverture par le traitement antirétroviral chez les personnes à un stade avancé de l'infection à VIH = entre 29 et 31 pour cent (le Maroc est à la tête de la liste des pays de la région EMRO). Malgré ces progrès, certaines limites de taille persistent, à titre d'illustration :
- la déclaration de la maladie n'est obligatoire que pour les cas de sida déclaré, ce qui exclut une évaluation précise du nombre de personnes séropositives ;
- les médecins du secteur privé sont mal informés autour du SIDA, provoquant ainsi une prise en charge incorrecte des malades qui sont traités pour des infections mineures ou des infections opportunistes ;
- les patients séropositifs bénéficient d'une prise en charge inégale selon la région où ils habitent.

Les données sur la problématique de VIH montrent que le Maroc est cette fois-ci le plus performant parmi les trois, que ce soit en matière de dépistage, de traitement ou de sensibilisation.

En outre, pour la seconde cible de cet objectif, le paludisme, le Maroc a pu éliminer cette maladie après plusieurs années de lutte acharnée.<sup>30</sup> La Tunisie a précédé le Maroc en éliminant la transmission du paludisme autochtone depuis quelques années, mais c'est l'Algérie qui est encore en difficulté : elle enregistre une montée de l'incidence du paludisme, qui est passée de 35 à 59 cas pour 100 000 personnes entre 2000 et 2012 (Nations Unies 2014:79).

On peut donc dire que le Maroc et la Tunisie ont pu relever le défi, bien que la méfiance soit toujours essentielle pour éviter la réintroduction de cette maladie.<sup>31</sup>

Pour la catégorie des autres maladies, on peut citer la tuberculose, en raison de sa forte incidence, de sa gravité potentielle et de son coût socioéconomique, cette maladie constitue un sérieux problème de santé publique pour les trois pays. Elle affecte aussi bien les femmes que les hommes, tous les groupes d'âge sont concernés et plus particulièrement les adultes jeunes entre 15 et 45 ans,<sup>32</sup> correspondant à la tranche d'âge la plus productive de la population, d'où le risque de pertes de potentialités sur le plan économique et social.

Face à l'absence de données sur l'Algérie, on peut dire que la lutte contre la tuberculose constitue une grande priorité pour les ministères de la Santé marocain et tunisien. C'est ainsi que le Maroc a procédé en 1991 à la restructuration du Programme national de lutte antituberculeuse (PNLAT) en mettant en œuvre la stratégie de lutte contre la tuberculose de l'OMS, universellement connue sous le nom « DOTS » (*Directly Observed Treatment Short-Course*), basée sur un traitement de courte durée sous supervision directe.

De ce fait, la tuberculose est un problème de santé publique au Maghreb central (moins sévère en Tunisie), entre 26 000 à 27 000 nouveaux cas de tuberculose de toute forme sont dépistés annuellement depuis quelques années (OMS 2013:74-75).

Au Maroc, plus de 70 pour cent des cas sont identifiés dans les régions les plus urbanisées et les plus peuplées du pays (MS Maroc 2011b:14).

Au terme de cette évaluation, on peut conclure que malgré la gouvernance lacunaire des systèmes de santé des trois pays et les multiples zones d'ombre qui persistent, des résultats probants ont été atteints dans les trois OMD relatifs à la santé.<sup>33</sup>

Néanmoins malgré ces avancées, des difficultés subsistent toujours, notamment au sein des OMD 4 et 5. Le malheur est que ces trois pays ne reconnaissent pas cette réalité avec la même lucidité.

Pour terminer cet article, nous avons essayé de récapituler les données sur un seul tableau (le n° 2).

**Tableau n° 2 :** Les progrès des pays du Maghreb central en matière d'OMD n°s 4, 5 et 6

OMD	La cible	Pays	Année de référence 1990	Les données de 2013-2014
N° 4 : réduire la mortalité infantile	Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Maroc	95/1 000	33 pour 1000 naissances vivantes
		Algérie	80/1 000	30/1 000
		Tunisie	60/1 000	16/1 000

N° 5 : réduire la mortalité maternelle	Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	Maroc	300/100 000	100 pour 100 000 Naissances vivantes
		Algérie	220/100 000	97/100 000
		Tunisie	130/100 000	56/100 000
	Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015. (ex. : naissances assistées)	Maroc	50 %	74 %
		Algérie	---	95 %
		Tunisie	---	95 %
N° 6 : combattre le SIDA, le paludisme et d'autres maladies	D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	Maroc	70 cas	3 126 cas
		Algérie	100 cas	9 103 cas
		Tunisie	---	Épidémie concentrée chez les groupes de populations à haut risque
	D'ici 2015, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida	Maroc	---	31 %
		Algérie	---	60 % (mini. de Santé Algérie 2014)
		Tunisie	---	29 %
	D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle	Maroc	Paludisme autochtone : 100 cas	Élimination du paludisme autochtone et maîtrise de l'incidence de la tuberculose
		Algérie	Paludisme autochtone : 12 cas (1992)	Montée de l'incidence du paludisme
		Tunisie	---	Élimination du paludisme autochtone et une bonne maîtrise de l'incidence de la tuberculose

*Source* : L'auteur, sur la base des statistiques de l'OMS, de l'ONU, des articles scientifiques, et des départements de santé du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie.

## Conclusion

En guise de conclusion de cette brève analyse, on peut dire que la gouvernance sanitaire maghrébine est encore entachée par des zones grises, pour lesquelles des interventions d'urgence sont nécessaires.

En effet, malgré les incessants progrès des systèmes de santé au Maghreb central, certains indicateurs dissimulent un fort déséquilibre. Une discrimination basée sur le genre, le niveau socioéconomique et le milieu de résidence (les zones rurales) persiste dans l'organisation des systèmes de soins des trois pays, avec plus d'acuité au Maroc. Une vision holistique (Dujardin 2004) de la gouvernance des systèmes de santé s'avère pertinente, celle-ci ne doit pas ignorer le lien étroit des questions de santé à l'ensemble des politiques publiques (éducation, nutrition, habitat, environnement).

Les autres défis d'une telle gouvernance sont la mise en place de mécanismes de financement plus équitables et surtout solidaires, l'augmentation du *numerus clausus* ainsi que le renforcement de la formation des prestataires avec le développement de leurs sources de motivation. Mais en outre, une étroite collaboration entre les trois pays et avec les autres pays du grand Maghreb pourrait mettre fin aux conséquences lourdes du « non Maghreb » dont souffrent les générations jeunes depuis des années.

Pour conclure, la démocratie sanitaire, la responsabilité accrue de tous les acteurs, la culture de réédition des comptes et d'évaluation des politiques publiques, la transparence et la communication sont les conditions *sine qua non* pour garantir la réussite de n'importe quelle stratégie sanitaire cherchant réellement l'épanouissement de la santé et le développement humain.

## Notes

1. Le choix de ces trois pays est d'ordre technique, dans la mesure où nous avons pu avoir de la documentation auprès des personnes-ressources dans les trois pays, et vu également que les trois pays adoptent la même logique du SNS, à savoir un système mixte et se penchent vers un système vertical.
2. C'est le principe qui repose sur un rationnel d'efficacité selon lequel l'efficacité d'une décision est déterminée par sa proximité de l'action. La subsidiarité traduit un souci de décentralisation et la nécessité de confier le soin de la régulation, dans un secteur donné d'activité, aux entités les plus proches possible de l'acteur (Lemieux 2001:198).
3. Elle repose sur deux rationnels essentiels, la démocratisation et l'efficacité de l'action publique. Elle peut se traduire à travers la représentation des citoyens dans les organes de gestion des établissements de santé ou le renforcement des compétences de la société civile dans la promotion de la santé.
4. C'est le corollaire de la responsabilité. Elle désigne l'aptitude à rendre compte de ses actes au public ainsi qu'aux parties prenantes institutionnelles. Selon ce principe, la primauté est accordée à la performance (El Marroufi 2006:28).
5. Ce principe vise l'instauration d'un climat de confiance entre les différents groupes d'acteurs. Il se réalise par la communication des actions et des décisions, ainsi que par l'utilisation d'un langage accessible et compréhensible par le grand



- public. La transparence est synonyme également de lutte contre la corruption, l'éthique, le respect des règles de droits et de garantie de l'égalité d'accès au service public.
6. Il s'agit de : la loi algérienne n° 85 05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, et de la loi marocaine : le Dahir n° 1.96 123 du 21 août 1996 promulguant la loi n° 10.94 relative à l'exercice de médecine article 56, qui autorise les enseignants-chercheurs : médecins, chirurgiens, biologistes, pharmaciens et chirurgiens-dentistes des hôpitaux à exercer la médecine de manière libérale dans des cliniques dénommées « cliniques universitaires ». Pratique connue comme « le temps plein aménagé » (TPA).
  7. À titre d'exemple, la participation du secteur privé est insignifiante en matière de dépistage du VIH/IST ou autres maladies transmissibles telles que le paludisme ou la leishmaniose. De plus, le service privé ne notifie même pas les cas de maladies aux autorités publiques compétentes afin d'éviter tout un éventuel risque de nature épidémique et/ou pour prendre les mesures qui s'imposent.
  8. Ce taux est révisé à la hausse après la généralisation du RAMED (régime d'aide médical pour les économiquement démunis) en 2011 et l'entrée en vigueur de l'assurance maladie obligatoire pour les étudiants.
  9. À titre d'exemple, le royaume ne dispose que de 5 CHU au moment où l'Algérie en a 13 et la Tunisie 22.
  10. Il existe quatre modèles principaux de système sanitaire, qui varient selon leur degré d'intégration horizontale et verticale. Il s'agit des modèles à intégration complète, verticale (différents organismes, chacun assurant les trois phases du processus, gèrent les soins de chaque sous-population), horizontale (à chaque fonction correspond une seule institution qui gère les soins de l'ensemble de la population), ou à système mixte.
  11. Cette analyse et les données qui y sont contenues sont basées en premier lieu sur l'observation : en tant que professionnel de santé passé par différentes structures sanitaires des différents échelons (centre de santé, hôpital provincial et actuellement au sein d'un district) et occupant différents postes (cadre hygiéniste, responsable des programmes sanitaires – santé environnement et lutte contre les maladies parasitaires –, administrateur d'un service et auditeur sanitaire actuellement), il m'a été possible de constater et de toucher de près plusieurs des conclusions et des jugements émis à l'encontre du système de santé au Maroc. En second lieu, la littérature consacrée à l'étude des SNS de la Tunisie et d'Algérie nous a permis d'avoir des réponses sur les dédales de la gouvernance sanitaire dans les deux pays. Sans omettre de signaler que l'observation et la revue de la littérature ont été appuyées par des entretiens (non structurés) que nous avons effectués avec plusieurs professionnels de santé originaires des trois pays.
  12. Cette loi a été abrogée par une autre (la loi organique n° 113-14) publiée en juillet 2015.
  13. Ceci peut être renforcé avec la constitution actuelle (de juillet 2011), laquelle stipule que les citoyennes et les citoyens ont le droit de procéder à des motions en matière législative (art. 14), ainsi que le droit de présenter des pétitions aux pouvoirs publics, conformément à des normes fixées par une loi organique (art. 15).

14. Dans ce sens, certaines expériences de santé à base communautaire ont été développées au Maroc et aux autres pays du Maghreb central, on cite notamment : a/la personne relais communautaire (PRC) est une personne volontaire choisie par la population d'une localité enclavée et qui vit au sein de la communauté. Le PRC a pour mission, entre autres : la sensibilisation et l'éducation de la population de sa localité sur les thèmes relatifs à la santé, référence des malades aux structures sanitaires... b/l'éducation parentale, une approche, jugée très utile pour la survie et le développement de la petite enfance, qui vise le renforcement des connaissances et des attitudes des parents en vue d'adopter des comportements positifs dans le domaine des soins et de l'alimentation pour la survie, la croissance et le développement de leurs enfants...
15. Dans certaines provinces du royaume (notamment au nord : province de Chefchaouen), le ministère, à travers ces délégations et en partenariat avec les communes rurales et les associations de société civile, a recruté et formé des bénévoles parmi les habitants de certaines localités. Ces personnes nommées agents de développement local « ADL » ayant comme mission principale de faire le relais entre la population et les centres de santé (en matière de la santé maternelle surtout).
16. Nous avons également consulté l'annuaire des statistiques sanitaires mondiales publié par l'OMS (des années 2012, 2013 et 2014).
17. Des enquêtes auprès des patients tunisiens ont été menées afin d'évaluer leur perception de la qualité de service hospitalier et leur satisfaction. Les résultats ont permis de dégager les principales dimensions de la qualité qui sont : la fiabilité, la disponibilité, l'attention et la tangibilité (Fakhafakh 2007:157).
18. Pour le Maroc, la mise en marche de la fondation Hassan II des œuvres sociales pour le personnel de santé a été lancée depuis peu (en 2014), mais le commencement des activités est encore tumultueux.
19. Les rapports de l'ONG Transparency International publiés chaque année (celui du 2013 par exemple) montrent que le secteur de santé dans les trois pays occupe la tête de liste des secteurs les plus corrompus selon un indice qu'elle utilise, appelé l'indice de perception de la corruption (IPC). L'enquête effectuée en 2010 par cette organisation indique que 40 à 50 pour cent des personnes interrogées au Maroc et en Algérie affirment avoir rémunéré de façon extralégale des services de santé. Ce taux est moins élevé en Tunisie où il se situe entre 15 et 20 pour cent.
20. En signalant que pour l'Algérie, les comptes nationaux de santé sont indisponibles.
21. À savoir les consultations médicales si on dispose de médecins généralistes, la vaccination, les soins de premiers secours, les actions d'hygiène du milieu, IEC...
22. C'est une pratique anciennement mise en œuvre par les autorités publiques (ministères de l'Intérieur et de la Santé). Elle permet aux personnes dépourvues de moyens financiers d'accéder gratuitement aux différents services hospitaliers sur présentation d'un papier officiel prouvant leur précarité.
23. Le règlement intérieur des hôpitaux marocains, publié au bulletin officiel n° 5926 du 17 mars 2011, ne fait aucun état de la possibilité de représenter les

- usagers de l'hôpital au sein des différents comités de gestion organisés par ledit règlement. Pire encore, même les syndicats, pourtant partenaires indispensables, ne peuvent siéger dans ces comités.
24. Le ministère de la Santé marocain a entamé en 2005 une stratégie de contractualisation avec les régions et les centres hospitaliers SEGMA. Cette démarche est instaurée dans l'objectif d'obtenir une administration sanitaire qui ne cherche plus à imposer ses choix du haut en bas de la pyramide des services, mais qui adopte une démarche participative de bas en haut avec pour souci de garantir l'efficacité et de promouvoir la culture de la responsabilité et de l'obligation de rendre compte.
  25. Cependant, en ce qui concerne le royaume, en matière juridique on retiendra la vétusté de textes régissant le domaine de la santé, de même que l'incapacité de faire légiférer des règlements qui s'avéraient très nécessaires pour le bon fonctionnement du SNS. À titre d'exemple, le statut des infirmiers (pour chaque catégorie) n'a pas encore vu le jour.
  26. Nous constatons qu'après le départ de Mme la ministre de la Santé en 2012, qui a instauré le numéro vert, ce dernier a été abandonné et au même temps remplacé par d'autres actions anti-corrupcion qui restent pour le moment insignifiantes (Dehbi 2015:5).
  27. Selon un article récent paru dans *The Lancet*, seuls 27 pour cent des pays en développement peuvent s'attendre à réaliser l'objectif 4 des OMD.
  28. Le taux moyen d'alphabétisation au Maroc cache des disparités entre sexes, groupes d'âge et milieu de résidence. Selon le sexe, les femmes restent peu alphabétisées, comparées aux hommes, le taux d'alphabétisation passe de 42,6 pour cent chez les femmes à 68,4 pour cent chez les hommes en 2007.
  29. L'incidence est le nombre de nouveaux cas pendant une période donnée par rapport au nombre de personnes à risque. Habituellement, la période en cause est d'une année, auquel cas on parle d'incidence annuelle, tandis que la prévalence est le nombre de personnes atteintes de la maladie à un moment donné par rapport au nombre de personnes à risque.
  30. Ceci a été confirmé par une lettre envoyée le 12 mai 2010 par Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, à Mme la ministre de la Santé. La lettre était l'aboutissement d'un processus d'élimination du paludisme autochtone marqué par des inspections et une panoplie des documents à préparer.
  31. Les deux pays ont pu obtenir de la part de l'OMS le certificat d'élimination du paludisme autochtone. Cette entreprise n'était pas un exercice facile, car il fallait passer par un labyrinthe complexe pour mériter cette consécration.
  32. Cette tranche d'âge représente plus de 63 pour cent de la population générale des trois pays (Nations Unies).
  33. Il est possible de rester sceptique face à cette conclusion. En réalité, si les SNS ne sont pas à la hauteur de toutes les vertus de la BG, ils ont en revanche enregistré des avancées remarquables concernant les OMD relatifs à la santé. Les documents et rapports qu'on a consultés (OMS, PNUD, BAD, NU, BM) sont unanimes sur la possibilité de satisfaire ces objectifs.

## Références

- Benmansour, S., 2012, *Financements des systèmes de santé dans le pays des Maghreb, cas Algérie, Maroc, Tunisie*, mémoire présenté pour l'obtention d'un magister en sciences économiques, faculté d'économie de Tizi Ouzou.
- Bouhdiba, S., 2008, *Les systèmes de santé et le VIH au Maghreb*, Dakar, CODESRIA.
- Chaoui, F. & M. Legros, 2013, *Le Maghreb face aux nouveaux enjeux mondiaux, Les systèmes de santé en Algérie, au Maroc et en Tunisie. Des transitions inachevées*, Ifri.
- Chaoui, F. & M. Legros, 2012, *Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie. Défis nationaux et enjeux partagés. Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire*, Les notes IPEMED études et analyses.
- Dehbi, B., 2015, *L'épineuse problématique des paiements informels dans le secteur de santé au Maroc : essais d'une démarche de prévention basée sur la motivation des prestataires à la province de Chefchaouen « Maroc »*, Protocole de recherche présenté, sous la direction du Pr Werner Soors, pour l'obtention d'un certificat d'université en gestion des politiques et systèmes de santé, école de santé publique, ULB, Bruxelles.
- Commission de l'Union africaine, 2013, *Commission économique pour l'Afrique de l'ONU, PNUD, BAD, 2013. Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement*.
- Dujardin, B., 2004, *Politiques de santé et attentes des patients, vers un nouveau dialogue*, Paris, Karthala.
- El Marroufi, Y., 2006, *La place de la gouvernance sanitaire dans le nouveau rôle de l'État au Maroc*, mémoire pour l'obtention du DESA en management stratégique des organisations, faculté de droit, Souissi, Rabat.
- Finances news hebdo, 2011, « Couverture universelle de santé, le Maroc loin du compte ? »
- FMI, 2010, « Retrouver l'espoir relancer les objectifs du Millénaire pour le développement », *Finances et développement*, volume 47, n° 3, Washington. 57 p.
- Fakhafakh, D. D., 2007, « Déterminants de la qualité dans les services de santé : le cas de l'hôpital tunisien », *Management et sciences sociales n° 3*, Paris, l'Harmattan, p. 157-176.
- Hinti, S., 2005, *Gouvernance économique et développement des territoires au Maroc*, El Maarif Al Jadida, Rabat.
- Lemieux, V., 2001, *Décentralisation, politiques et relation de pouvoir*, Presses de l'Université de Montréal.
- Ministère de la Santé Maroc, 2013, *Les Comptes nationaux de santé de 2010*, Rabat.
- Ministère de la Santé Maroc, 2012a, *Stratégie sectorielle 2012-2016*, Rabat.
- Ministère de la Santé Maroc, 2012b, *Le plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, fin du Compte à rebours 2015*, Rabat.
- Ministère de la Santé Maroc, 2011a, *Réduire la mortalité maternelle au Maroc, partager l'expérience et soutenir les progrès*, Rabat.
- Ministère de la Santé Maroc, 2011b, *Guide de la lutte antituberculeuse à l'usage des professionnels de la santé*, Rabat.
- Ministère de la Santé Maroc, 2008, *Plan d'action du ministère de la Santé 2008-2012 : réconcilier le citoyen avec son système de santé*, Rabat.

- Michelon, V., 2005, « Le Maroc, un avant-poste de la prévention », *Journal du SIDA* n° 180, p. 30-31.
- Nations Unies, 2014, *Rapport OMD 2014, Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement. Analyse de la position commune africaine sur le programme de développement pour l'après-2015*, Addis-Abeba.
- OMS, 2013, *Statistiques sanitaires mondiales 2013*, Genève.
- OMS, 2010a, *Statistiques sanitaires mondiales 2010*, Genève.
- OMS, 2010b, *Pour réaliser les OMD liés à la santé, le personnel est essentiel*, Genève.
- OMS, 2005, *L'OMS et les objectifs du millénaire pour le développement, aide-mémoire n° 290*, Genève.
- ONU, 2010, *Objectifs du millénaire pour le développement*, New York.
- PNUD, 2010, *La vraie richesse des nations : les chemins du développement humain*, New York.
- République tunisienne, 2014, *Les objectifs du Millénaire pour le développement, rapport national pour le suivi 2013*, Tunis.
- Rejeb, H., 2012, « Monographie nationale de la Tunisie. Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie. Défis nationaux et enjeux partagés. Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire », *Les notes IPEMED études et analyses*, p. 101-116.
- Transparency Maroc, 2006, *Enquête nationale sur l'intégrité*, Casablanca.
- Vincent, L., 2001, *Décentralisation, politiques et relation de pouvoir*, Presses de l'Université de Montréal.
- WHO, 2015, *World health statistics 2015, Part I Health-related Millennium Development Goals*, Geneva.





## **Workable Social Health Insurance Systems in Sub-Saharan Africa: Insights from Four Countries**

Ebenezer Olatunji Olugbenga\*

### **Abstract**

One of the major barriers to access to healthcare in most sub-Saharan African countries is financial constraints. The need therefore arises for African states to put in place workable social health insurance schemes, as is the practice in most developed countries. This article assesses the peculiar characteristics of sub-Saharan African countries that may impact on their ability to build capacity and effectively govern social health insurance schemes for their populations in a sustainable manner. In doing so, it draws from the experiences of countries that have experimented with different approaches to health insurance with varied outcomes. While Ghana has recorded some success, Nigeria and Rwanda have been able to domesticate their policies within a legal framework, yet South Africa is still to detach itself completely from health structures of the apartheid era. In sum, implementation faces a myriad of challenges in these countries and a lot remains to be done. What are these challenges and what steps are being taken to address them? How can other African countries learn from their experiences? Using four African countries as case studies, this article seeks responses to these questions. Specifically, it argues that sub-Saharan African countries need to take account of their socio-cultural, economic and political environments in fashioning their own health insurance strategies that will be pragmatic, socially acceptable and economically sustainable so as to meet the present and future needs of their populations, rather than an unwholesome adoption of the Western model. In making broad recommendations for countries on account of common challenges and experiences, This article emphasizes the importance of transparency in resource governance, unassailable accountability and greater political will by African governments for the eventual workability of their health insurance schemes.

---

\* Department of Political Science, Ekiti State University, Nigeria.  
Email: olugbenga2010@gmail.com

## Résumé

L'un des principaux obstacles à l'accès aux soins de santé dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, ce sont les contraintes financières. En conséquence, les États africains se trouvent devant la nécessité de mettre en place des régimes d'assurance santé sociaux réalisables, comme cela se fait dans la plupart des pays développés. Le présent article évalue les caractéristiques particulières des pays d'Afrique subsaharienne qui peuvent avoir des incidences sur leur aptitude à renforcer les capacités et à gérer de manière efficace et durable les régimes d'assurance santé sociaux pour leurs populations. Ce faisant, il s'inspire des expériences des pays qui ont essayé différentes approches de l'assurance santé avec des résultats divers. Alors que le Ghana a enregistré quelques succès, que le Nigeria et le Rwanda ont réussi à incorporer leurs politiques dans un cadre juridique, l'Afrique du Sud ne s'est toujours pas complètement détachée des structures de santé de la période de l'Apartheid. En somme, la mise en œuvre se heurte à une multitude de défis dans ces pays, et il reste encore beaucoup à faire. Quels sont ces défis, et quelles mesures sont prises pour les relever ? Comment les autres pays africains peuvent-ils tirer des leçons de leurs expériences ? En prenant quatre pays africains comme études de cas, le présent article cherche des réponses à ces questions. En particulier, il soutient que les pays d'Afrique subsaharienne doivent prendre en compte leurs environnements socioculturels, économiques et politiques en élaborant leurs propres stratégies d'assurance santé qui seront pragmatiques, socialement acceptables et économiquement viables, afin de satisfaire les besoins présents et futurs de leurs populations, au lieu d'une adoption malsaine du modèle occidental. En formulant des recommandations générales pour les pays eu égard aux défis et expériences communs, l'article souligne l'importance de la transparence dans la gouvernance des ressources, de la reddition de comptes incontestable et d'une plus grande volonté politique des gouvernements africains pour la faisabilité finale de leurs régimes d'assurance santé.

## Introduction

The health systems inherited by many African states at independence were organized and financed by governments which provided facilities, personnel and other inputs. By the 1980s, however, economic downturn and the embrace of International Monetary Fund (IMF) loans with stringent conditionalities meant that many governments had to cut public spending on infrastructure and services, including healthcare and education. Consequently, many African governments stopped subsidizing public services and began implementing various cost-recovery measures in public services. The cost recovery era witnessed the introduction of out-of-pocket payments for healthcare services,



public water supply and consumables in schools. Thus, since the 1980s and 1990s, out-of-pocket payments by individuals and households have accounted for a larger share of healthcare expenditure in many countries of sub-Saharan Africa (Arhin 2013; Blanchet, Fink and Osei-Akoto 2012). These payments, popularly known as user-fees or the 'cash and carry' health system in Ghana, are known for raising the cost of healthcare, thus making it unaffordable for a large number of the population. In many sub-Saharan African countries, governments rank healthcare relatively low among development priorities (Kaseje 2006:4). For this reason, insufficient resources are allocated to healthcare, including drugs, which is often financed out-of-pocket (Carapinha, Ross-Degnan, Desta et al. 2010).

Healthcare statistics in sub-Saharan Africa are generally poor. For example, although the region makes up only 11 per cent of the world's population, it accounts for 24 per cent of the global disease burden and commands less than 1 per cent of global health expenditure (International Finance Corporation 2011). Although the World Health Organization's suggested thresholds of out-of-pocket payments for health as a guarantee of adequate financial protection is in the region of 15-20 per cent, residents of many African countries spend more (World Health Organization 2010). For example, out-of-pocket spending on health was between 27 and 37 per cent in Ghana in 2012 (Lagomarsino, Garabant, Adyas et al. 2012; Saleh 2012); about 52 per cent in Kenya (Kaseje 2006:4); between 64.5 and 70 per cent in Nigeria in the 1998-2008 period; while in South Africa, government contributes about 42 per cent of all expenditures on health. The remaining 58 per cent is paid by private sources in insurance premiums and out of pocket payments (Valrie 2004).

Whereas the United Nation's recommended minimum required budgetary allocation to health is 15 per cent, many African countries fall below this minimum in their budgetary allocations. According to Spreuwers and Dinant (2012),

in 2007, more than half of the 53 African countries spent less than \$50 per person (as average) on health. Of the total health expenditure, 30 percent came from governments, 20 percent from donors and 50 percent from private sources of which 71 percent was paid by patients themselves, the so-called out-of-pocket payments.

The dire picture of the healthcare situation in sub-Saharan Africa described above, coupled with Africa's status as a low-income region where poverty is a major barrier or hindrance to accessing healthcare, underscores the need for social health insurance as a means of granting access to healthcare for most of the population.

## **Organization of the Article**

This article examines how social health insurance can be made workable in spite of the challenges facing the idea by drawing on the experiences of four countries in sub-Saharan Africa in the administration of health insurance. The article is divided into sections. The first section lays an historical foundation for the adoption of social health insurance as a public health policy by countries in sub-Saharan Africa. Section two presents a conceptual map of public policy, public health and social health insurance by identifying the public whose interest government exists to serve and protect as the target and unit of analysis of public policy. The section also interrogates the role of government and the context of public health policy development. Section three presents the background to social health insurance in sub-Saharan Africa by pinpointing the reasons for the embrace of social health insurance in the sub-region. Section four links long-term system goals of health improvement, equity, financial sustainability, efficiency and avoidance of waste with the intermediate goals of greater access, effective universal coverage, quality and safety of healthcare services which, along with affordability, social health insurance is supposed to embrace.

Section five presents the concept of Universal Health Coverage and its three dimensional approach of breadth, depth and height which translates into health equity, number and quality of treatment as well as the extent of financial risk protection respectively, which are also the targets of social health insurance. Section six presents the four case studies with their individual specificities while section seven draws out the commonalities and lessons from the case studies to guide the planning and management of social health insurance in the region. Section eight concludes the article.

## **Public Policy, Public Health and Social Health Insurance: A Conceptual Map**

Conceptually, the public sphere incorporates every aspect of human life or activity that is regarded as requiring governmental control, intervention or regulation (Parsons 1995:3). Public policy, argues Dewey (1927), deals with the public and its problems and it will likely reflect 'how, why and to what extent governments pursue particular courses of action or inaction' (Heidenheimer, Bluhm, Peterson et al. 1990:3). For Dye (1976:1), public policy deals with 'what governments do, why they do it and what difference it makes'. Therefore, public policy speaks to the nature, causes and effects of governmental action or inaction (Nagel 1990:440).

As Hogwood and Gunn (1984:24) argue, 'for a policy to be regarded as a "public policy" it must have been generated or at least processed within the framework of governmental procedures, influences and organizations'. However, in the globalized world of the twenty-first century, an issue may be regarded as 'public' prior to direct government involvement if its formulation, crystallization and how the issue is placed on the agenda of public discourse involve mass, common or popular action. That is, there must be a form of agreement among stakeholders on the need for such action. Invariably, the strength and conviction of the agreement will push the issue or problem on to the government agenda. Such issues may include biodiversity protection, banning of smoking in public places or making quality health care available and affordable for all segments of the population irrespective of socio-economic status.

Following the World Health Organization's (1948) definition of health as 'a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity', we can conceptualize public health as a wide and deep area requiring public policy interventions not just to treat illnesses but also to prevent them. The objective will also be to advance the livelihoods of populations by taking cognizance of the physical, economic and social factors of people's lifestyles as individuals, families and communities within the local, national and global contexts. As expressed by Orme, Powell, Taylor et al. (2007:7):

Improving the public's health and well-being is a high profile feature of government policy. Public health action has extended into a far wider arena, as it recognizes that factors in people's social, economic and physical environment have a profound impact on their health and can create deep inequalities.

Public health therefore deals with issues of scientific, social, economic, environmental and political importance that affect the health and livelihoods of people in general. A main linkage between public health and public policy is the concern with the population, the public whose interest government was instituted to protect and advance. This fact comes out boldly in Kelly's (2007:xix) argument that public health is much more than an interesting scientific challenge since it deals with issues that affects us all as members of the public.

It is for these reasons that public health addresses questions of health provision, health improvement, quality of health, social care, access equity, health resources and sustainability that are crucial to the success of social health insurance in Africa.

A second linkage between public policy and public health is the crucial importance of the role of government, the maker and implementer of public policy in enforcing public health regulations and laws. As the sovereign power within its territory, government has the legal monopoly of the instrumentalities of coercion to enforce rules and to punish offenders. It has been argued that:

Public health occupies the very uncomfortable territory where the rights of some clash with the rights of others. ... The problems it addresses are scientifically challenging, are practically difficult to deal with and are about some of the most hotly contested political and philosophical issues of the day. Public health ... operates in the territory ... where human psychology, sociology, economics, politics, geography and medicine intersect and overlap (Kelly 2007:xix).

Although the ascendancy of the market economy, the trend towards minimalist government, a poor economic outlook and different interpretations of the role of the African state (as outlined by Kawabata 2006, for example) have combined to gradually alter the roles of government in the developing world, and Africa in particular, the importance of government as an organizer, implementer and regulator of social life is not in doubt.

A third linkage between public policy and public health is that because public health is multidisciplinary in orientation, involving different resources and actions by many contributors (Orme, Powell, Taylor et al. 2007:7-8), it is important to understand the context of public health policy development so as to appreciate how public health actions come about and the interests, roles and contributions of the various stakeholders in partnership for public health. It is only then that researchers can be in a position to offer intellectually stimulating and practically feasible suggestions for resolving identified problems and moving public health forward.

It is within this context that one can understand and situate Kutzin's (1996:61) conception of health insurance as 'a way to pay for health care and to ensure access to services by providing a mechanism for sharing the risk of incurring medical expenditures among different individuals'. The population constitutes the unit of analysis for public policy, and governments seek to influence and direct public life through policy.

A major concern of governments is to narrow existing gaps amongst various segments of the population and this concern has often influenced the crafting of public health policies by various governments. Kutzin (2013) submits that 'all countries seek to improve equity in the use of health services, service quality and financial protection for their populations'. This desire is particularly relevant to governments in sub-Saharan Africa where poverty

is widespread among the population and where governments are finding it difficult to meet minimum health needs. It is this desire that informs the choice of social insurance by African governments as a strategy for meeting the health care needs of the population.

### **Background to Social Health Insurance in Sub-Saharan Africa**

A review of recent literature reveals that more countries globally are embracing health insurance schemes as a means of meeting the healthcare needs of their populations (Spaan, Mathijssen, Tromp et al. 2012; Spreeuwes and Dinant 2013; Kutzin 1996; 2013; Archin 2013; Drechsler and Jutting 2007). Available literature also indicates that while national health insurance services (NHIS) are more common in the developed countries of North America and Europe (Physicians for a National Health Programme 2010), social health insurance (SHI) and community-based health insurance (CBHI) are more widespread in Asia and Africa. However, private health insurance (PHI) schemes thrive in sub-Saharan Africa (Spaan, Mathijssen, Tromp et al. 2012) because public health systems cannot meet the needs of the entire population. Therefore private employers arrange health insurance schemes for their employees.

Beyond the desire to imitate the healthcare systems of other countries, the following characteristics may pre-dispose African countries towards adopting social or community-based health insurance systems:

- i. Poor funding of the healthcare sector (Kutzin 1996:62; Kaseje 2006; Salako 2007:15). Although the World Health Organization's recommended minimum spending on health is US \$27 per person per year, most African countries spend less than US \$10 per person per year. Also, whereas heads of states and governments in Africa committed themselves to allocate 15 per cent of their annual budgets to health at the Abuja Declaration in 2001, annual spending on health in the region rarely exceeds an average of 5 per cent of GDP (Kaseje 2006:4).
- ii. Inequitable and inefficient allocation of the few resources that are allocated to the public health sector (Kutzin 1996:62). This often results in low quality health services and geographical imbalances in the distribution of healthcare infrastructure between rural and urban areas. Invariably, health problems are worst where resources are least available and those who need more care have the least access.
- iii. A scenario of deepening poverty, high disease burden and death with approximately 54 per cent of the sub-Saharan African population living in absolute poverty. Malnutrition, HIV/AIDS, and other preventable diseases like malaria (Olugbenga 2014), diarrhea and

respiratory tract infections being the major causes of death, apart from other causes of death like injuries from accidents, violence and war. A report by the European Union (2010) estimated that about 8.8 million children under the age of five (half of them in sub-Saharan Africa) still die yearly from preventable or curable illnesses.

- iv. There is human resource scarcity in the health sector, mainly the result of brain-drain, which itself is due to poor working conditions and remuneration, poor health infrastructure and inappropriate medical technologies. Other problems include inadequate medical personnel in some countries, and the concentration of medical workers in a few urban areas to the neglect of rural areas (Kaseje 2006:7).
- v. Weak, inappropriate health systems that are too old, underfunded, deficient in data reporting and which neglect traditional, faith-based and other informal services of care that can complement orthodox medical care (Kaseje 2006:7).

Besides the above-mentioned characteristics of healthcare systems in sub-Saharan Africa, the following peculiarities act as catalysts for the adoption of social health insurance by countries in the region:

- i. Africans generally value unity and appreciate communal loyalty in the spirit of being one's brother's keeper. This agrees with the philosophy of 'from each according to his ability; to each according to his need' which social health insurance symbolizes.
- ii. Even without direct government involvement, a growing proportion of the private sector in Africa is embracing joint health insurance schemes for their workers, particularly within the urban private sector.
- iii. Consequent upon rising poverty, there is a growing army in Africa of the unemployed, the under-employed and the unemployable (who received sub-standard education and want jobs whose demands they cannot cope with) and the destitute who need access to healthcare as human beings. In the face of dwindling government resources, reduced healthcare funding, rising health inequalities and other concerns of foreign donors who have been contributing to healthcare in Africa, social health insurance would be appropriate for sub-Saharan Africa.
- iv. More importantly, public or universal social welfare systems are not yet developed in many African countries. Therefore, the expanded African interpretation of the concept of 'family' (in terms of determining appropriate beneficiaries) would make whole-scale adoption of Western health financing systems problematic for Africans.

## **Health System Goals and Health Insurance in Sub-Saharan Africa**

The World Health Organization (WHO) argues that a health system is more than a pyramid of publicly-owned personal healthcare delivery facilities or structures, but also consists of all organizations, people and actions whose primary intent is to promote, restore or maintain health (WHO 2007:1). Health system goals generally include improvement of health and health equity in ways that are responsive, financially sustainable and optimally efficient; they must also avoid wastage of resources. However, in order to attain these goals, a health system must also achieve the intermediate goals of ensuring greater access, effective coverage, quality and safety of healthcare services for the majority of the people (WHO 2007:1).

People enjoy different levels of economic, social and physical access to healthcare needs. It is reasonable, therefore, to establish systems that can allow individual members of a group to access healthcare when they need it without paying astronomical costs, which they may not be able to afford unless they sacrifice other needs that may also be pressing. Social health insurance, Kutzin (1996:61) submits, is 'a way to pay for health care and to ensure access to services by providing a mechanism for sharing the risk of incurring medical expenditures among different individuals'.

Kutzin emphasizes the strategic importance of financial protection as well as the ability, willingness and access to use health services, as prerequisites for social health insurance. He argues that since public policy objectives in the health sector include improving health status, equity, efficiency, acceptability (to providers and users) and sustainability, expanded coverage of health insurance may be a means to achieve progress towards these objectives (Kutzin 1996:61). However, he warns that the pursuit of broad coverage through health insurance is not the end of policy.

Historically, access to healthcare has been a challenge to the poor in sub-Saharan Africa for several reasons. These include, but are not limited to, poor management of healthcare institutions that encourage the waste of resources, inadequate health personnel, physical and economic denial of access where facilities are located far away from supposed beneficiaries and the bulk of healthcare cost being borne out-of-pocket by patients. Another challenge is the received philosophy that promotes curative to preventive healthcare therapy. This situation generates problems of inequality, inequity and low quality services. Although inequities in health status are a universal problem affecting health systems, an added problem in the developing world, including Africa, is unbearably low health outcomes, which can be addressed with the strategy of universal health coverage.



## **Universal Health Coverage**

Universal health coverage (UHC) is a strategic aspect of the post-2015 Millennium Development Goals (MDGs), aimed at reducing individual and household health spending that is a major cause of poverty in many countries. As Margaret Chan, Director-General of the WHO, explained, UHC is:

the single most powerful concept that public health has to offer ... a powerful equalizer that abolishes distinctions between the rich and the poor, the privileged and the marginalized, the young and the old, ethnic groups, and women and men (Chan 2012).

UHC, according to WHO (2013), is an idea targeted at ensuring that all people have access to promotive, preventive, curative and rehabilitative health services of sufficient quality to be effective, while also ensuring that people do not suffer financial hardship when paying for these services. Since it became a priority programme of the WHO, it has become a major focus of health reform programmes globally. It is particularly relevant to health reforms in sub-Saharan Africa where health statistics present an ugly picture, particularly in terms of economic and physical access as well as equity, two major issues that drive and sustain poverty.

UHC pays particular attention to the aforementioned issues by addressing critical questions of equity in access to health services, ensuring a good and acceptable level of quality of health services and ensuring financial risk protection for a majority of the population. Equity is a bulwark against social and economic discrimination in health, so that everyone who needs health services may get them whether or not they can pay for them. A health service is acceptable if it can improve the health of beneficiaries, and the cost of health services must not put beneficiaries at the risk of financial impoverishment or hardship.

Taken together, these objectives are in tandem with the assessment criteria of the WHO's (2008) three-dimensional approach of breadth, depth and height of coverage for assessing progress towards UHC. Breadth (or span across socio-economic classes) corresponds to equity and is the proportion of the population, notably the poor and other disadvantaged groups, that has access to healthcare. Depth of coverage corresponds to the number and quality of services and assesses the range of health services available to meet the healthcare needs of covered populations. The height of coverage corresponds to the extent of financial risk protection of the population. It asks what proportion of the total cost of healthcare is covered through pre-payment and what percentage is paid out-of-pocket by beneficiaries. The objective is to keep out-of-pocket payments to the barest minimum for the majority of the population. The extent of universal coverage is an issue



which is further examined below.

### **The Four Case Studies**

I examined social health insurance in Ghana, South Africa, Rwanda and Nigeria, with a view to finding out how their experiences might be useful in structuring new schemes in other African countries. It will also enable the revamping of ailing social health systems or enlarging small social insurance systems so they can cover entire populations.

Ghana was chosen because of its experiences in health insurance within the past decade; it is often held up as a success story in health insurance in sub-Saharan Africa (Blanchet, Fink and Ossei-Akoto 2012; Spreeuwers and Dinant 2012; Imurana, Haruna and Kofi 2014; Arhin, 2013; Apoya 2011). The intention is to help other countries learn from Ghana's experiences in terms of coverage, funding, management, political will, etc.

Rwanda is included in the study in order to examine what roles mobilization from below can play in the organization and management of health insurance schemes. We also included it so as to learn what impact heavy reliance on donor support can have on the long-term sustainability of health insurance schemes in sub-Saharan Africa.

Both Nigeria and South Africa have comparatively large territories and populations, as well as ethnic diversity. They are included in the study to observe the dynamics and effects of voluntary health insurance schemes in countries with large populations and with wide social, economic and ethnic configurations. Together with Ghana and Rwanda, the two countries demonstrate the critical importance of political will and getting targeted beneficiaries to support the implementation of public policies that will deliver public goods but extract financial resources from large swathes of poor populations in poor countries.

Taken together, the four case studies can illuminate thinking about health insurance in sub-Saharan Africa so that we can confront new challenges and re-examine old problems from new perspectives.

### **Methodology**

The research design adopted for this work is social survey. It employs a combination of both secondary and primary sources of data. For those countries like Ghana, South Africa and Rwanda that I could not reach easily, I relied heavily on desk review of related documents. Some of these included assessment reports of the various social health insurance programmes and academic articles. It also includes reports of interviews and other forms

of interaction with the systems, their operators and the subscribers in the different countries. In the case of Nigeria, I combined primary (i.e. interviews) with secondary data available from other sources. Primary data were from key informant interviews with stakeholders in Nigeria's National Health Insurance Scheme (NHIS). These included Mr. Ajodi, M. Nuhu, the Ekiti State manager of the NHIS; Dr. Ade Tade, the Director of a service provider organization, Ade-Tade Hospital; and some employees of the Federal Government of Nigeria who are enrollees or subscribers to the NHIS. In all, I had several interviews with these stakeholders and the issues discussed included funding, service coverage, referrals, benefits to subscribers, bringing in potential subscribers from the informal sector to boost coverage, as well as other challenges facing the scheme. Also, my interaction with the State Director gave me insight into the existence and efforts of a multi-country collaborative group by managers of health insurance schemes in the continent. I also interviewed some social health insurance service providers and federal workers who are subscribers to the NHIS scheme in Nigeria.

I employed inferential analysis of the data obtained from both primary and secondary sources described above. Through this, I was able to identify and isolate issues and themes that are common to the schemes under study and other schemes in the continent for attention and treatment.

The issues identified are discussed and broad recommendations made towards their resolution in order to assist the various social health insurance schemes in sub-Saharan Africa not just to survive, but also to thrive and attain the goals of equity, quality and financial risk protection for enrollees.

### **Ghana's National Health Insurance Scheme**

Ghana's National Health Insurance Scheme (henceforth NHIS) was established between March 2001 when its bill was passed into law, 2003 when the scheme was introduced (Apoya 2011), March 2004 when the scheme was launched and March 2005 when actual implementation commenced by the John Kufuor-led New Patriotic Party (NPP) (Imurana, Haruna and Kofi 2004). It was in fulfillment of one of its major political campaign promises to abolish the 'cash and carry' healthcare system that forced citizens to make high out-of-pocket payments at the point of health service delivery.

### **Objectives and Legal Instruments**

The main policy objective of the scheme at inception in 2003 was to register, within five years of implementation, every resident of Ghana to a health insurance scheme, guaranteeing equitable access to healthcare and

adequate insurance cover against, and thus protection from, astronomical healthcare expenditure (Agyepong and Adjei 2008). The legal instrument for the scheme, the National Health Insurance Act 650 of 2003 was developed with the support of international and local health development partners. It made provisions for three major schemes, namely, a public-supported District Mutual Health Insurance Scheme (DMHIS); a Private Mutual Health Insurance Scheme; and a Private Commercial Health Insurance Scheme. Reorganization in 2012 harmonized the operations of all public-supported district mutual schemes under the umbrella of the National Health Insurance Authority through another National Health Insurance Act 852. By covering about 95 per cent of common health problems in Ghana, it was believed the scheme would be a great relief, removing catastrophic out-of-pocket payments for healthcare, enabling universal coverage and addressing problems of equity of access. To boost implementation, a National Health Insurance Council (NHIC) and a National Health Insurance Authority were established. There is also the Ministry of Health which performs specific functions related to the scheme (Ghana Ministry of Health 2004a; 2004b).

## **Funding**

Since the scheme was originally established, partly as a cost-recovery measure and to relieve government of the burden of funding healthcare alone, funding for the scheme was shared between government and the enrollees who are the beneficiaries. To ensure success, government created a National Health Insurance Fund (NHIF) to manage and ensure a steady flow of funds from a stream of tax-based sources, government grants or premium contribution by enrollees. The sources included:

- i. A National Health Insurance Levy (NHIL) of 2.5 per cent value-added tax on goods and services. The National Health Insurance Authority (2011) reported that this tax revenue always accounted for 75 per cent of the total income for the scheme (Arhin 2013; Blanchet, Fink and Ossei-Akoto 2012).
- ii A 2.5 per cent payroll tax from Social Security National Insurance Trust (SSNIT) deductible at source from formal sector workers. This accounted for 23 per cent of funding (Blanchet, Fink and Ossei-Akoto 2012).
- iii. Individual contributions and premiums paid directly by informal sector workers to District Health Insurance Schemes. In reality, this is very little because even though persons in the informal sector constitute 70 per cent of the total Ghanaian work force, only about 22 per cent of them had enrolled with Ghana NHIS as at September, 2006 (Imurana,

Haruna and Kofi 2014). At the beginning of 2011, premiums from the informal sector had accounted for only about 5 per cent of the total income of the scheme (National Health Insurance Authority, 2011; Blanchet, Fink and Ossei-Akoto 2012). Payment of premiums by informal sector workers or enrollees is graduated from a minimum of GhC47.20 (about US \$4.80) for people of lower socio-economic groups and GhC48 (about US \$32) for people who are well off (Arhin 2013:2).

- iv. Other funds are from parliamentary allocations, donors or returns on investments. This constitutes 2 per cent of the funds (Blanchet, Fink and Ossei-Akoto 2012).

### **Implementation Assessment**

Implementation is always a challenging aspect of public policy that can put it at risk either because the policy is bad or due to poor execution or even bad luck (Hogwood and Gunn 1984:197). Beginning with Derthick (1972), Pressman and Wildavsky (1973) and Bardach (1977), studies show that implementation has always been a challenging but interesting aspect of public policy. By the same token, implementation evaluation and analysis is even more challenging. A consideration of the findings of many implementation analyses made by Olugbenga (2013) suggest that 'implementation is the graveyard of policy'. Implementation of Ghana's National Insurance Scheme (NHIS) was premised on a foundation of institutions and processes aimed at facilitating UHC that is backed up with strong political will by government from inception. It was the main political campaign issue on the basis of which the opposition John Kufour-led New Patriotic Party (NPP) wrestled power from John Atta Mills's incumbent National Democratic Congress (NDC).

Ghana NHIS consisted of a National Health Insurance Authority, a network of 145 District Level Mutual Health Insurance Schemes (DMHIS), a premium exemption that covers formal sector workers paying contributions to the Social Security National Insurance Trust (SSNIT) and their dependants, staff of the Armed Forces and the Police Service, children under eighteen years-old (formerly with at least one, but now with both parents paying contributions) and persons over eighteen, SSNIT pensioners and the core poor. These are unemployed people without visible sources of income, fixed residences and not living with someone employed and with fixed residences. The scheme covers all these categories of people.

In general, the NHIS has had the following positive effects: offering comprehensive preventive, hospital and drug benefits to an extent, with

about 95 per cent of the national disease burden covered; promotion of equity by exempting certain categories of persons (particularly the poor from premium contribution although they are required to register; a slightly positive impact of about 4 per cent (at pre-NHIS levels) in reducing out-of-pocket payment for subscribers; and provision of standard, acceptable services to enrollees (Lagomarsino, Garabant, Adyas et al. 2012).

However, the scheme has faced some challenges, namely, low enrollment of about 40 per cent after a decade of implementation instead of the projected 100 per cent within five years of implementation. Funding proved to be another challenge. With the bulk of funding coming from value-added tax, the scheme appears more of a tax-funded system than a social insurance. This raises the question of financial sustainability.

Ghana NHIS faces some administrative challenges that constitute limitations on its effectiveness. Act 650 (particularly Section 31) that established the scheme makes enrolment technically compulsory for all residents of Ghana. In reality, however, enrolment is voluntary since there is no penalty for defaulting. This perhaps explains the low coverage figures (about 40 per cent) after a decade of operation, meaning that about 60 per cent of residents still use the 'cash and carry' health system. Even for the enrolled, the mandatory annual renewal of user-cards is not automatic, causing temporary access denials for some holders of such cards. The NHIS is fragmented into different schemes in different districts, and this breeds challenges of co-ordination, efficiency and accountability.

Apoya's (2011) estimate show that 36 per cent of costs could have been saved if government had taken the right measures to tackle inefficiencies and cost escalation. Finally, only a marginal reduction has been recorded in out-of-pocket payments since the commencement of the scheme in 2003, and other problems affecting both the quality of service and height of coverage have emerged. For instance, although about 3,000 health facilities are serving the system (Seddoh, Adjei and Nazzar 2012, cited in Arhin 2013), it suffers inadequacy of staff and equipment in certain places (Witter, Arhinful, Kusi et al. 2007). Following an independent review in 2008, the Ministry of Health itself reported discrimination against NHIS insured patients, low likelihood of being seen by a qualified doctor, long queues and waiting time and less likelihood of receiving all prescribed drugs. Other observed anomalies included demand for unofficial and additional fees by frontline medical staff for out-of-stock items in various facilities, with the aim of supplementing incomes (Ministry of Health 2009).

Ghana's NHIS scheme's initial aim of universal coverage within five years of implementation has not been achieved after a decade. Also, there are

contradictory statistics on coverage from different sources, depending on the assessor. It is instructive that figures and commentaries on the scheme from government and international health development partners stand in sharp contrast to those given by independent assessors and researchers. Other assessments of the scheme are contradictory. This suggests that individuals, groups and institutions are playing politics with the figures about the programme to achieve particular ends.

On coverage, for instance, the National Health Insurance Authority (2011) calculated this to be about 1.3 million (approximately 6.5 per cent) of an estimated population of 20 million in 2005. Four years later, in 2009, the NHIA put coverage figures at an encouraging approximate figure of 10 million, which is about 50 per cent of the population (National Health Insurance Authority 2011). After much criticism over its cumulative method of assessing enrollment (National Health Insurance Authority 2011; Apoya 2011), the NHIA conceded and revised its figures, putting 'active' enrollees at 8.16 million (about 34 per cent of the population) at the beginning of 2011. By October, 2013, enrollment for private and other mutual insurance tiers were quoted to be less than 6 per cent of Ghana's population, bringing the total number of the insured to about 40 per cent after a decade of implementation.

The above situation suggests that, apart from the NHIA, foreign development partners and some researchers either had vested interests or were simply deceived by figures and reports. For instance, Spreeuwiers and Dinant (2012) stated that 'Ghana is the only country in sub-Saharan Africa that successfully implemented a national health insurance scheme. In 2008, five years after implementation, 45 percent of the Ghanaian population is enrolled'. In the same report, however, they also noted that 'rumour has it that the Ghanaian health system has difficulties in raising sufficient funds to pay for all enrolled patients, and some say that the insurance scheme will shortly go bankrupt due to its own success' (Spreeuwiers and Dinant 2012). It appears that the adulation for Ghana's NHIS is probably greater than its achievements, prompting caution in recommending the scheme as a model to other sub-Saharan African countries.

## **Health Insurance in Rwanda**

### ***Objectives and Legal Instrument***

Rwanda operates a community-based health insurance system called the '*Mutuelle de santé*' scheme which provides insurance for curative care for over 50 per cent of the population who are employed outside the formal

sector and, therefore, vulnerable to astronomical healthcare costs. Its objectives, derived from the Bamako Initiative of 1988 was 'to revitalize health care strategy and strengthen equity in access to health care' through the strategy of decentralization. In the post-1994 genocide period, the government started to rebuild the healthcare delivery system through the health insurance law no. 62 of 30 December 2007. It is a community-based system that incorporates primary, secondary and tertiary care with three key elements, namely:

- i. investment in strong and free preventive care against major diseases;
- ii. emphasis on subsidized, curative care by means of voluntary, prepaid health insurance; and
- iii. performance based health financing as basis for continued funding in order to improve the quality of care (Kayonga 2007:2).

The central government has decentralized the implementation of health policies to the sector and district levels, leaving (at the national level) the functions of policy development, capacity building, monitoring, evaluation and resource mobilization (Kayonga 2007: 3). Like other health insurance programmes, it shifts fees from the point of service to a pre-payment system that includes registration fees, insurance premiums payable at regular intervals regardless of whether or not the health insurance holder uses the services and a co-payment at the point-of-use.

## **Funding**

Funding for the *Mutuelle* comes from two main sources, namely members' annual premiums (comprising 50 per cent) and transfers from the government, other insurance funds, development partners, charity organizations and non-governmental organizations which make up the remaining 50 per cent. Each member's annual premium was us \$2 per person up until 2011 when it was increased to US \$6 per family member (Asaba 2015:2). According to Kayonga (2007:3), this 50 per cent is made up of 12 per cent from each of the civil servants' social insurance, Military Medical Insurance and the Genocide Victims' Fund; 13 per cent comes from the annual budget of the Ministry of Health while less than 1 per cent comes from development partners and local government.

## **Implementation Assessment**

As Dhillon (2011) argues, the Rwandan healthcare delivery system and the *Mutuelle* in particular have recorded some achievements because they enjoyed great support from the government and the overall health policy



environment, especially since the government makes investment in health a priority. This includes strong local political support and international assistance, increasing strategic investments in health, strong economic performance, a uniquely effective public administration and strong popular support and buy-in to government policies and programme initiatives by the population.

Rwanda's health insurance programme has improved access to healthcare for the population in recent years. From a mere 7 per cent in 2003, insurance coverage of the population increased to 91 per cent in 2010 according to the Ministry of Health, Republic of Rwanda (2010) and utilization of health services rose from 0.31 outpatient visits per capita in 2003 to 0.95 in 2010; while under-five mortality reduced by half from 15.2 per cent in 2005 to 7.6 per cent in 2010 (National Institute of Statistics of Rwanda 2006; 2011). Kayonga (2007:4) attributes the relative success of the *Mutuelle* to its dedication to quality services, community orientation, bottom-up architecture, political will, a results-driven atmosphere, continual improvement, financial access for the poor, and the existence of a large, uninsured informal sector that provides a market for community-based health insurance.

However, there are challenges. Dhillon (2011) found confounding correlations between *Mutuelle* coverage in Rwanda and improvements in utilization and indicators, notably concurrent increases in health spending. Both the Rwandan Ministry of Health and the World Health Organization (WHO 2011) found that the country spent US \$10 per capita on health in 2002, but by 2010, this had increased to US \$48 per capita. This can be explained by the high level of government commitment to the success of the *Mutuelle* health scheme. For instance, although the scheme generated a small percentage of overall health spending and therefore could not be self-financing, government felt committed to it in order to encourage international donors to contribute their quotas, which happens to be significantly high.

Although *Mutuelle* coverage increased in enrolment over time, the same cannot be said of its resource generation capacity. For example, the *Mutuelle* accounted for only 5 per cent of all health spending in 2006 and at least 20 per cent of its funds come from donors and government subsidies (Ministry of Health, 2008). Figures from the Ministry of Health, Rwanda (2008) indicate that Rwanda's health spending is heavily dependent on foreign donors who contributed 33 per cent of its health spending in 2002, which increased to 53 per cent in 2006.

This above suggests that the *Mutuelle* is not self-financing and that without foreign donor assistance, it may be unsustainable. Like Ghana's health insurance system, it is heavily subsidized by government. Unlike



Ghana's system, however, it charges co-payments at the point of care, a barrier to access for the poor. Statistical evidences from a small pilot study on the impact of enrolment fees and point-of-use co-payments on health services utilization in the *Mutuelle* in 2007 found that visits per capita and health service utilization doubled when enrollment fees and point-of-use copayments were suspended (Dhillon 2011). A study of research reports, Ministry of Health papers and results of pilot studies on the Rwandan health system shows that the *Mutuelle* faces the following challenges:

- i. The existence of premiums and co-payments limit the attainment of universal coverage, and is a barrier to access. Increasing premiums and co-payments have worsened access and health service utilization.
- ii. The *Mutuelle* generates minimal funding on its own, relying on funding from government, which in turn looks to international donors for the bulk of its health spending. This naturally places a limit of sustainability and expansion if foreign sources of funding fail, especially given that many other challenges such as the renewed migrant crisis in Europe equally deserve donors' attention. Expanding Mutual Fund contributions is a way out, but it has to be done carefully so it will not affect access, equity and utilization.
- iii. Other challenges include numerous priorities, financial gaps, human resource constraints, insufficient institutional capacity and management ability, and increasing participation that put strains on performance and maintaining a high quality of care.

## **South Africa**

South Africa operates a dual healthcare system that is financed through a combination of private and public sources of general tax, private insurance and out-of-pocket payments. The system is dominated by private medical schemes that pool resources to cater for a small percentage of the population while the public health system is overburdened by a larger volume of users with fewer resources.

Therefore, health equity, access and affordability are major issues in South Africa as global health sector reforms are increasingly tending towards the objectives and ideals of UHC. Health insurance in South Africa is for the minority rich who can afford the cost while the poor majority depends entirely on the public-financed health system. This fact has limited thinking, action and research on the development of the health sector. For instance, in a systematic study of the impact of health insurance in Africa and Asia, Spaan, Mathijssen, Tromp et al. (2012) could not find existing studies on the

South African and Zimbabwean health systems even though private health initiatives (PHI) exist in these countries. They reasoned that this could be symptomatic of 'a certain bias in reporting on health insurance schemes, possibly driven by national government, donor or research priorities, data availability and difficulty in publishing negative impact results' (Spaan, Mathijssen, Tromp et al. 2012).

Medical schemes that dominate private health initiatives in South Africa owe their origin to the 1956 Friendly Societies Act of the apartheid era and a strong and united social solidarity background which the regulatory framework seeks to preserve by requiring contributions to be community-rated.

### **Characteristics of the South African Dual Health System**

- i. Like the inherited health systems of many other African states, it is weak on equity and therefore inappropriate for a post-apartheid society of the twenty-first century.
- ii. The regulatory framework seeks to protect and preserve the status quo. For instance, relevant laws continue to protect pro-rich regulations and even though health schemes are *de jure* 'not for profit', they are *de facto* run by 'for-profit' organizations. The question remains as to whether individuals should be allowed to die because they cannot afford healthcare.
- iii. There are economic differentials in the treatment given to care seekers, depending on their levels of affluence. Some schemes are even restricted to particular companies or industries.
- iv. Health insurance schemes are supposed to be voluntary, but in practice, employment requirements make them compulsory.
- v. Human resources distribution in the health sector is disproportionately skewed in favour of the private sector to the detriment and underdevelopment of the public sector.

South Africa is already considering a major health system restructure in preparation to embrace universal coverage that can promote equity and financial risk protection. It is therefore important to highlight, as we have done above, the ways in which the current system encourages inequity and exposes the poor majority to financial risk. This will be useful as a guide for the change process.

### **Health Insurance in Nigeria**

The Nigerian National Health Insurance Scheme (NHIS) was established by Decree 35 (now Act 35) of 1999, re-acted as the National Health Insurance Scheme ACT, Cap N42, laws of the Federation of Nigeria, 2004, to operate

as a public-private partnership, directed at providing accessible, affordable and qualitative healthcare for the population. It was introduced against the background of poor health indicators, underfunding of the health sector for a long time by government and a dwindling ability of federal and other levels of government to cope with health funding. Other indicators were a rise in private expenditure to 70 per cent of total health expenditure and a steady rise in out-of-pocket expenditure on health; a high infant mortality rate of 19 per cent and annual mortalities of children under five years of over a million. These figures represented the highest in Africa and the second highest in the world, from 1990 into the first decade of the twenty-first century. The government had relied more and more on international donor funding of the health sector, even as pressures rose for the country to meet UN MDGs.

The NHIS was designed to cover preventive, promotive and curative components of healthcare delivery for various segments of the population. This is reflected in its elaborate schemes for the formal and informal sectors, the organized private sector, the army, police and other uniformed services, students of tertiary institutions, community-based social health insurance, vulnerable groups, physically challenged persons, prison inmates, children under five as well as refugees, victims of human trafficking, internally displaced persons and immigrants. However, there are no official figures of how many of these groups are actually covered.

Funding is basically by pooling contributions from government, enrollees and donations by way of formal launch and fund-raising events targeting individuals, governmental and civil society organizations to boost the financial base of the scheme. Beside government contributions to the NHIS management, enrollees pay contributions and premiums on a regular basis, either from salary sources in the case of formal public and private sector workers or monthly contributions in the case of informal sector workers, consisting of voluntary and other community-based groups. Provider payment systems include capitation and fee-for-service for referral and emergency cases. Others are co-payment (10 per cent of the total cost of drugs dispensed per prescription excluding vulnerable groups and those in tertiary institution programmes); per diem or fees paid by primary providers/HMOs to secondary/tertiary providers for bed space during hospitalization or emergencies; and co-insurance which is part-paid by enrollees for treatments/investigations that are covered under a partial exclusion list. HMOs pay the balance of co-payments.

## **Implementation Assessment**

The Nigerian NHIS programme has been operational for about fifteen years (1999-2015). Although updated coverage figures are not readily available, the scheme was able to achieve only about 3 per cent coverage, that is, five million out of a hundred and sixty million Nigerians, as of 2010, eleven years after inception. The reasons for the poor coverage are multiple, including the following:

- i. The enabling law makes enrollment voluntary rather than compulsory, at least for formal sector workers. The government gave managers of the scheme the mandate to cover only 30 per cent of the population, but using its discretion, management increased the target to 40 per cent, so as to place it in a position to meet government's minimum requirement. An effort to make enrollment compulsory for all by passing the NHIS bill into law in the National Assembly has met with opposition from groups that have not been reigned in to the NHIS and who think their interests would be affected by such legislation.<sup>1</sup>
- ii. Lack of political will by government to fund the health sector appropriately. For instance, Nigerian government's spending on health is often below 5 per cent of GDP and in the 2010 budget was a paltry 3.98 per cent. Out-of-pocket payments for health averaged 64.5 per cent of total expenditure between 1998 and 2002, increasing to 70 per cent in the 2011 financial year. Expectedly, total household spending on health has been rising in Nigeria. The lack of commitment by government could be responsible for its failure to make enrollment compulsory, an action that would have boosted the resource base of the scheme, given Nigeria's large population.
- iii. There are operational challenges. For example, some service providers force enrollees to make out-of-pocket payments at the point-of-use in the form of co-payments for unavailable drugs and high co-insurance costs for medical and laboratory investigations for items on the exemption list. Also, while NHIS pays health maintenance organizations on a quarterly basis, some HMOs pay providers on monthly basis while others default in payment. This has prompted the NHIS authority to deregister some HMOs.<sup>2</sup>
- iv. Premium coverage through private sector employer-based systems is functioning but small. This is because, like many other countries in sub-Saharan Africa, government is the largest employer of labour in Nigeria. And not all private sector organizations in Nigeria that have embraced the idea of health insurance. With proper planning and

implementation of health insurance in the public sector, the saying 'the more the merrier' can be fulfilled.

- v. Finally, incessant changes in leadership of the scheme is a problem that may deprive it of the benefits of continuity. Government must avoid frequent changes of leadership, for whatever reasons, so that the scheme can reap the advantages of strategic planning in pursuit of its vision.

## **Health Insurance in Sub-Saharan Africa: Commonalities and Lessons**

### ***Commonalities***

First, experiences of the countries surveyed point to the importance of strong political leadership to the conception, adoption and implementation of social health insurance systems that people will accept, own, utilize and help to develop to an acceptable level. This was present in the case studies, and was very strong in the cases of Ghana and Rwanda. Strong political leadership also featured in the cases of South Africa and Nigeria, although for the former, the apartheid root of the health insurance system deprived the scheme of equity as a key UHC objective, which has not been redressed in the post-apartheid period. The need to address poor health statistics was one reason why the Nigerian government adopted health insurance. But its voluntary nature has resulted in extremely low acceptance and buy-in to the health insurance scheme by the people.

Second, funding proved to be a critical factor in all countries and programmes surveyed. With the exception of the private schemes in South Africa, which fuel inequity, the bulk of funding for most programmes in the studies was from government and foreign donor organizations; user contributions were minimal. Rwanda's system is heavily dependent on foreign assistance, raising the question of long-term sustainability of foreign donor-propelled health insurance and other schemes that are mostly government rather than beneficiary driven.

Third, even with the critical funding situation, there was evidence of low transparency in resource governance and accountability in some of the systems examined. In Ghana and Nigeria, for example, there were reports of beneficiaries being told to go and make out-of-pocket purchases of critical drugs and other supplies because these were not available in hospitals. So, mechanisms must be strengthened to reduce resource leakages, promote accountability and maintain standards in order to consolidate the gains already made by the various countries, while forging ahead.

Fourth, evidence-based research on Community Based Health Insurance (CBHI) in Africa establishes a weak correlation between CBHI and

improvements in health statistics. This is true of Rwanda (Criel 1998) and Uganda (McCord and Osinde 2003) while statistics from Ghana are conflicting and confusing. Thus, there is the need for more evidence-based research on the modalities and challenges of social health insurance in sub-Saharan Africa. What appears clear, as of now, is that large swathes of Africa's populations are so poor they can contribute little towards sustaining social health insurance. They also believe they have alternatives in traditional therapies. The rich, however, would prefer exclusive health treatment, which is why they love seeking treatment in the Americas, Europe and Asia thus boosting medical tourism in destination countries. However, these practices will slow down the development of health insurance in sub-Saharan Africa.

### ***Lessons***

First, the case studies suggest that the success or failure of health insurance planning and implementation was, in large measure, a function of the size and nature of the political support it received. Therefore, political leadership in sub-Saharan Africa must see health as a major determinant of human productivity and national prosperity, rather than as an avoidable drain on national resources. All health policies already acknowledge this. After all, it is said that health is wealth. African governments must learn to think and plan with the people to achieve common goals and engage in bottom-up planning to involve groups whose support and contributions are crucial for effective plan implementation.

Second, the administrative challenges facing each scheme instruct African governments not to rush into health insurance schemes but to plan every aspect of the programmes carefully before commencement. Hurrying into schemes as the New Progressive Party did in Ghana is not the best strategy; neither is planning big schemes without sufficient commitment to the solution, as the Nigerian example shows. Rather, making schemes work by experimenting first and generating sufficient goodwill and financial resources will be decisive. In Ghana and Nigeria, for instance, the informal sector has not been properly mobilized, yet it constitutes a large chunk of the workforce in many African countries. Strategies must therefore be worked out to get the populace to consent to, and buy into, health insurance schemes. Care must also be taken to avoid health policy somersaults that are common in other policy areas in Africa as governments change. The vision of schemes must be stabilized in law to institutionalize them.

Third, in many African countries, there is a rising demand for high-end private health services in urban areas, a development that leads to the concentration of health facilities and personnel in the political, economic

and industrial capitals to the neglect of rural areas. This contrasts with the overall picture as the majority of Africa's populations live in rural and semi-urban areas with lower income. The distribution of health facilities in many sub-Saharan African countries is therefore inequitable and needs to be corrected in favour of the rural areas. Extending universal coverage to the majority is still a challenge for many.

Fourth, many African states have not leveraged opportunities provided by vertical health programmes to enrich (horizontal) public health pursuits, even when management of some such programmes already see the need for this. Both vertical and diagonal approaches should be used to improve overall health goals in Africa. For example, it is possible to make women's reproductive health needs major aspects of social health insurance programmes.

Fifth, the economic situation in the continent suggests that African countries cannot shoulder the responsibility for public health alone; neither should they abandon it to the private sector or the citizens alone. What is indicated are workable arrangements in co-operation with other stakeholders while government remains in the driving seat particularly in terms of policy making, legislation, regulatory oversight functions and funding, the extent of government involvement depending on the particular local circumstances.

Sixth is the need to stop the brain drain, develop and retain human resources in Africa's public health sector for successful implementation of health insurance schemes. The European Union (2010) suggests granting medical personnel multi-entry visa arrangements to enable work in Africa even while undergoing further training outside the continent.

Finally, African governments should consider increasing tariffs on imports of ostentatious goods while higher taxes should be charged on consumption of health-decimating items to increase resource flows to healthcare insurance.

## **Conclusion**

To move forward, governments in sub-Saharan Africa must learn to share experiences and learn from other countries with similar characteristics. Therefore, it is recommended that countries become members of the existing Joint Learning Network that comprises countries implementing health insurance. However, there is need for flexibility, since environments differ from one to another.

By the instrumentality of the African Union, governments in the region should declare 2016-2025 'Africa's decade of health insurance' to commit African governments to develop health insurance as a viable means of funding

healthcare for their populations. They should remember that considerable government funding will be necessary at the beginning, but this should ease gradually as more people enroll into the programmes. Western countries that now have close to universal coverage took decades to get there.

Ministries of education in the various countries should include health insurance in the curricula of health-related subjects like health education and compulsory subjects like economics in schools as a way of driving awareness about health insurance in young Africans early. This will make it easier for coming generations of Africans to embrace health insurance, internalize it, contribute to it and own it rather than see healthcare as an exclusive duty of government.

Although healthcare should not be commoditized, orientation will be needed in the immediate period to get citizens and other residents who are able to pay to do so. This is because although many are so poor they can only pay little amounts, they will not want to do so, assuming they have alternatives in traditional medicine and self-medication, itinerant drug sellers and hassle-free over-the-counter medicines that are available in many countries. Also, many of the rich believe in medical tourism abroad rather than assisting government to invest in healthcare at home. Therefore, orientations must change to emphasize the need for solidarity, autonomy, flexibility and adaptation, equality, participation and social dynamism to make social health insurance work. Happily, these virtues are part of Africa's traditions that can be exploited to boost healthcare through social insurance.

## Notes

1. Interview with Ekiti State NHIS Coordinator, 16 September 2015.
2. Interview with Ekiti State NHIS Co-ordinator, 16 September 2015.

## References

- Ageypong, A.I. and Adjei, S., 2008, 'Public Social Policy Development and Implementation: A Case Study of the Ghana National Health Insurance Scheme', *Health Policy and Planning* 23:150-60.
- Apoya, P.M., 2011, 'Achieving a Shared Goal: Free Universal Healthcare in Ghana', Oxfam: Oxfam International, <http://www.oxfam.org/cites/wwwoxfam.org/files/rr-achieving-shared-goal-healthcare-ghana-090311-en.pdf>, accessed 7 May 2015.
- Arhin, A.A., 2013, 'Promising Start, but Bleak Future? Progress of Ghana's National Health Insurance Schemes towards Universal Health Coverage', *Developing Country Studies* 3 (13): 151-9.
- Asaba, S., 2015, 'Exploring Rwanda's Health Insurance Scheme', *The New Times* (Rwanda), 21 December.



- Bardach, E., 1977, *The Implementation Game*, Cambridge MA: MIT Press.
- Blanchet, N.J., Fink, G. and Osei-Akoto, I., 2012, 'The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilization', *Ghana Medical Journal* 46 (2): 76-84.
- Carapinha, J.L., Ross-Degnan, D., Desta, A.T. and Wagner, A.K., 2010, 'Health Insurance Systems in Five Sub-Sahara African Countries: Medicine Benefits for Data and Decision Making', *Health Policy*, doi:10.1016/i.healthpol.2010.11.009.
- Chan, M., 2012, 'Best Days for Public Health are Ahead of Us, Says WHO Director-General', Address to the 65<sup>th</sup> World Health Assembly: Geneva, Switzerland, [http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha\\_20120521/en/](http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521/en/), accessed 6 September 2015.
- Criel, B. 1998, *District-Based Health Insurance in Sub-Saharan Africa: Part 2: Case Studies*, Antwerp: Instituut voor Tropische Geneeskunde, Departement Volksgezondheid.
- Derthick, M., 1972, *New Towns in Town: Why a Federal Programme Failed*, Washington DC: Urban Institute.
- Dewey, J, 1927, *The Public and its Problems*, New York: Holt.
- Dhillon, R.S. 2011, 'A Closer Look at the Role of Community-Based Health Insurance in Rwanda's Success', *Global Health Check*, Oxford: Oxfam International, <http://www.globalhealthcheck.org/?p=324>, accessed 5 September 2015.
- Drechsler, D. and Jutting, J., 2007, 'Different Countries, Different Needs: The Role of Private Health Insurance in Developing Countries', *Journal of Health Politics, Policy and Law* 32 (3): 497-534.
- Dye, T.R., 1976, *What Governments Do, Why They Do it and What Difference It Makes*, Tuscaloosa AL: University of Alabama Press.
- European Union (2010): 'Health Care Systems in Sub-Saharan Africa and Global Health', Report of the EU Committee on Development (A7-0245/2010), accessed on 5 September 2015.
- Ghana Ministry of Health/Ghana Health Service, 2004a, Standard Treatment Guidelines, Accra, Ghana: Ministry of Health.
- Ghana Ministry of Health, 2004b, *National Insurance Policy Framework for Ghana Revised Edition*, Accra: Ministry of Health.
- Heidenheimer, A., Bluhm, W.T., Peterson, S.A. and Kearney, E.N., 1990, *The World of the Policy Analyst: Rationality, Values and Politics*, Chatham NJ: Chatham House.
- Hogwood, B.W. and Gunn, L.A., 1984, *Policy Analysis for the Real World*, Oxford: Oxford University Press.
- Imurana, B.A., Haruna, R.K. and Kofi, A.N., 2014, 'The Politics of Public Policy and Problems of Implementation in Africa: An Appraisal of Ghana's National Health Insurance Scheme in Ga East District', *International Journal of Humanities and Social Science*, 4: 196-207 (Special Issue, February).
- International Finance Corporation, 2011, *Healthy Partnerships: How Governments Can Engage the Private Sector to Improve Health in Africa*, Washington DC: World Bank.
- Kawabata, M., 2006, *An Overview of the Debate on the African State*, Japan: Afrasian Centre for Peace and Development Studies, Ryukoku University, Working Paper Series No. 15: 1-34.

- Kaseje, D., 2006, 'Health Care in Africa: Challenges, Opportunities and an Emerging Model for Improvement', paper presented at the Woodrow Wilson International Centre for Scholars.
- Kayonga, C., 2007, 'Towards Universal Health Coverage in Rwanda: Summary notes from Briefing by Caroline Kayonga', Washington DC: The Brookings Institution.
- Kelly, M., 2007, 'Foreword', in Orme, J., Powell, J., Taylor, P. and Grey, M., eds, *Public Health for the 21<sup>st</sup> Century: New Perspectives on Policy, Participation and Practice*, 2<sup>nd</sup> ed., Berkshire (England): McGraw Hill and Open University Press.
- Kutzin, J., 1996, 'Health Insurance for the Formal Sector in Africa: Yes, But... ', in Beattie, A., Doherty, J., Gilson, L., Lambo, E. and Slow, P., eds, *Sustainable Healthcare Financing in Southern Africa: Papers from an EDI Health Policy Seminar held in Johannesburg, South Africa*, WBI Learning Resource Series: World Bank.
- Kutzin, J., 2013, 'Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy', *Bulletin of the World Health Organization* 91 (8) 602-11.
- Lagomarsino, G., Garabant, A., Adyas, A., Muga, R. and Otoo, N., 'Moving towards Universal Health Coverage: Health Insurance Reforms in Nine Developing Countries in Africa and Asia', *The Lancet* 380: 933-43.
- McCord, M. and Osinde, S., 2003, 'Reducing Vulnerability: The Supply of Health Micro Insurance in East Africa', Appleton: Micro Insurance Centre, LLC.
- Ministry of Health 2009, *Pulling Together, Achieving More: Independent Review Health Sector Programme of Work 2008*, Accra, Ghana: Ministry of Health.
- Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2008, *National Health Accounts: Rwanda 2006 with HIV/AIDS, Malaria and Reproductive Health Subaccounts*, Kigali: Ministry of Health.
- Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2010, *Annual Report July 2009 – June 2010*, Kigali: Ministry of Health.
- Nagel, S.S., 1990, 'Conflicting Evaluations of Policy Studies', in Lynn, N.B. and Wildavsky, A., eds, *Public Administration*, Chatham NJ: Chatham House.
- National Health Insurance Authority, 2011, *National Health Insurance Scheme Annual Report*, Accra: National Health Insurance Authority.
- National Institute of Statistics of Rwanda, 2006, *Rwanda Demographic and Health Survey, 2005*, Calverton MA: NISR and ORC Macro.
- National Institute of Statistics of Rwanda, 2011, *Rwanda Demographic and Health Survey 2010: Preliminary Report*, Kigali: NISR and ICF Macro.
- Olugbenga, E.O., 2013, 'Public Policy as Dividends of Democracy: An Appraisal of the 'Abiye' Safe Motherhood Programme in Ondo State, Nigeria', *Developing Country Studies* 3 (8): 150-8.
- Olugbenga, E.O., 2014, 'The Political Economy of Pharmaceutical Healthcare in Third World Countries: A Case Study of Malaria in Sub-Saharan Africa', *Projournal of Humanities and Social Science (PHSS)* 2(9): 23-45.
- Orme, J., Powell, J., Taylor, P. and Grey, M., 2007, 'Mapping Public Health', in Orme, J., Powell, J., Taylor, P. and Grey, M., eds, *Public Health for the 21<sup>st</sup> Century: New Perspectives on Policy, Participation and Practice*, 2<sup>nd</sup> ed., Berkshire (England): McGraw Hill and Open University Press.

- Parsons, W., 1995, *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*, Cheltenham (UK): Edward Elgar Publishing.
- Physicians for a National Health Programme, 2010, International Health Systems, <http://www.euro.who.int/document/e85400.pdf>.
- Pressman, J. and Wildavsky, A., 1973, *Implementation*, Berkeley CA: University of California Press.
- Salako, L., 2007, *Health Research for Improved Health Care in Nigeria: Matters Arising*, Lagos: UNILAG Press.
- Saleh, K., 2012, *A Health Sector in Transition to Universal Coverage in Ghana*, Washington DC: World Bank.
- Seddoh, A., Adjei, S. and Nazzar, A., 2012, *Ghana's National Health Insurance Scheme: Views on Progress, Observations and Commentary*, Accra: Centre for Health and Social Sciences.
- Spaan, E., Mathijssen, J., Tromp, N., McBain, F., ten Have, A. and Balthussen, R., 2012, 'The Impact of Health Insurance in Africa and Asia: A Systematic Review', *Bulletin of the World Health Organization* 90 (9): 685-92.
- Spreeuwers, A.M. and Dinant, G.J., 2012, 'Success and Failure in Social Health Insurance in Sub-Saharan Africa: What Lessons can be Learnt?', *Global Medicine*, Official Magazine of IFMSA-NL.
- Valrie, J., 2004, 'South Africa' in *International Health Systems: Snapshots of health Systems in 16 Countries*, Physicians for a National Health Programme, <http://www.euro.who.int/document/e85400.pdf>.
- Witter, S., Arhinful, D., Kusi, S. and Zakariah-Akoto, S., 2007, 'The Experience of Ghana in Implementing a User-Fee Exemption Policy to Provide Free Delivery Care', *Reproductive Health Matters* 15: 61-71.
- World Health Organization (WHO), 1948, *Constitution*, Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO), 2007, *Everybody's Business-Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*, Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO), 2008, *The World Health Report 2008: Primary Health Care (Now More Than Ever)*, Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO), 2011, 'National Health Accounts: Country Health Information', Geneva: WHO.





## **La question de l'appui institutionnel aux jeunes filles victimes de viols et d'incestes au Cameroun : quelle gouvernance dans la gestion de ce « problème genré » de santé publique ?**

Moïse Tamekem Ngoutsop\*

### **Résumé**

Le présent article analyse la question de l'appui institutionnel de l'État aux jeunes filles victimes de viols et d'incestes au Cameroun, en s'intéressant précisément aux options de gouvernance dans la gestion de ce problème de santé publique qui touche de plus en plus le sexe féminin. Par le biais d'une analyse essentiellement qualitative relevant de la socio-anthropologie, il s'est agi dans ce travail de faire une socio-analyse critique des dynamiques politico-institutionnelles sur la question. Les analyses dûment menées ont relevé des forces et des faiblesses de la gouvernance en la matière. L'insistance qui y est faite sur les défaillances du système a pour but de mettre au goût du jour un ensemble de défis à relever, pour non seulement ériger cette situation chaotique en « problème de santé publique » au Cameroun, mais aussi pour consolider la gouvernance dans ce sens.

**Mots clés :** appui institutionnel, jeunes filles, inceste, gouvernance, viol, Cameroun.

### **Abstract**

This article analyzes the issue of institutional support from the State to girls victims of rape and incest in Cameroon. The article is specifically concerned with governance options in the management of this public health problem that affects more more females. Through a primarily qualitative analysis within anthropology, he has acted in this work for a critical social analysis of politico-

---

\* Université de Dschang, Département de Philosophie-Psychologie-Sociologie, Cameroun.  
E-mail : tamekem.moses@yahoo.fr

institutional dynamics on the issue. Duly conducted analysis have identified the strengths and weaknesses of governance in this area. The insistence which is made on system failures aims to bring up to date a number of challenges, not only to erect this chaotic situation “public health problem” in Cameroon, but also to consolidate the governance in this direction.

**Key Words:** institutional support, teenage girls, incest, governance, rape, cameroon.

## **Introduction**

La femme violentée, violée, n'est pas seulement celle de l'espace public. En réalité, par le biais d'observations empiriques, il apparaît que le micro-contexte familial est aussi le cadre où se développent et perdurent les agressions contre les femmes. Les rapports interpersonnels dans la famille, dans la phratrie n'échappent pas à ces déviations qui affectent la sexualité intra-familiale. De ce point de vue, la jeune fille victime de viol incestueux en portera les stigmates presque toute sa vie, avec des conséquences éventuelles sur sa santé reproductive, sur sa psychologie de mère, d'épouse, d'éducatrice, bref, sur son réseau relationnel. Cet état de chose remet à l'ordre du jour l'urgente problématique de l'appui institutionnel aux jeunes filles victimes de viols incestueux, l'inceste étant considéré comme tabou, comme interdit social dans plusieurs cultures des pays sub-sahariens à l'exemple du Cameroun. En effet, comment peut-on jauger la gouvernance étatique vis-à-vis de cette situation qui devient un véritable problème de santé publique ? Quelles sont les actions des décideurs politiques dans le suivi et la réinsertion psychosociale des filles victimes d'un viol incestueux au Cameroun ? Quelle importance accordent-ils à la prise en compte des problèmes liés à la gestion de la sexualité intra-familiale ? Quelles propositions concrètes peut-on faire pour accompagner les forces politiques dans la lutte contre ce type spécifique de violence faite contre les femmes ? Cherchant à trouver des réponses à ce questionnement, le présent travail se propose de faire une socio-analyse critique des dynamiques politico-institutionnelles sur la question. Il s'agit d'une analyse socio-anthropologique qui souhaite relever les forces et les faiblesses de la gouvernance en la matière, dans le but d'élaborer des propositions concrètes qui puissent aider les décideurs politiques dans leurs éventuelles interventions dans ce sens. Pour y parvenir, des prescriptions méthodologiques ont été respectées.

Au plan méthodologique, une enquête de terrain a été menée dans les régions de l'ouest et du centre au Cameroun, à travers des entretiens semi-directifs et approfondis, auprès de trois catégories d'acteurs sociaux.

Premièrement, les autorités politiques en charge de la protection de la famille, précisément les responsables du ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF) ; deuxièmement, quatre victimes de viols et d'incestes avec qui nous travaillons depuis quelques années, troisièmement, les autorités judiciaires qui reçoivent souvent les plaintes liées à ces transgressions sexuelles, en l'occurrence, un juge et trois commissaires de police, etc. L'analyse de ces données a été essentiellement qualitative. Il s'est agi de faire une analyse de contenu des différents discours recueillis sur le terrain.

Dans un premier temps, le présent travail présente l'état des lieux du viol et de l'inceste au Cameroun. Ensuite, il présente la jeune fille comme étant la principale victime du viol et de l'inceste. Troisièmement, il présente également un état des lieux des dynamiques politico-institutionnelles existantes, avant de finir par questionner effectivement le mode de gouvernance qui prévaut dans la gestion de ces déviations sexuelles.

### **Le viol et l'inceste : état des lieux au Cameroun**

Au Cameroun, des observations empiriques montrent que les questions de viols et d'incestes gagnent de plus en plus l'espace public. Dans les médias, sur les réseaux sociaux, des cas de viols sont répertoriés au quotidien dans les communautés, et sont à l'origine de graves conséquences sur la santé reproductive des jeunes adolescentes qui en sont victimes. Suite à ces rapports sexuels sans consentement de la personne, on assiste à des cas de grossesses non désirées, de contaminations aux IST/Sida, sans oublier le traumatisme psychologique subi par la victime. Une étude conduite par Bang (2007:37) montre que 04,69 pour cent des certificats médicaux rédigés au Cameroun le sont pour des violences sexuelles envers les mineures. L'étude réalisée par la GIZ (Ndonko 2009) portant sur le viol et l'inceste au Cameroun révèle, pour ce qui est du viol, que le taux de prévalence est de 5,2 pour cent au Cameroun en 2009. En regardant de près, d'après les responsables rencontrés dans les bureaux de la GIZ au Cameroun, ce taux « est trop élevé dans un pays qui n'est pas en guerre<sup>1</sup> ». Si les données concernant le viol peuvent heurter les sensibilités, celles relatives à l'inceste, pour reprendre certains acteurs sociaux, sont plutôt « alarmantes ».

L'affaiblissement des interdits sexuels se ressent dans l'interdit de l'inceste. Les relations de parenté les mieux établies ont tendance à se brouiller dans les sociétés actuelles, et favorisent l'inceste et son passage à l'acte. Consciemment ou non, on assiste de plus en plus aux relations sexuelles entre les membres d'une même famille. Ces déviations induisent de multiples conséquences négatives sur les équilibres familiaux. Les marques symboliques, les rôles sociaux connaissent de plus en plus de déviations, et

tombent dans la confusion. Les acteurs sociaux s'insèrent désormais dans une « société aux repères ambigus » (Zambo Belinga 2003). En effet, une discordance se fait jour au Cameroun. On a de plus en plus des cas d'inceste, alors que les sociétés camerounaises disposent pourtant dans leurs interdits sociaux de la prohibition de l'inceste<sup>2</sup>. Si l'extrême répugnance de l'acte incestueux est un fait psychologique naturel, plusieurs expériences montrent que cette aversion est pourtant loin de rendre ce phénomène rare. L'étude évoquée ci-dessus (faite par la GIZ) révèle que parmi les femmes violées, 18 pour cent, soit une femme sur cinq, ont été victimes de viols incestueux.

L'intensité et la célérité de ces transgressions en milieu juvénile et adulte au Cameroun occasionnent des fissures, des brisures et des béances dans le tissu social. Il est donc urgent de se pencher sur cette question et d'en examiner les différents contours. Qu'il s'agisse du viol ou de l'inceste, les observations empiriques présentent les jeunes filles comme principales victimes.

### **Les jeunes filles comme principales victimes de viols et d'inceste**

L'on ne saurait se limiter à la seule présentation des chiffres pour espérer comprendre le phénomène complexe du viol et de l'inceste dans la société. L'exploration des sentiments, des subjectivités dans ce contexte s'avère d'une importance fondamentale. Ceci n'est possible que dans la mesure où « la parole est donnée » aux principaux personnages concernés par le phénomène. La présentation d'un récit de vie d'une jeune femme qui a été victime d'un viol incestueux en famille s'inscrit dans cette logique.

Le cas de mademoiselle S.

Quand j'ai terminé mes études primaires, je voulais aller au secondaire. Je suis allée voir mon père, et il m'a dit qu'il n'avait pas l'argent pour m'envoyer à l'école. Et même s'il en avait, il ne pouvait pas envoyer sa fille au collège, parce que, pour lui, c'est une perte de temps et que je pourrai même tomber enceinte [...]. Mon oncle a accepté de me prendre en charge et de payer mes études [...]. Un jour j'étais couchée sur le lit. Je ne me sentais pas bien. Mon oncle est rentré du travail. Il m'a demandé ce qui n'allait pas, et j'ai dit que je ne me sentais pas bien. Il s'est assis à côté de moi et a commencé à toucher mes seins. J'ai répondu qu'il n'était pas normal qu'il touche mes seins. De là il m'a demandé si j'avais déjà vu mes règles, j'ai dit non ! Il m'a demandé si j'avais déjà eu des rapports sexuels. J'ai dit non ! Il a dit Merci Dieu, comme je n'avais pas encore eu des rapports sexuels, car cela fait partie des choses que j'apprendrai dans la vie ; et que c'est mieux qu'il soit celui qui doit me l'apprendre, pour que je ne souffre pas le moment venu [...]. Il s'est assis à côté de moi et m'a demandé si je veux aller à l'école. J'ai dit oui ! Et que « ton père a refusé de t'envoyer à l'école non ? » J'ai dit oui ! Et qu'il a accepté de m'envoyer à l'école, non ? J'ai dit oui ! « Et pour cela je veux



que tu sois reconnaissante. C'est la seule chose que je te demande ». De là, j'ai commencé à pleurer. Je ne pouvais pas m'en empêcher. Après j'ai pris mon courage en main, pour dire à mon oncle que « Non ! Tu ne peux pas me faire cela ». Malheureusement pour moi, il s'est mis à pleuvoir. Quand j'ai voulu m'échapper, il m'a pris et m'a jeté sur le lit. Il a commencé à me déshabiller. Quand j'ai commencé à crier, il a fermé ma bouche avec sa main, et il m'a dit que si je souhaitais aller à l'école, c'était la seule condition pour lui de m'envoyer. Je lui ai répondu que si c'était le cas, je préfère rester à la maison. Puisque je n'avais pas assez de force pour lui résister, il a fini par me déshabiller, et a commencé à me violer. En me violant, mon oncle était celui qui m'a dévié [..]. Chaque fois que je suis à la maison, et qu'il n'y a personne, il vient, il me viole. Il le faisait tout le temps. Je n'avais pas de choix. Je ne pouvais rien dire. Tellement il le faisait que je me suis résignée<sup>3</sup>.

Expliquer et analyser ce récit de vie revient à interroger la nature des représentations sociales collectives liées au genre et à l'âge dans la société. En effet, en écoutant attentivement le récit de ce cas de viol incestueux, l'on s'aperçoit que l'on est en présence d'un oncle, d'un adulte, face à une fille, une jeune personne. C'est en focalisant l'attention sur ces éléments que se pose la nécessité de scruter le type de représentations sociales construites autour du genre et de l'âge dans les espaces sociaux.

Dans les sociétés d'Afrique noire, de manière générale, la question des rapports entre l'homme et la femme a rarement reçu une réponse qui dénote ou qui connote un équilibre parfait entre les deux sexes. Aujourd'hui, ces rapports s'expriment et se vivent généralement sous le prisme des déséquilibres qui consacrent une nette « domination masculine » (Bourdieu 1998). Qu'il s'agisse des sociétés Bamiléké de l'Ouest du Cameroun ou des sociétés Béti du Centre-Sud, il se trouve que la femme est reléguée au second plan dans la scénographie sociale quotidienne. C'est une « cadette sociale » qui n'a pas le droit d'investir librement l'espace public.

Le phénomène de la violence dans les sociétés humaines semble s'ancrer avant tout dans des configurations sociales marquées par des inégalités diverses. Celles-ci se font ressentir, entre autres, dans les rapports sociaux de sexe, ce qui génère des situations anomiques non seulement dans les rapports hommes femmes, mais aussi dans les relations entre les jeunes et les adultes. En effet, le témoignage ci-dessus permet de constater que le viol et l'inceste, en contexte camerounais, ont cours dans des situations où c'est généralement le sexe féminin qui est la victime. Le violeur, quant à lui, est généralement de sexe masculin. Les cas inverses sont assez rares. Cet exemple permet de conclure partiellement à un déséquilibre assez prononcé des rapports sociaux de genre dans la société camerounaise. Les imaginaires sociaux attribuent à l'homme la première place dans la société.

Il importe tout de même d'émettre une réserve pour ce qui est de ce pouvoir absolu de l'homme. En réalité, s'il est admis que c'est le patriarcat qui prédomine ici, il est urgent de mentionner que dans les sociétés traditionnelles d'Afrique noire, la femme intervient toujours dans le processus de prise de décision, même si son intervention s'opère à l'arrière-plan. Selon cet acteur social interrogé, « aucune décision importante ne peut être prise dans la famille, sans l'avis de la femme. Nous les consultons le plus souvent pendant la nuit, dans le lit conjugal. Le point de vue de ma femme est toujours respecté dans les décisions que je suis tenu de prendre<sup>4</sup> ». L'on est en droit de dire que « Non ! La femme africaine n'était pas opprimée » (Ngoa 1975). Ce sociologue camerounais s'écriait de cette façon pour réagir à l'opinion largement répandue sur l'oppression dont seraient victimes les femmes africaines. C'est en réalité le contact avec les valeurs occidentales<sup>5</sup> qui contribue dans plusieurs sociétés d'Afrique noire à consolider (parfois à l'excès) la domination des hommes sur les femmes. Celle-ci est souvent instrumentalisée par des déviants, qui en usent pour satisfaire des pulsions sexuelles morbides. La pratique du viol et de l'inceste fait partie de ces déviations sexuelles et l'une des multiples explications de ce phénomène se trouve dans des inégalités socialement construites autour du genre et de l'âge.

Le constat est donc clair, et il n'est sans doute pas exagéré de stipuler qu'une certaine « masculinité hégémonique » (Connell et Messerschmith 2005) s'exerce en contexte camerounais, et cette hégémonie transgresse souvent les frontières du normal pour investir le déviant. Le viol et l'inceste s'inscrivent dans cette perspective et dépendent le plus souvent du type de représentations socialement construites et entretenues par les auteurs de viol et d'inceste à l'égard des victimes.

### **Les dynamiques politico-institutionnelles : état des lieux**

Consciente des conséquences néfastes qu'elle encourt en cas de déviance grave, toute société a institué en son sein un système de contrôle destiné non seulement à prévenir les déviances, mais aussi à punir les éventuels déviants. Les grands ensembles culturels camerounais intègrent en leur sein des dispositifs de régulation de la vie sociale. Ces dispositifs sont présents non seulement dans les institutions sociales traditionnelles, mais aussi dans les institutions modernes. Il s'agit en effet d'un ensemble d'appareils juridiques, administratifs et socioculturels traditionnels construits pour gérer les déviations multiples. Pour ce qui est de la sexualité en société et de la sexualité intrafamiliale de façon spécifique, il existe des dispositifs censés gérer les malaises sociaux qui émanent d'éventuelles déviations dans ce domaine.

Qu'est-ce qui est prévu dans le droit moderne pour répondre aux éventuelles déviations ? Si ces aspects juridiques sont importants dans la compréhension des dynamiques institutionnelles en la matière, ils demeurent néanmoins insuffisants. Ces dynamiques institutionnelles ne sauraient se limiter aux seuls aspects du droit. L'État, dans son organigramme, a prévu des démembrements chargés de gérer les problèmes liés à la famille et à la parenté. C'est ce qui justifie l'existence d'un département ministériel à cet effet. Il s'agit du ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, le MINPROFF. Ce ministère travaille en étroite collaboration avec celui des Affaires sociales, le MINAS. Dans le cadre du présent travail, il sera question d'explorer la gouvernance étatique sur ces problèmes de santé publique en questionnant l'action des départements ministériels suscités. Au-delà des ministères, l'action de certaines organisations non gouvernementales n'est pas à sous-estimer dans ce dispositif de gestion des déviations sexuelles intra-familiales au Cameroun. Qu'en est-il exactement du point de vue descriptif ?

### ***Le MINPROFF et le MINAS***

Au Cameroun, la gestion quotidienne des problèmes suscités relatifs à la santé reproductive des jeunes incombe prioritairement au ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, le MINPROFF, avec la collaboration du ministère des Affaires sociales, le MINAS.

L'histoire du MINPROFF révèle que ce département ministériel n'a pas toujours gardé la même désignation depuis ses origines. Dans les années 1980, il s'agissait du ministère de la Condition féminine, le MINCOF. Celui-ci fut créé le 4 février 1984, par décret n° 84/29 portant organisation du gouvernement. Par décret n° 88/1281 du 22 septembre 1988, il a fusionné avec le ministère des Affaires sociales, pour devenir le ministère des Affaires sociales et de la Condition féminine, le MINASCOF. À la faveur du décret n° 97/205 du 7 décembre 1997 portant organisation du gouvernement, le MINCOF est de nouveau créé et organisé par décret n° 98/068 du 4 mai 1998. Le décret n° 2004/320 du 8 décembre 2004, portant organisation du gouvernement, adjoint au MINCOF la promotion de la famille. Il devient alors ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, MINPROFF<sup>6</sup>.

Le MINAS, pour sa part, en tant que département ministériel autonome, travaille en étroite collaboration avec le MINPROFF dans la poursuite des objectifs qu'ils se sont respectivement fixés. En plus d'être institutionnelle, cette « *proximité* » entre les deux ministères est physique. En effet, ces départements ministériels sont situés dans une même enceinte et se partagent les mêmes bâtiments administratifs. Au Cameroun, les enfants

de la rue, les orphelins, les personnes handicapées (handicapés-moteurs, albinos, aveugles...), etc., auxquels s'ajoutent les victimes des violences sexuelles, constituent des catégories sociales concernées par ce qu'on appelle communément les « affaires sociales », dont le nom du ministère en question. C'est ce ministère qui est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du gouvernement en matière de prévention et d'assistance sociale, de protection sociale de l'individu, ainsi que de la mise en œuvre de la solidarité nationale. Il s'agit pour ce ministère de s'occuper prioritairement des couches sociales vulnérables<sup>7</sup>, dont les enfants, les jeunes filles victimes de viol, d'inceste et d'autres maltraitements.

La principale mission du MINPROFF est la suivante : « Élaboration, mise en œuvre et évaluation des mesures relatives au respect des droits de la femme et à la protection de la famille ». Ce ministère est constitué de cinq principales directions techniques, parmi lesquelles la Direction du bien-être de la famille, la DBEF, qui est chargée prioritairement de la promotion et de la protection de la famille. Promouvoir et protéger la famille, c'est également veiller à son équilibre sexuel, c'est précisément créer un environnement institutionnel favorable à l'épanouissement des individus au sein des familles, et ce, entre autres, sur le plan de la sexualité intra-familiale. La Direction de la promotion du bien-être familial du MINPROFF élabore chaque année un plan d'action contenant un certain nombre d'objectifs parmi lesquels : « Renforcer l'harmonie de la famille », « Promouvoir la santé de la jeune fille », etc. Sur le plan national, ce travail est accompli sur l'ensemble du territoire national grâce aux différentes ramifications du ministère. Sur le terrain, les observations empiriques montrent que les organisations non gouvernementales et certaines associations sont également actives.

### **Les organisations non gouvernementales (ONG) et les associations**

Un autre dispositif existant à prendre en compte est celui des organisations non gouvernementales et des associations. Au Cameroun, des ONG et diverses associations s'intéressent aux questions de santé de reproduction, de sexualité, de « violences faites contre les femmes », etc. La problématique du viol et de l'inceste, qui est celle du présent travail, s'inscrit donc à l'intersection de ces différents domaines d'intervention des ONG. Sur ce plan notamment, quelques ONG et associations existent sur le terrain camerounais. Faute de pouvoir faire une présentation exhaustive de ces structures, trois d'entre elles ont été ciblées, compte tenu de leur intérêt pour les questions d'incestes et de viols au Cameroun. Il s'agit de la GIZ, du Réseau national des associations de tantines (RENATA), et de l'Association de lutte contre les violences faites aux femmes (ALVF).

### ***Brève présentation de la GIZ au Cameroun***

La GIZ se présente comme étant une entreprise de coopération internationale pour le développement durable, entreprise qui déploie ses activités sur tous les continents. On comprend dès lors qu'il s'agit d'une mégastucture dont le poids et l'importance ne sont pas à négliger dans ses diverses activités, surtout dans les pays en voie de développement. Les informations présentes sur le site Internet de la GIZ renseignent à la fois sur sa vision globale de l'avenir et sur la mission et les valeurs qui sont les siennes.

La GIZ se présente également comme étant un dispositif institutionnel non seulement de protection et de promotion de la famille au Cameroun, mais aussi de lutte contre les déviations sexuelles intra- et extra-familiales. En effet, en plus de travailler avec le gouvernement (et donc avec le MINPROFF), la GIZ travaille aussi avec les associations et les populations locales. Sur ce plan notamment, les dirigeants de la structure sont un peu plus explicites : « Les actions que nous menons dans le monde entier sont guidées par le principe de bonne gouvernance et les valeurs fondamentales internationalement reconnues, telles que le respect des droits humains. »

### ***Brève présentation du RENATA au Cameroun***

Le RENATA est le Réseau national des associations des tantines. Il a été créé en 2005 par les présidents des différentes associations des tantines dans le pays. Son siège central se trouve à Yaoundé. Une tantine, c'est une fille mère qui a été formée en matière de santé sexuelle ou de santé de la reproduction. Après une formation adéquate, elle devient une « tantine ». Les créateurs du RENATA ont adopté le mot « tantine », car ils pensent, comme le stipule la secrétaire exécutive interrogée, que « l'idée de tantine crée une sorte de complicité, de confiance entre les jeunes filles ». Ils sont d'ailleurs partis du fait que lorsqu'elles ont un problème, la plupart des jeunes filles se confient le plus souvent à leurs tantes maternelles parce que, chez elles, elles ont été rebutées par leurs propres parents du fait de leur situation de déviation (grossesse hors mariage).

L'objectif de ce réseau est de réunir toutes les associations de tantines qui existent au Cameroun, afin de sensibiliser le grand public sur les problèmes que rencontrent les filles mères. En effet, selon les dirigeants du RENATA, ces filles sont exposées au IST/Sida, car certaines d'entre elles ont été violées. De profondes investigations montrent également que parmi elles, certaines ont été victimes d'inceste. Le RENATA se donne pour objectif d'accompagner ces filles et d'intensifier la sensibilisation du public sur ces genres de problèmes spécifiques qu'elles rencontrent. Selon la secrétaire exécutive, « il y a beaucoup de filles mères qui ont eu leurs enfants à la suite de l'inceste ».

### ***Brève présentation de l'association de lutte contre les violences faites aux femmes (ALVF)***

L'association de lutte contre les violences faites aux femmes (ALVF) a été créée en novembre 1991 par un groupe de femmes animées par le vœu de défendre la cause féminine. C'est donc une association d'obédience féministe, militante de l'avancée des femmes dans plusieurs domaines. Les membres fondatrices de l'ALVF sont parties du constat selon lequel les violences faites aux femmes dans la société camerounaise étaient considérées comme « banales », comme des « faits évidents » qui ne posaient pas de problèmes à la pensée collective<sup>8</sup>. En s'insurgeant contre toutes ces « violations » impunies qui touchent l'univers féminin dans ses rapports aux hommes (sexualité, profession, héritage, gestion du patrimoine familial...), ce groupe de femmes a tenu à œuvrer pour mettre fin spécifiquement à ces violences.

Du point de vue de son envergure, l'ALVF est présente dans quatre régions du Cameroun. Il s'agit des régions du Centre (siège central à Yaoundé), de l'Extrême-Nord (Maroua et Kousséri), du Littoral (Douala) et de l'Ouest (Bafoussam). Dans chaque région suscitée, chaque antenne de l'ALVF fonctionne avec une dizaine de travailleurs sociaux. L'association travaille également avec les animateurs de terrain qui sont chargés, entre autres, de relayer l'information auprès des populations locales.

### **Brève présentation du dispositif judiciaire moderne : le Code pénal, le viol et l'inceste**

En matière de juridiction moderne, chaque division administrative au Cameroun dispose d'au moins un ressort juridique. Dans chaque chef-lieu de département, l'on retrouve un Palais de Justice qui est situé généralement en zone urbaine. Dans le cadre du présent travail, des observations ont été conduites dans les palais de justice, dans les commissariats et les gendarmeries des départements de la Ménoua et des Bamboutos pour l'Ouest-Cameroun, dans le département du Mfoundi (Yaoundé) pour la région du Centre. Par l'entremise d'un juge, l'observateur a pu déceler la position du Code pénal vis-à-vis de l'inceste, et les sanctions éventuellement encourues par les transgresseurs.

Dans Le Code pénal camerounais, l'inceste s'inscrit dans ce que le législateur a appelé les « offenses sexuelles », qui comportent des infractions telles que : « Outrage privé à la pudeur », « Viol », etc. L'article 360 de ce Code stipule : « Est puni d'un emprisonnement de un à trois ans et d'une amende de 20 000 à 500 000 celui qui a des rapports sexuels : a) avec ses ascendants ou descendants légitimes ou naturels sans limitation de degré ; b) avec ses frères ou sœurs légitimes ou naturels germains consanguins ou

utérins ». À propos du viol, l'article 296 du même Code pénal stipule : « Est puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans celui qui à l'aide des violences physiques ou morales contraint une femme, même pubère, à avoir avec lui des relations sexuelles. » Ici, les peines sont doublées s'il s'agit d'un viol incestueux ; en d'autres termes, si le coupable est une personne ayant autorité sur la victime ou en ayant la garde légale ou coutumière.

Les dispositions ci-dessus permettent de comprendre qu'en matière d'inceste ou de viols incestueux au Cameroun, le Code pénal n'est pas entièrement muet. Même si les procès liés à l'inceste sont « extrêmement rares », il se trouve tout de même que le dispositif du droit moderne inclut l'inceste dans son registre des déviations qui ne peuvent prétendre à l'impunité.

Au regard de ce qui précède, il apparaît clairement qu'il existe au Cameroun un dispositif politico-institutionnel qui se donne pour ambition de résoudre les problèmes de santé publique générés par les pratiques sexuelles déviantes comme le viol et l'inceste. Ce dispositif est constitué, comme le montrent les paragraphes précédents, des ministères comme le MINPROFF et le MINAS, des ONG et diverses associations, de l'appareil juridique formé des tribunaux, de la police, de la gendarmerie, etc. Après la présentation de ce dispositif, il importe à présent de questionner la gouvernance dans la gestion de ce « problème genré » de santé publique au Cameroun.

### **Quelle gouvernance dans la gestion de la santé publique ?**

De prime abord, il convient de préciser que les problèmes fondamentaux de gouvernance qui se posent dans beaucoup de pays d'Afrique au sud du Sahara n'émanent pas des textes ou des structures étatiques existantes. Les organigrammes, les textes, les structures existent et peuvent d'ailleurs inspirer l'optimisme au regard de leurs contenus sémantiques. Le problème fondamental est celui de leur réelle application sur le terrain. On comprend alors que la notion de gouvernance, loin de se contenter des textes ou des lois existants, pointe plutôt le « type » d'homme qui est censé les appliquer sur le terrain. Le terme « gouvernance » désigne « l'art ou la manière de gouverner » (Joumard 2009:13). Deux précisions sont cependant nécessaires : il s'agit, d'une part, de bien marquer la distinction avec le gouvernement en tant qu'institution et, d'autre part, de promouvoir un nouveau mode de gestion des affaires publiques fondé sur la participation de la « société civile » et sur la bonne moralité des gestionnaires.

Les paragraphes précédents ont montré que le viol et l'inceste au Cameroun constituent, par rapport à la norme des choses, au regard des chiffres et des vécu socio-anthropologiques des victimes, un véritable problème de santé publique

qui concerne principalement le sexe féminin. Force est « malheureusement » de constater que les dirigeants n'en font pas un problème de santé publique. En outre, l'application des textes sur le terrain souffre encore des pesanteurs liées à la corruption et à de multiples défaillances.

### **Le viol et l'inceste : un problème « méconnu » de santé publique au Cameroun**

En examinant les préoccupations gouvernementales en matière de santé publique au Cameroun, il apparaît que le viol et l'inceste ne figurent pas dans la liste des « maux » érigés en problème de santé publique. C'est d'ailleurs ce qui justifie l'inexistence d'une politique nationale ciblée de lutte contre l'inceste ou le viol, comme c'est le cas pour le sida, la tuberculose, etc. En effet, l'inceste et le viol au Cameroun ne figurent pas dans les priorités de l'agenda international. Dans un tel contexte, souligne Kazancigil (2005:60-61),

Les acteurs (stakeholders) souverains — les États, avec les quelques États économiquement et militairement les plus puissants, leurs instances propres (G8) et celles qu'ils dominent (FMI, Banque mondiale, OMC, OCDE), situés en haut de la hiérarchie, établissent l'agenda mondial et fixent les règles de la mondialisation selon leurs intérêts propres. Les États en développement sont obligés d'accepter agenda et règles ; leur propre agenda, leurs priorités et leurs intérêts n'étant pas pris en compte, ils en subiront malgré eux les conséquences.

Les politiques intérieures des États d'Afrique subsaharienne sont profondément greffées sur les grandes directives de l'agenda international tenu par les pays riches. L'attention est plutôt portée sur les « maux urgents » tels que définis et voulus par les décideurs internationaux. Ces principaux maux sont le sida, le paludisme, la tuberculose, la drogue, etc. La question des déviances sexuelles, pour subsidiaire et secondaire qu'elle soit, n'intègre pas encore de façon visible les discours officiels. Dans le contexte actuel, rapporte Bang (2007:43), il n'existe pratiquement pas de mesures de prévention intégrées dans les programmes d'activités des services étatiques concernés par la prévention et la sensibilisation des abus sexuels sur les mineurs, pour peu que ces services existent.

Au Cameroun, s'il existe quelques prédispositions statutaires ou juridiques relatives au viol, la situation est différente dès lors qu'il s'agit de l'inceste. Au MINPROFF par exemple, ministère chargé de protéger et de promouvoir la famille, il n'existe pas encore de politique publique ciblée sur l'inceste en particulier. Cela est dû au fait, dit-on, que l'inceste est généralement noyé dans le silence en société. L'une des déléguées régionales pour le MINPROFF, rencontrée dans la ville de Bafoussam à l'ouest du Cameroun, déclare :



« L'inceste n'est pas encore un fléau social au même titre que le sida, la drogue, etc. C'est ce qui justifie un manque de visibilité en matière de lutte. Or, il est important d'y penser, car il a bel et bien cours dans les familles et les déstabilise profondément<sup>9</sup>. » Un autre travailleur social ajoute :

Au Cameroun à l'heure actuelle, on ne peut pas parler de l'existence d'une politique institutionnelle réelle de lutte contre l'inceste. Pour qu'il y ait ce genre de politique, il faut que les choses soient initiées depuis le sommet. Dans l'un des discours présidentiels, on peut entendre parler de « promotion de la famille » ou de « protection de la famille ». Alors c'est dans les déclinaisons que l'on peut voir dans quels secteurs promouvoir ou protéger la famille. C'est à ce moment que les questions de sexualité intra-familiale peuvent surgir. Sinon, en termes de politique nationale de lutte contre l'inceste, ça n'existe pas au Cameroun.

Ce ministère, à savoir le MINPROFF, a été créé en 2004. Pour beaucoup de ses dirigeants, il s'agit d'un « jeune ministère » qui n'a pas encore achevé son implantation. Cet argument est souvent présenté comme une excuse face à la question de l'inexistence d'une politique publique ciblée contre l'inceste, dans le cadre de la sauvegarde du « bien-être de la famille<sup>10</sup> ». Sur le terrain dans les régions, les travailleurs sociaux reconnaissent la nécessité pour leur « jeune ministère » de déployer des investissements considérables dans la lutte contre l'inceste dans les familles. Les informations obtenues sont du type : « Ici nous n'avons pas d'infos sur l'inceste, mais on ressent que c'est là. Il y a bien l'inceste. Le ministère doit investir là-dessus<sup>11</sup>. »

L'investissement dont il est question, est-on en droit de se demander, peut-il se déployer dans une quasi méconnaissance statistique de l'ampleur du phénomène ? S'il est possible d'avoir une idée de la « gravité » de la situation à travers des témoignages isolés, parfois poignants, sur le viol et l'inceste, il reste constant que les statistiques globales sont à même de renseigner les décideurs sur les perspectives urgentes. L'examen de cette question en contexte camerounais révèle quelques ambiguïtés susceptibles d'entraver certaines initiatives de bonne gouvernance en la matière.

### **Quelle gouvernance dans un contexte d'« inexistence » de statistiques au niveau décisionnel ?**

La construction d'une action efficace de lutte contre les déviations sexuelles intra-familiales au Cameroun ne peut pas se faire en s'appuyant uniquement sur les textes, s'ils existent. Au-delà des textes savamment conçus par les spécialistes de la rhétorique française, il est nécessaire de puiser dans la réalité du terrain. Les décideurs doivent en effet être suffisamment renseignés sur le quotidien des populations tant sur le plan qualitatif que sur le plan

quantitatif. Les données quantitatives par exemple ne sont pas toujours à la portée des décideurs au MINPROFF notamment, et l'une des raisons avancées est celle selon laquelle ces données, disent-ils, ne leur « parviennent pas, et restent sur le terrain ». Les cadres des services centraux des ministères sont pour la plupart déconnectés des réalités dans les localités du pays. Il y a lieu de se demander : quels sont les leviers sur lesquels ils s'appuient pour prendre des décisions à l'échelle nationale dans le cadre de la promotion et de la protection de la famille ? Pour des questions cruciales comme celle-ci, les décideurs centraux pointent un doigt accusateur sur leurs représentants dans les régions et dans les départements. Ce cadre des services centraux du MINPROFF à Yaoundé est beaucoup plus explicite à sa manière :

Un autre véritable problème que nous rencontrons ici est celui du manque de statistiques relatives à ces questions. Ici, au ministère, nous n'avons pas la possibilité de jauger l'ampleur du phénomène, car ceux qui sont sur le terrain ne rendent pas compte de façon assidue à la hiérarchie au sommet.

Ils pensent donc qu'il n'est pas possible d'entreprendre et d'impulser une dynamique de projets dans la lutte contre l'inceste ou le viol, dans un contexte où ils ne disposent pas de chiffres sur la question. En effet, si le manque de statistiques s'observe au niveau décisionnel dans les services centraux, la situation est similaire dans les délégations régionales et départementales, notamment pour ce qui est des régions de l'Ouest et du Centre visitées. Les différentes déléguées rencontrées dans le cadre de la présente recherche affirment toujours ne pas avoir assez d'informations sur des cas concrets d'incestes dans leurs zones de compétences. Plus précisément, elles disent n'avoir pas encore eu à traiter ou à résoudre beaucoup de problèmes liés à l'inceste dans les familles au sein de leurs régions de travail. Bien qu'il en soit ainsi, elles restent conscientes de l'existence des cas d'incestes dans la société et dans les familles, ce phénomène déviant relevant finalement de la rumeur, et cette dernière étant entretenue par le tabou qui pèse sur la réalité de l'inceste.

L'inexistence de statistiques sur l'inceste au Cameroun est sans doute tributaire d'un manque d'investissement intellectuel dans ce domaine<sup>12</sup>. La recherche universitaire sur la question se raréfie. Toutefois, il importe de mentionner que ces statistiques sur l'inceste et les violences sexuelles ne sont pas totalement et absolument inexistantes au Cameroun. Bien que très récent, le rapport 2009 de la GIZ sur *Viol et Inceste au Cameroun* fournit néanmoins des renseignements sur la question. En plus de ce rapport, les résultats des différentes enquêtes démographiques et de santé (EDS), enquêtes d'envergure nationale réalisées par l'Institut national de la statistique (INS), apportent des précisions sur les violences sexuelles dont sont victimes les femmes et les jeunes dans et hors des familles camerounaises.

Il s'ensuit que l'argument avancé par les responsables chargés de la promotion et la protection de la famille, notamment l'argument relatif à l'inexistence absolue de statistiques au niveau décisionnel qui est le leur, est au demeurant un argument à réexaminer, pour ne pas dire à remettre en cause. Le constat qui s'en dégage est que ces statistiques, bien qu'insuffisantes, sont finalement sous-utilisées par les autorités du pays. Une visite scientifique dans les locaux de l'INS atteste avec pertinence cette hypothèse. Selon un chercheur de l'INS interrogé sur la question, ces statistiques « existent bel et bien ». Dans son propos, il déplore le manque d'intérêt pour les autorités gouvernementales de se rapprocher de l'INS pour chercher à obtenir ou, au besoin, à « conquérir l'obtention de ces données » qui restent, selon lui, nécessaires dans la conception et l'application des politiques nationales de lutte contre les déviations sexuelles intra-familiales au Cameroun. Il s'insurge :

Nous avons fait l'EDS en 2004. [...] Nous avons des informations sur les violences qui ont cours dans les ménages [...]. Or le MINPROFF ne s'est jamais rapproché de nous pour demander quelle est la situation dans ce sens. Quand on les invite, souvent, ils viennent. Mais la logique dans laquelle ils viennent n'est pas appropriée. Celui qu'on envoie représenter le MINPROFF dans ces réunions est souvent celui qui ne comprend absolument rien des aspects techniques. Pendant la réunion, il ne peut rien suggérer. Parfois même on envoie quelqu'un qui n'a pas de pouvoir au ministère, car c'est par des affinités qu'on l'envoie. Il vient s'asseoir. Il suit les débats. À la fin, il prend son perdiem et il rentre dans son ministère pour donner la part du chef qui l'a envoyé. Quand celui-là rentre au ministère, que peut-il dire ? Que peut-il proposer ? Voilà la raison pour laquelle on te dit toujours qu'il n'y a pas de statistiques. Pourtant, ce que nous avons fait dans le cadre de l'EDS renseigne assez<sup>13</sup>.

Ces déclarations sont indubitablement une invite à beaucoup plus d'entrain dans le travail. La réalité dénoncée par ce chercheur de l'INS, faut-il le préciser, n'est pas spécifique à un seul département ministériel au Cameroun. Il s'agit des manquements souvent décriés dans les journaux et par des observateurs internationaux.

### **De la pertinence des textes à la faiblesse de leur application sur le terrain**

Conduire une réflexion sur les forces des interventions publiques en matière de lutte contre les déviations sexuelles intra-familiales générées, entre autres, par des inégalités sociales, c'est principalement focaliser l'attention sur les textes et traités existants. En effet, le dispositif politico-institutionnel présenté plus haut brille prioritairement par la pertinence des textes qui le

régissent. Il s'agit généralement des « prédispositions statutaires » savamment conçues et énoncées par les spécialistes de la langue française.

En prenant l'exemple de la lutte contre les violences faites aux femmes en contexte camerounais ou africain, l'observateur est en présence d'une multitude de traités ou de conventions signés de façon bilatérale ou multilatérale entre les États eux-mêmes, d'une part, et entre les États et les organismes internationaux, d'autre part. L'une des conventions signées est la CEDEF (*Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*). C'est un texte de plusieurs dizaines de pages, dont la pertinence est à même de rassurer ou de convaincre n'importe quel observateur critique ou sceptique. Il en est de même pour les différents organigrammes des ministères pouvant protéger ou promouvoir la stabilité de la cellule familiale (MINPROFF, MINAS, MINJUSTICE...). Tout ou presque est prévu dans l'organigramme qui présente des divisions et des subdivisions spécialisées. En substance, les actions publiques, ou mieux, les discours devant précéder ces actions en matière de lutte contre les déviations sexuelles comme l'inceste peuvent impressionner par la pertinence théorique qui caractérise les textes qui les fondent. Cependant, en tentant une réflexion sur le plan pratique, surtout pour ce qui est du viol et de l'inceste, plusieurs faiblesses se font jour.

En visitant les délégations sur le terrain, le constat est celui d'un manque de moyens techniques et humains pour accomplir patiemment cette tâche. L'une des déléguées régionales du MINPROFF par exemple (Ouest-Cameroun) fait état d'un manque criard de moyens de locomotion<sup>14</sup> et d'une réelle défaillance liée à la taille de son personnel. Pour ce qui est du personnel notamment, elle précise que l'organigramme de ses services prévoit un personnel administratif et technique d'une trentaine d'individus. Or ces déclarations, couplées aux observations directes menées dans la structure, font état de la présence de moins de dix personnes. Dans un contexte de crise économique généralisée où chaque citoyen cherche à améliorer ses conditions matérielles et sociales d'existence, tous les moyens sont bons pour atteindre certaines fins, y compris la désertion des postes de responsabilité pour s'adonner à d'autres activités parallèles. Cela revient à affirmer que ce personnel, bien qu'insuffisant, n'est pas assidu et présent sur son lieu de service chaque jour. Les absences pour des raisons diverses ne sont pas rares. Avec toutes ces défaillances, l'ambition de faire appliquer les textes sur le terrain reçoit rapidement du plomb dans l'aile.

Les « économies naufragées » (Hebga 1995:40) de plusieurs pays d'Afrique ont du mal à se remettre à flot. L'on assiste à un blocage de l'administration, laquelle abrite une bureaucratie qui, en plus d'être inefficace, est très souvent

déconnectée des réalités sociales. Si cette inadéquation entre les textes divers promulgués et leur application concrète sur le terrain peut s'expliquer (et non se justifier et se légitimer) par un manque manifeste des moyens matériels de travail sur le terrain, il y a lieu de reconnaître que les acteurs appelés à appliquer ces politiques font preuve au quotidien de relâchements multiples. Le problème du décalage entre ces textes et les personnes censées les faire appliquer sur le terrain se pose donc. L'hypothèse d'une quelconque « démission de l'État » est rapidement évacuée par cet informateur, qui préfère insister sur l'inaptitude ou le manque de volonté des travailleurs à bien accomplir leur tâche :

Je ne sais pas si c'est une démission de l'État ! En tout cas ce n'est pas une démission de l'État. L'État est là, d'une part, et les personnes sont là, d'autre part. L'État nous donne des moyens (des formations) de réfléchir par rapport aux situations que nous avons, des moyens de penser la politique, de penser à des programmes. Les gens sont suffisamment outillés. Ils savent ce qu'il faut pour ce genre de situations. Donc, d'un côté il y a des textes, de l'autre il y a des gens chargés d'appliquer ces textes. C'est donc le fossé entre les deux côtés qui fait problème. Si vraiment les textes étaient appliqués comme il faut, peut-être que beaucoup de choses changeraient dans notre pays<sup>15</sup>.

Un travail de fond interpelle alors les décideurs. Il n'est pas soutenable de s'appuyer sur la particularité des déviations sexuelles intra-familiales comme l'inceste pour justifier ou légitimer une quelconque inaction de l'État dans ce domaine. Le tabou sexuel est certes très prégnant dans les consciences et limite les dynamiques d'intervention. Mais, en avançant un tel argument pour se dédouaner, l'État court le risque de perdre sa crédibilité auprès des personnes qu'il est censé protéger. L'on peut se demander finalement : qui est l'État ? En admettant que tous les acteurs sociaux contribuent à faire vivre l'État et même à le définir, dans une certaine mesure, il reste tout de même intéressant d'interroger les représentants de ces acteurs sociaux au sommet de la hiérarchie.

La corruption apparaît aussi dans le contexte des institutions modernes comme étant un facteur à prendre dûment en compte.

### **Quelle gouvernance dans un contexte marqué par la corruption ?**

La corruption se manifeste à plusieurs niveaux. Les propos des informateurs de terrain sur l'occupation des postes techniques par les profanes sont une illustration parfaite de celle-ci. En effet, en analysant le processus et les logiques de nominations dans l'administration, l'on s'aperçoit qu'à côté des personnes qui savent ce qu'elles ont à faire, il y en a également qui s'y trouvent en fonction d'une logique de cooptation qui n'a souvent

pas tenu compte des exigences de la profession. Lorsqu'un enseignant de lycée d'enseignement général est appelé à travailler en lieu et place d'un travailleur social, il n'est pas évident que les résultats soient satisfaisants. Et si la corruption est citée ici, c'est pour revenir sur le contexte qui a vu la nomination de celui dont le rendement au poste n'est pas assuré. En réalité, dans la mesure où les nominations dans les services publics sont souvent greffées à une logique de « récompense » par rapport à la sympathie du requérant pour telle ou telle obédience, il devient certain que le terrain des nominations aux postes de responsabilités devient un espace de lutte où chacun déploie des stratégies pour se faire remarquer. Au nombre de ces stratégies figure le militantisme un peu outrancier de certains entrepreneurs politiques qui ne visent qu'« une nomination », même si celle-ci exige des compétences professionnelles qui ne sont pas les leurs<sup>16</sup>. Ceux qui n'ont pas la sympathie de ceux qui ont le pouvoir de nommer n'hésitent pas à « mettre l'argent », comme cela se dit en langage populaire.

C'est ainsi que plusieurs départements ministériels deviennent des « ministères refuges » dans lesquels il est possible de trouver des personnes qui n'ont jamais été formées pour la profession qu'elles exercent. Il faut à tout prix quitter la salle de classe pour investir un bureau, et c'est signe de promotion sociale. En intégrant d'ailleurs l'ENS (École normale supérieure), le but fondamental visé était celui d'« obtenir un matricule dans la fonction publique », les vrais enjeux étant ailleurs que dans une salle de classe. La nomination a toujours été l'objet de parades festives dans les villages des « promus ». Or la question du rendement au poste de travail ne se pose qu'en dernière position, ce qui fait qu'on se retrouve finalement en présence des « États sous haute tension » (Dozon 2008:52).

Une autre forme de corruption, sans doute la plus pernicieuse, est celle qui consiste à utiliser de l'argent sans relâche pour triompher de la justice. En matière de lutte contre les viols incestueux dans les familles, l'option d'une action en justice n'est pas exempte de ce genre de réactions de la part des présumés coupables, comme l'indiquent les propos d'une assistante sociale :

Nous avons traité un cas dernièrement. Un monsieur bien placé dans cette République, un grand. Il a fait ça à trois de ses enfants. La dame est intervenue aux médias. Elle a crié partout. Elle vient aujourd'hui : on la reçoit, elle pleure. Mais quand elle revient demain pour un rendez-vous, la porte est déjà fermée. Ah Oui !!! En justice le monsieur a été acquitté. Et il disait bien : « Je vais payer jusqu'au président de la République. » Et je rappelle que le problème n'était plus secret, c'était au vu et au su de tout le monde. À la télévision, elle est intervenue pour dénoncer son mari. Aujourd'hui elle passe à Canal 2, à la CRTV, et quand

elle part, le mari vient démentir en donnant des enveloppes. Vous voyez ces genres de choses ? L'affaire est finie. Le monsieur a été acquitté en justice, purement et simplement. Les trois enfants (le garçon avait neuf ans, la fille six ans, le dernier deux ans huit mois), principalement les deux premiers, après les enquêtes, sont passés aux aveux. Nous autres travailleurs sociaux, en bavardant, en dénonçant, j'ai l'impression qu'on se moque de nous<sup>17</sup>.

Ces déclarations mettent au défi le monde des médias et celui des défenseurs de la loi. Voilà autant d'éléments qui expliquent les défaillances liées à la lutte contre les violences sexuelles intra-familiales, ainsi qu'à leurs tentatives de prévention.

## **Conclusion**

Les développements qui précèdent avaient pour ambition de porter à l'ordre du jour la question de l'appui institutionnel de l'État aux jeunes filles victimes de viol et d'inceste au Cameroun. Les analyses issues d'observations empiriques de terrain ont dévoilé des pesanteurs multiformes qui, d'une manière ou d'une autre, contribuent à plomber d'éventuels efforts de bonne gouvernance dans ce sens. Un état des lieux de la réalité du viol et de l'inceste a été présenté, et a poussé à croire, au regard des chiffres et des témoignages, que ces maux sont en droit d'être considérés comme des « problèmes genrés » de santé publique au Cameroun, dans la mesure où la jeune fille apparaît comme étant la principale victime de ces déviations sexuelles. Cependant, tel n'est pas le cas ! L'existence des structures étatiques (MINPROFF, MINAS, ONG et associations diverses) censées traiter ces problèmes n'implique pas forcément une grande visibilité de leurs actions sur le terrain. Ces défaillances, comme l'ont montré les analyses, s'expliquent (mais ne se justifient pas) par plusieurs éléments. Inexistence d'une politique nationale ciblée sur le viol et l'inceste, inadéquation entre le profil du fonctionnaire et le poste occupé, pratiques de la corruption, textes et lois faiblement appliqués sur le terrain, tels sont quelques éléments retenus à travers lesquels le sociologue peut lire une gouvernance très approximative de l'État face à ce « problème genré » de santé publique au Cameroun. Au regard de toutes ces remarques, les défis à relever pour garantir un appui institutionnel adéquat aux jeunes filles victimes de viols et d'incestes s'imposent d'eux-mêmes.

## **Notes**

1. Entretien de terrain, Yaoundé, août 2015.
2. On ne peut pas nier l'évidence selon laquelle dans toutes les sociétés, on assiste à des transgressions diverses des interdits qui existent pourtant. Cependant, dès que ces transgressions atteignent un certain « seuil critique », il est urgent

de déployer autour d'elles une dynamique de recherches pour comprendre le phénomène. Pour ce qui est de la présente thématique de l'inceste, il apparaît que des observations empiriques sur les impacts sociaux visibles légitiment la présente recherche qui ambitionne d'explorer, entre autres, grâce à la « sociologie des profondeurs » (Balandier), les enjeux sous-jacents à ces pratiques déviantes qui engagent dans une large mesure le devenir de la famille, le devenir de toute une société.

3. Récit d'une victime de viol incestueux, Ouest-Cameroun, Support GTZ 2009.
4. Entretien de terrain, mai 2014, Yaoundé.
5. Le christianisme est le principal socle de la civilisation occidentale. Lorsqu'on sait la place que la religion chrétienne réserve à la femme, il devient aisé de comprendre que c'est plutôt la femme occidentale qui a connu la véritable domination absolue de l'homme. Ce n'est que dans les années 1900 qu'elle prend conscience de sa condition et commence à lutter pour se libérer, non sans difficultés, du joug masculin, sur les plans politique, économique et religieux. Tel n'est pas le cas de la femme africaine qui, jusqu'aujourd'hui, continue d'occuper de nobles fonctions dans la société traditionnelle.
6. Toutes ces données liées à l'historique du MINPROFF sont tirées des archives et des dépliants consultés en marge des entretiens avec les dirigeants des services centraux (à Yaoundé) et décentralisés (dans les régions du Centre et de l'Ouest) du MINPROFF.
7. Décret n° 2005/160 du 25 mai 2005 portant organisation du ministère des Affaires sociales.
8. Tout part de l'idée selon laquelle ce sont toujours les femmes ou les jeunes filles qui sont victimes de violences sexuelles. L'inverse, c'est-à-dire les violences perpétrées par le sexe féminin sur le masculin, est rarement à l'ordre du jour.
9. Entretien de terrain, déléguée du MINPROFF pour l'Ouest, avril 2015.
10. Dans l'organigramme du ministère, il existe toute une direction, la DBEF (Direction du Bien-être de la Famille). Ce bien-être de la famille n'a que rarement intégré, de façon officielle, les problèmes spécifiques liés à l'inceste.
11. Cadre du MINPROFF, Région de l'Ouest, avril 2015.
12. Le rapport 2009 de la GIZ sur « Viol et Inceste au Cameroun » reste à ce jour le plus récent et sans doute le plus crédible en la matière.
13. Statisticien, Yaoundé, Septembre 2014.
14. La seule voiture de service dans la délégation est une petite camionnette qui est, selon madame la déléguée, « constamment en panne ».
15. Cadre au MINPROFF, Yaoundé, Septembre 2014.
16. L'essentiel ici est d'avoir aussi « un budget à gérer ». Or cette gestion des budgets respecte rarement les principes de bonne gouvernance.
17. Travailleuse sociale, MINPROFF, Yaoundé, Septembre 2014.



## Références

- Bang, G. A., 2007, *Contribution à l'étude des abus sexuels intra-familiaux envers les mineurs à Yaoundé (Cameroun)*, thèse de doctorat en médecine, Université de Yaoundé I.
- Balandier, G., 1986, *Sens et puissance : les dynamiques sociales*, Paris, PUF.
- Bourdieu, P., 1998, *La domination masculine*, Paris, Seuil.
- Connell, R.W., Messerschmith, W., 2005, « Hegemonic Masculinity. Rethinking the concept », *Gender and Society*, Vol. 10, N° 6, p. 829-850.
- Dozon, J.-P., 2008, *L'Afrique à Dieu et à diable. État, ethnies et religions*, Paris, Ellipses Marketing.
- Hebga, M., 1995, *Afrique de la raison, Afrique de la foi*, Paris, Karthala.
- Joumard, R., 2009, *Le concept de gouvernance*, Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité, Rapport n° LTE 0910.
- Kazancigil, A., 2005, « La gouvernance et la souveraineté de l'État », In Hermet G., Kazancigil A. et Prud'homme JF. (dir.), *La gouvernance, un concept et ses applications*, Paris, Karthala, 228 p., p. 49-64.
- MINPROFF, *Rapport de la participation du ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille à la conférence sur les initiatives de recherche sur les violences sexuelles*, Johannesburg, 06-09 juillet 2009.
- Ngoa, H., 1975, *Non ! La femme africaine n'était pas opprimée*, Yaoundé, CLE.
- Ndonko, F. et al., 2009, *Viol et inceste au Cameroun. Rapport final*, Yaoundé, Colorix-GTZ.
- République du Cameroun, décret n° 2005/160 du 25 mai 2005 portant organisation du ministère des Affaires sociales.
- République du Cameroun, décret n° 77/495 du 7 décembre 1977 fixant les conditions de création et de fonctionnement des œuvres sociales privées.
- Zambo Belinga, J.-M., 2003, « Une société aux repères ambigus », *L'Anthropologue africain*, Vol.10, n° 1, p. 23-37.





# **Gendered Epidemics and Systems of Power in Africa: A Feminist Perspective on Public Health Governance**

Ravayi Marindo\*

## **Abstract**

This article is about systems of power, and the way different power systems – global, local, patriarchal and family – interconnect and create vulnerability to epidemic and infectious diseases among those with less power, mostly poor, resource-limited rural African women. The main argument is that to understand gendered epidemics in Africa, we need to examine the systems of power that create and perpetuate African women's vulnerabilities at local, national and global levels. The article uses case studies, extracted from published epidemic stories and interprets these cases from a feminist and power analytical framework. The results suggest that while a disease or an epidemic affect a group of individuals, systemic factors regarding responsible governance and the role of national politics and policies; the role of global systems that control knowledge production and sharing; as well as patriarchy and culture all contribute to creating an environment that increases women's vulnerability to epidemics. The article concludes by advocating for strengthening practical ways that can make hierarchical power less attractive and equitable distribution of power more attractive. Since current systems of power cannot be eliminated, they need to be challenged and transformed. The article has various limitations. It relies on a small number of case studies and though the literature refers to gender, the analysis is predominantly of women. Notwithstanding these limitations however, the article aims to contribute to the ongoing scholarly debate on governance of public health in Africa as well as to the growing field of African feminist epidemiology.

## **Résumé**

Cet article porte sur les systèmes de pouvoir et la manière dont différents systèmes de pouvoir – mondial, local, patriarcal et familial – sont interconnectés

---

\* Curtin School of Public Health Department of Epidemiology and Biostatistics, Western Australia. Email: [Ravayi.marindo@curtin.edu.au](mailto:Ravayi.marindo@curtin.edu.au)

et créent une vulnérabilité aux maladies épidémiques et infectieuses chez ceux qui ont moins de pouvoir, essentiellement les femmes rurales pauvres aux ressources limitées. L'argument principal est que pour comprendre les épidémies à dimension genrée en Afrique, nous devons examiner les systèmes de pouvoir qui créent et perpétuent les vulnérabilités des femmes africaines aux niveaux local, national et mondial. L'article se sert d'études de cas tirées de publications d'histoires d'épidémies, et les interprète à partir d'un cadre d'analyse féministe et de pouvoir. Les résultats indiquent qu'alors qu'une maladie ou une épidémie affecte un groupe d'individus, des facteurs systémiques concernant la gouvernance responsable et le rôle de la politique et des stratégies nationales, le rôle des systèmes mondiaux qui contrôlent la production et le partage des connaissances, ainsi que le patriarcat et la culture, contribuent tous à créer un environnement qui accroît la vulnérabilité des femmes aux épidémies. L'article conclut en préconisant le renforcement des moyens pratiques qui peuvent rendre le pouvoir hiérarchique moins attrayant et la distribution équitable du pouvoir plus attrayant. Étant donné que les systèmes de pouvoir actuels ne peuvent pas être éliminés, il est impératif qu'ils soient remis en question et transformés. L'article comporte diverses limites. Il s'appuie sur un petit nombre d'études de cas et bien que la documentation se réfère au genre, l'analyse porte essentiellement sur les femmes. Cependant, en dépit de ces limites, l'article vise à contribuer au débat scientifique en cours sur la gouvernance de la santé publique en Afrique, ainsi qu'au domaine en expansion de l'épidémiologie féministe africaine.

## **Introduction**

Research on the gender dimensions of health in Africa is not new. There is a long history of scholarly work exploring the relationship between gender and health in both social and health sciences. As Vlassoff (2007:49) stated 'gender has been shown to influence how health policies are conceived and improved, how biomedical and contraceptive technologies are developed and how health systems respond to male and female clients'. Understanding the role of gender in health is key to improving both women's and men's health in Africa.

In recent years, epidemic prone infectious diseases have become an increasing challenge to Africa's public health. Yet surprisingly few studies have focused on the gender dimensions of epidemic prone infectious diseases. In 2007, the World Health Organization produced a long and detailed report entitled 'Addressing sex and gender in epidemic prone infectious diseases'. This report looked at gender differences in incidence, severity and mortality due to dengue fever, Ebola haemorrhagic fever (EHF) and severe acute respiratory syndrome (SARS). The report took a life cycle approach and examined gender differences that account for differential infection in infancy, adulthood and old age. Other causes of vulnerability to infection, for example pregnancy and lactation, as well as traditional cultural behaviour, are also discussed.

While the WHO report is to be applauded for putting the spotlight on the gendered nature of African epidemics, there is little, if any, discussion on what might cause or increase women's vulnerability to epidemic prone infections even for diseases that are not sexually transmitted. Without addressing the source of vulnerability, it is difficult to suggest ways in which the gendered nature of epidemics can be challenged and transformed.

This article aims to push the debate on from how African epidemics are gendered, to why women become vulnerable to these epidemics. The aim is to discuss the sources of vulnerability to epidemics through a systemic approach and then to highlight, using feminist perspectives, what makes these systems detrimental to women. In rural African settings, among poorly resourced populations, women are disadvantaged by various hierarchies that arise from patriarchal structures, community level power structures, national political systems, and global systems of power. This does not mean in any way that men are not vulnerable to epidemics; it simply means that in this article it is taken as a given that women are more vulnerable to epidemics than men and the task is to provide evidence as to why this is so.

This article uses cases studies, a key methodological tool in epidemiology and applies feminist analysis to highlight the role of systems of power and how they influence vulnerability to epidemic prone infections.

### **Organisation of the Article**

The article begins with a brief theoretical grounding. This is followed by a literature review looking at gender and epidemics. The methodology section is then presented with two organizing frameworks for looking at hierarchical as opposed to cyclical systems of power. Case studies are then presented and analysed. Finally, a conclusion and way forward advocating transformation of the systems of power is provided followed by acknowledgements and a declaration of the author's pre-existing biases.

### **Theoretical Grounding**

The article is grounded in African feminisms. My perspective on African feminisms has been and continues to be strongly influenced by liberation war politics, based on both historical and literary accounts of women's roles in various liberation struggles in Africa. I have gained insight from feminist analysis of historical accounts surrounding the role of Mbuya Nehanda in the Zimbabwe liberation struggle (Zimbabwe Daily 2015); the works of Albertina Sisulu in the South African liberation struggle (Sisulu 2002) and from the works of women's empowerment in protecting the earth (Maathai 2003).

I have also been greatly influenced by literary works and many readings of recent African female writers, most of whom do not deliberately declare themselves as feminist in their writing yet provide some strong insights into African feminisms. These are the works of Tsitsi Dangarembwa and Adichie (2006). Feminist academics have provided me with the academic frameworks for understanding feminism in a scholarly manner. These are mostly the works of Tsikata (1997), McFadden (2001), Gaidzanwa (1992), and Imam, Mama and Sow (1997). My interest and understanding of intersectionality has been strongly influenced by critical race theorists like Crenshaw (1993), Ladson-Billings (1998) and Delgado and Stafencic (2001). The concept of *African feminist epidemiology* is adapted and strongly aligned with the work of Kaufert (1988).

Although still a largely contested research area, feminism is devoted to the tasks of critiquing women's subordination (Allen 2014). Feminists are also interested in the relations of power rather than power as an individual activity. So here I argue that to understand gendered epidemics we must put on feminist lenses and evaluate the role that different systems of power play in disease epidemics within African contexts. In this approach it is important to understand that power works through systems that impact on the relations between people creating hierarchies of those with more power and those who have less power, irrespective of gender. It is however the case in most instances in African countries that women tend to hold less power and men more power hence the default position in most feminist work is understanding and critiquing gender-based relations of domination and subordination (Allen 2014).

With respect to power, my work is influenced mostly by Foucault (2000) and Russell (1938). I argue that no understanding of African epidemics can be achieved without understanding the systems of power, how these systems define the relations of power between individuals, and how this ultimately contributes to the vulnerability of women. We need to understand women's interaction and interdependence with systems of power and how that influences their vulnerability to epidemics.

What exactly is power? I begin with a concept of power based on the work of Bertrand Russell (1938:25) who defined power as 'the capacity of some persons to produce intended and foreseen effects on others'. So a system is created and then gains its own momentum sustained by interactions and interdependencies (relations) among people. What is key in this definition for understanding power is that it involves relations where there is *intentional and effective influence*, not only on individuals but on other sub-systems.

The aim here is to examine and discuss from a feminist perspective the various pathways through which systems of power intersect and create

multiple vulnerabilities to disease exposure and mortality among poor African women. I argue that to understand vulnerability to epidemics among the poorest of our communities, we must follow the fault lines taken by the systems of power at every level and understand the intended, though sometimes unstated, effects which work through intersectionality. I argue that one cannot understand the gendered nature of African epidemics, unless and until one understands the way in which power is systemically organized, used/abused and shared/withheld. I also propose that for poor women, their vulnerable positions in society are rarely the result of one disadvantage but an intersection of multiple vulnerabilities which may involve some or all of the following; poverty, lack of education, belonging to a minority group, lack of information, lack of financial resources, age, patriarchy, culture and oppressive political systems. It is for this reason that a feminist analysis becomes key. For many years now, feminist scholars have highlighted the importance of recognizing multiple disadvantages when dealing with women's issues in Africa. This article emphasises this point further. The use of intersectionality as a research paradigm is based on work of Crenshaw (1993) as well as the work Carastathis (2014) and Hill Collins (2008). What these authors highlight in various ways is that powerlessness creates its own networks of increased vulnerability which sometimes intersect in one individual; power creates its own protective networks.

## **Literature Review**

### ***Gender and Epidemics***

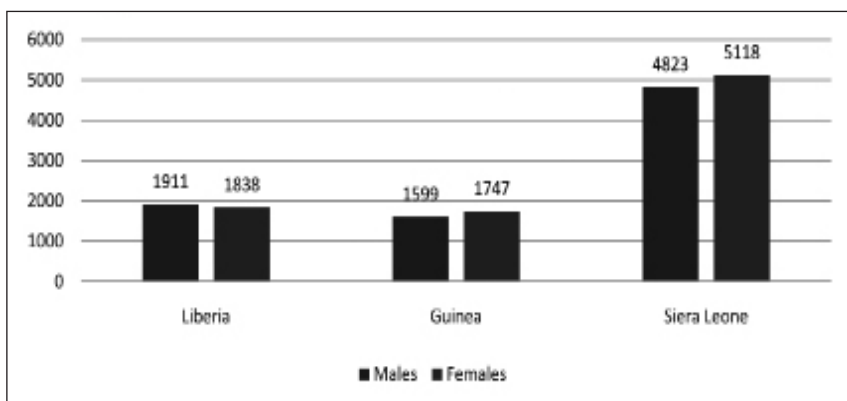
Research on the gendered nature of African infectious diseases has a long history in the sociology of health, anthropology and epidemiology. Social determinants of health research have highlighted gender roles and how these influence vulnerability to infection. Govender and Penn-Kekana (2007) highlighted how in most African communities, women take responsibilities for caring for the sick which increases their exposure to infectious diseases. These researchers argue that gender roles are also taken into hospital settings where women tend to occupy less senior positions thereby replicating their roles in the households, which further exposes them to higher risks of infections as health workers. This tendency towards the heteronormativity of women as care givers can work detrimentally for women, by increasing their exposure to infectious epidemics.

A WHO report highlighted five key gender-related differences that account for the increased vulnerability in exposure and outcomes to epidemic prone infections among women. These include the fact that there are gender differences in time spent at home. Men tend to spend more time away from

home and typically face greater exposure to infectious agents outside home, while women tend to face greater exposure inside the home. Anecdotal evidence from reports of those working in the field suggest that in the case of Ebola, many men were exposed due to contact with wild animals during hunting, but the disease ultimately took hold in the home, where women faced even higher exposures because they took care of sick men and sometimes had the responsibility of preparing infected animals for consumption. In most African households, food preparation is mainly a woman's role.

In doing a thorough literature search on gendered epidemics, it is clear that a major limitation in addressing gender and epidemics in Africa is the lack of good quality data. The WHO (2007) publication addressing sex and gender in epidemic prone infectious diseases used a lot of WHO unpublished data which is not available on public platforms for many researchers. With the exception of HIV/AIDS, good quality data on epidemic prone infectious diseases by gender is scarce. The Ebola data provided in Figure 1 highlights the paucity of the current data.

Figure 1 shows the distribution of confirmed Ebola cases for different countries in West Africa. The data was downloaded from the Statista website but the graphs were plotted by the author. As can be seen from this data, except for Liberia, there are more female confirmed cases of Ebola than male. However, statistical analysis of these figures (Z test for differences in proportions) indicated that these gender differences in the proportions of Ebola cases are not statistically significant, hence these figures only provide suggestive rather than confirmatory evidence of gender differences.

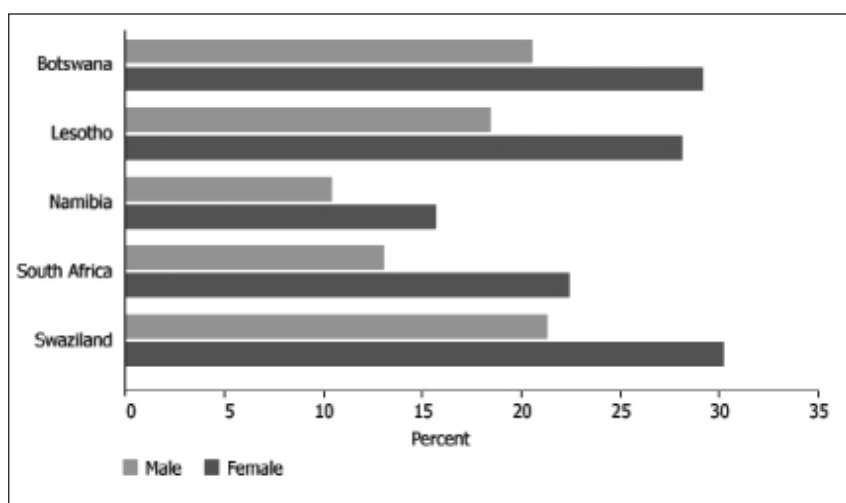


**Figure 1:** Number of confirmed Ebola cases in West African countries by gender (novembre 2015)

*Data source:* [www.statista.com/statistics/379484/west-african-countries-ebola-cases-by-gender](http://www.statista.com/statistics/379484/west-african-countries-ebola-cases-by-gender), Accessed 8 January 2016.



A clearer case of the gendered nature of African epidemics is provided by AIDS statistics for the Southern African countries with the highest deaths from HIV/AIDS in 2015. Figure 2 shows HIV prevalence for the five Southern African countries with the highest prevalence of HIV in the world. Additional information from the World Bank, UNAIDS and WHO suggests that out of Africa's 23 million adults infected with HIV/AIDS, 57 per cent are adult women. Gender disparities in HIV/AIDS among fifteen to nineteen year-olds are even wider. For every one fifteen to nineteen year-old boy who is infected, five or six girls in the same age group are (World Bank 2005).



**Figure 2:** HIV prevalence by gender in five Southern African countries, 2011  
 Data source: [www.prb.org/Publications/Articles/2011/gender-based-violence-hiv.aspx](http://www.prb.org/Publications/Articles/2011/gender-based-violence-hiv.aspx).

In discussing what the World Bank, WHO and UNAIDS calls the *gender dynamic* of HIV/AIDS in Africa, three key factors are provided to explain the gendered nature of the HIV/AIDS epidemic. The first factor is that risk and vulnerability to HIV/AIDS are substantially different for men and for women. The second factor, which closely ties in with the argument of this article, is that the impact of HIV/AIDS differs markedly along gender lines, reflecting men's and women's different roles and responsibilities in household and market activities, and critical gender differences in access to and control of resources. This strongly suggests that tackling the AIDS pandemic is fundamentally about radical change in gender relations in sub-Saharan Africa through behaviour change.

Further evidence on the contribution of gender to exposure and epidemics suggests that gender roles also matter in addition to gender relations. The World Health Organization (2002) suggested that in most African

communities, women and men take care of different domestic animals. Most women tend to take care of smaller livestock like chickens, rabbits, guinea pigs, pigs and poultry. These smaller animals usually get less attention from veterinary and extension programmes when sick, thus increasing women's risk to zoonotic diseases. They also require close proximity during feeding thus increasing women's exposure to disease. Men tend to look after larger animals like cattle, donkeys and/or horses which do not require direct contact during feeding. In some Southern African countries, larger animals are more likely to be the focus of government sponsored veterinary services.

Research has also shown gender differences in care received by males and females. In India and Pakistan, studies have shown that parents tend to take care of sick male children more quickly than female children. In addition, there is evidence showing that doctor – patient relationships differ markedly by gender of the patient, with men receiving more technical explanations for their illnesses than women, as well as men receiving more optimistic prognoses. This was largely due to the fact that most of the doctors assumed that male patients understood technical information more than female patients. In addition, more doctors are men and find it easier to communicate in more straightforward ways to and with other men. Yuen – man Yiu (2015:2) states that a kind of 'medical patriarchy' exists, with male doctors giving female patients minimum information under the pretence that female patients lack the capacity to understand their own diseases. The WHO (2007) also suggests that there may be differences in scientific knowledge provided about appropriate treatment for females and for males. Many clinical trials have included male subjects, or have failed to analyse or present data by gender.

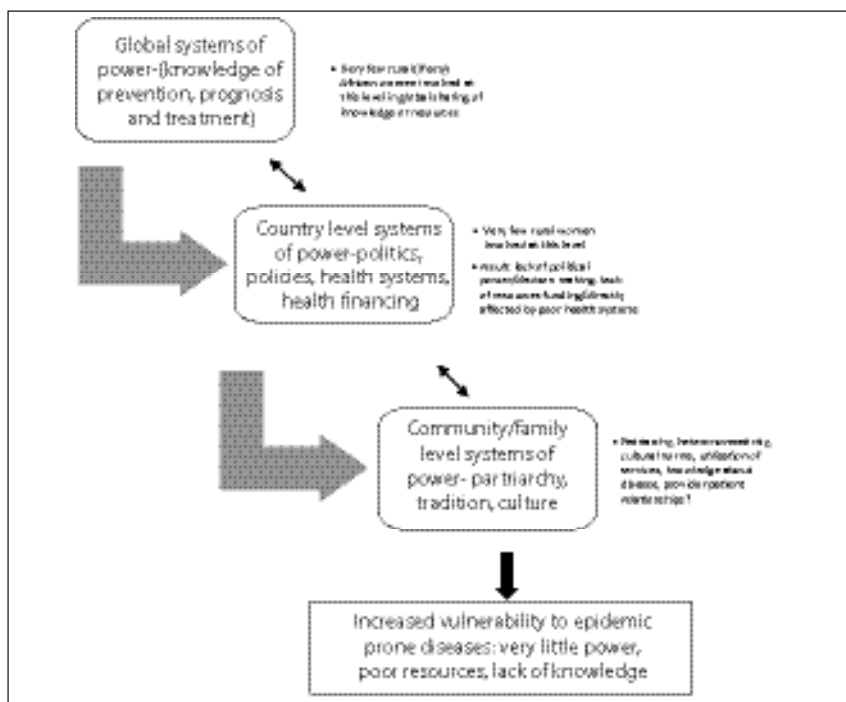
Using the determinants of health approach, Rathgeber and Vlassoff (1993) provided and tested a gender framework for tropical diseases research which highlighted the direct importance of the gendered division of labour, as well as the social/reproductive roles of women and personal factors relating to knowledge about disease to disease outcomes. Their main aim was to show that there is a need to expand gender dynamics beyond the context of reproductive roles in order to understand African women's health, particularly in the context of epidemics.

This work aims to contribute to current debates by focusing on a model that attempts to explain the role of systems of power in increasing the vulnerabilities of African women to epidemics. What the article tries to show is that the gendered nature of epidemics is a reflection of the fault lines created by power systems that disadvantage women. This approach highlights the complexity of how gender influences susceptibility to epidemics in Africa.

## Methods

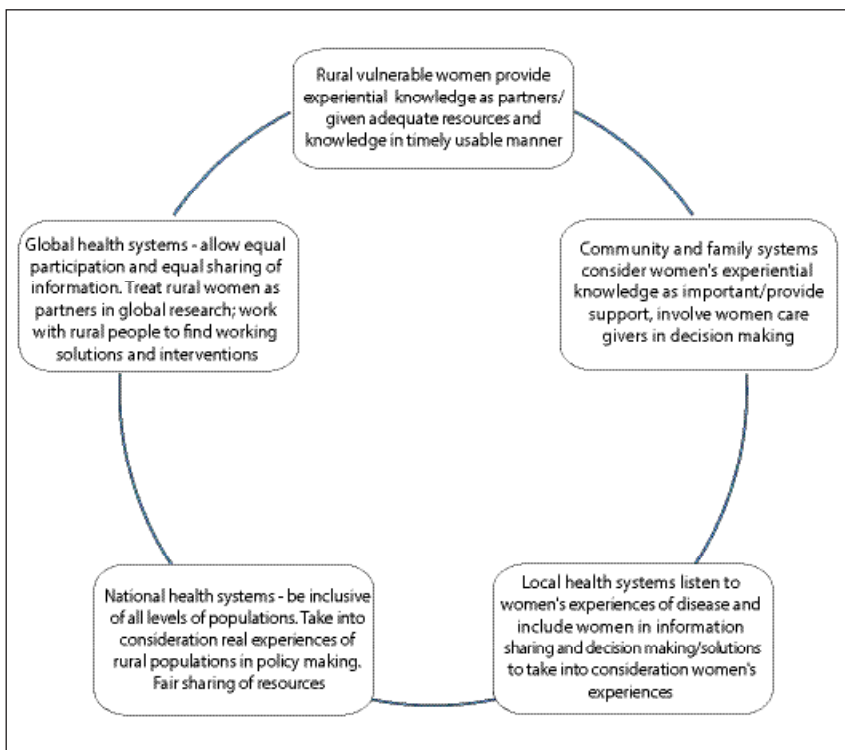
### *Organising Frameworks of Various Systems of Power*

Two frameworks for analyzing the role of systems of power on female vulnerability to epidemics are presented. The first (Figure 3) is a representation of hierarchical systems of power and the pathways through which they increase women’s vulnerability. This is not an analytical framework but an organising framework which shows how things exist currently. The thick arrows in the diagram show the one directional hierarchical flow of global, political and community systems of power. The first to experience epidemics are usually the last to know how to protect themselves. The first to experience the epidemic are usually the last to be considered in allocation of resources. I then introduce very small bidirectional arrows suggesting that the systems of power that are lower on the framework have very little impact on the higher systems. The lower one is on the systems of power, the harder it is to intentionally influence the systems above. The lower you are, the higher your vulnerabilities to epidemics. The flow of power is from top to bottom.



**Figure 3:** A hierarchical model of the various systems and levels of power and pathways of vulnerability to epidemics of village women

The second framework (Figure 4) is theoretically based on Kaufert (1988) concept of feminist epidemiology, translated into a diagrammatical framework by the author. This framework presents how an equitable sharing of power, resources and knowledge on epidemics could work to reduce women's vulnerability. Kaufert (1988) calls for the need to take women's experiential knowledge of their situation as valid knowledge. In addition, she states the importance of not using women as objects of research but as fellow participants for whom results are provided in timely manner and in a form that is usable. The flow is cyclical, depending on need.



**Figure 4:** Author's diagrammatical representation of a cyclical framework influenced by Kaufert's (1988) feminist epidemiology to explain women's vulnerability to epidemic prone infectious diseases

Figure 4 suggests equality rather than hierarchy in the process of resources allocation, information and knowledge sharing and inclusion of women as participants. It begins with a clear recognition of rural women's own life experiences of epidemics as valid knowledge in the prevention of epidemic prone infections. Kaufert (1988:11) suggests 'the need to see women as legitimate priority for scientific endeavour'. Recognition of this means that

reasonable resources would be allocated to deal with epidemics at this stage. It also means that women's experiential information will drive and inform both local and global responses to epidemic prone infectious diseases.

### **Data Sources**

The main sources of data are various medical stories published on health websites. I refer to these stories as 'African epidemic stories'. The analysis is not country based nor is the individual the focus. My interest is in the meaning of the story from a feminist and power analysis approach. I acknowledge and accept that the approach of using publicly available stories has serious limitations. The stories are posted online by various workers from various NGOs but their truth cannot be verified. The stories presented here are typical of most of the stories posted but even though sometimes country information is provided, they cannot really be used to represent country studies.

### ***Case Study One***

The individual is a young twenty-three year-old woman named Fifi who has been married for a year and half to a young man she has known since childhood. She has always lived in the current village where she was born and was reported by friends and neighbours as having been a young happy active woman before she became ill. She was not highly educated, was not employed and is a member of a minority population group in her country. She was not reported as having had any life threatening disease before and had had no reported history of family life threatening disease. She was reported to having been looking forward to having children with her husband. Her death was described as an unfortunate tragedy by those who knew her.

Fifi, a young healthy African woman is happily married to a young man from her traditional village. When one of her husband's female relatives falls sick, Fifi found herself with the responsibilities of taking care of this older relative. Having seen stories of Ebola on TV during a visit to the city, and talking to her friends in the village, Fifi goes to the local clinic to request gloves. Unfortunately, she is told by the staff there that the clinic does not have gloves. The clinic staff told her that there has been very little funding at the clinic because the clinic is in a part of the country where there are political rebels. This has led the government to offer as little support to the clinic as possible. In addition the clinic is in a remote part of the country, where access is not easy. This also means there is sometimes a long time before supplies are delivered.

On return from the clinic Fifi goes to the traditional healer in the village hoping for some kind of protection against getting the disease her husband's older relative has. But she is warned severely that using gloves will show disrespect for an older relative. When the older woman dies, Fifi washes the body herself without wearing gloves to avoid disrespecting the dead and also because she didn't have the gloves. Fifi gets infected with Ebola. She dies from the disease.

### ***Case Analysis***

It is easy to understand Fifi as a direct victim of a tradition that we can define as an inhuman patriarchal system that forces women to obey tradition even if the tradition kills them; or as a victim of traditional healers who use their power to control those who are powerless; or that Fifi's limited source of power comes from her unquestioning respect of her husband's family, and how at an individual level these factors put her at risk and led to her ultimately mortality.

Fifi is a victim of the heteronormative assumption that as a woman it was her role within her culture to take care of older relatives and to do so in a way determined by patriarchal norms of the family. The victim hood does not necessarily arise from her having to take up the role of care giving, but rather from the fact her culture and the health care system did not adequately train her to do so properly. She had only access to old ways of dealing with new epidemics. There need not be a conflict between heteronormativity of care giving roles and epidemics, if adequate training, resources and information is given to care givers about self-protection against infectious diseases and if the roles of these care givers is properly valued.

But from a feminist power analysis we must also allow ourselves to raise other issues of concern.

### ***Failure of the National Political System***

Many hospitals and clinics operate with adequate sanitary basics like gloves, needles and cleaning materials. Yet in some African rural hospitals, it is also common that hospitals lack basics like gloves, clean needles and cleaning materials. In most cases, availability of hospital materials differs by region with the most remote and poorest regions usually having the poorest resources compared to the urban facilities and easily accessible regions. How are decisions to equip hospitals made? What accounts for the differential development within many African countries? Morrock (1973) suggested that the divide and rule strategy applied to colonized people by the colonisers

may account for differential development in many African countries. He defines this strategy as 'a conscious effort of an imperialist power to create and or turn to its own advantage the ethnic, linguistic, cultural tribal and religious differences within the population of the subjugated colony' (Morrock 1973:129).

Fanon's (2005 [1961]) class analysis of the ruling African elite as an individual who tends to copy their colonial masters and Obadina's (2005:2) definition of the current African ruling classes as the 'predictor class who have dominated African politics since independence, support the argument that current differential development in many African countries may be explained by the perpetuation of colonial legacies. This strategy, when used in the independent African country, influences how resources are shared.

Michalopoulos and Papaioannous (2011) challenged the colonial legacy argument by using geographical information systems and statistical analysis to show that the extent of colonial influences in African development may have been largely urban-based and differential regional development may be explained by pre-colonial ethnic differences which simply resurfaced in the newly independent countries. Supportive data comes from regional similarities in development among the same ethnic groupings even when these groups live under different national governments. Whatever the explanation may be, whether we choose to believe in ethnic profiling or the predictor class, differential development is a reality in many African countries and it leads to differential allocation of health resources which increases vulnerability of care givers to epidemics.

### ***Failure of Global Systems of Power Controlling Knowledge of Epidemics***

Most of the new epidemics start among men and women in rural settings, yet these are the people (specifically the women) who are usually the last to know about basic disease prevention strategies. This is because technical information follows an invisible hierarchy determined by systems of power. Individuals with access to education and financial resources are likely to know about new diseases earlier and in more detail than those who live in faraway places away from the sources of power. Why is there funding for international and global health meetings and conferences but not enough funding for local conferences for monitoring new outbreaks of disease? Why is it so difficult for experts to provide knowledge on epidemic control that is easy to understand and integrate into the lives of poor rural Africans? The answer is that global and local systems of knowledge are structured in such a way that the status core decides what should be funded, what relevant scientific knowledge is and how it should be shared. Research and academic

careers are built on research far removed from the grassroots. Solutions to reduce epidemics among rural populations through participatory knowledge sharing are not easily funded. Marindo-Ranganai (1997) argued that this could be because African rural populations are on the fringes of power and are used as objects of research rather than participants.

### ***Powerlessness of Local Disease/Epidemic Experts***

There is a wealth of research and knowledge on African culture as well as research on health and anthropology which could be useful for epidemic control in Africa. Increasingly, participatory research in health has shown that there are disease prevention methods that work, when local knowledge is taken into account. Yet very rarely are African medical anthropologists, sociologists and health researchers the lead researchers in surveillance and research of epidemics in their own countries. In most cases, epidemics are treated as if there is no pre-existing knowledge in disease prevention in Africa. Funding organizations bring their own experts, most of whom do not necessarily build on existing knowledge particularly from the rural populations. This sometimes leads to interventions that are not sustainable. This is done at the expense of poor locals, who could have been reached and helped by their own people earlier if only the locals had been empowered to do so. The problem is that most local knowledge and disease prevention strategies are ignored in preference for imported ones. Those imported ones are supported by donor funding and gain credibility.

But why is it not possible to provide basic information on disease prevention in a manner that a village woman can understand? How do we, as women's health researchers and experts, ensure that knowledge and information about epidemics is shared timeously especially to those who are affected first?

Because the systems of power and knowledge demand that knowledge only becomes relevant if one collaborates with the right people, if one quotes experts in the field (even if they have no clue about the village) and if the system recognizes the work as relevant. So knowledge is not useful and does not exist until systems of power that control knowledge decide it is so. Local knowledge is contaminated by systems of power. So Fifi's death was caused by global and local systems that control knowledge of epidemics.

### ***The Importance of Using a Feminist Intersectional Approach***

Fifi is controlled by patriarchy and heteronormativity. She is let down by problems of differential regional development, she has no access to financial



resources which could have enabled her to purchase gloves and other sanitary basics, or even to employ a nurse, and she lacks recent and detailed and useable knowledge of disease prevention. It is the intersection of all these factors which caused her death. Her life was caught up in multiple disadvantages. Feminist research has for a long time highlighted the importance of an intersectional approach to policies and practices aimed at empowering women. This is also emphasised in this article. An intersectional analysis is critical in making policy decisions about reducing women's vulnerability to epidemics because rarely, if ever, does a single reason account for their vulnerability. Most are victims of intersecting sources of vulnerability.

### *Case Study Two – Maggie's Story*

I am a 43-year-old woman and I discovered my [HIV] status on 15 September 2009. I am not sure when I contacted the disease. In my early twenties, in order not to let down the organization that funded my scholarship, the last thing I wanted was to get pregnant so I used the pill. So I had unprotected sex because I knew I wouldn't get pregnant. But when I turned thirty, although I was now successful and had passed my degree, I experienced a lot of pressure to get married and have children from my family. It was as if all the success meant nothing to my family and relatives as long as I did not have a husband and a child. Each time I went home to visit my parents expecting a celebration. But all they wanted to know was when I was getting married and when I was having a child.

I felt I was a failure as long as I was not married and a mother. So during two years between 2007 and 2009 I stopped using any contraception because I wanted to fall pregnant so that the man I was with would marry me. When that didn't work out I moved on to another relationship and so on.

Now I am positive and sick all the time. All my babies did not survive, I am still not married – nobody wants to marry me now and I am sure I will also die soon. My parents are embarrassed of what I have become. I am angry that I did everything that I thought was right but I still ended part of this epidemic.

### *Systems of Power and the Control of African Women's Wombs*

African wombs have been grounds for a clash of power, between global systems of power encouraging population control through contraception and patriarchal power fighting for propagation of the species. Hartman (2009) argued that the motivation behind global population control is targeted racism towards third-world women. She argued that it is a deliberate strategy

of blaming the most vulnerable people for the world's problems. A key disturbing feature is how the global push for contraceptive use in developing countries is occurring at the same time as the expansion of assisted fertility programmes like IVF and surrogacy in developed countries. Isn't there some kind of global inconsistency in this approach?

Feminists have also questioned the way in which patriarchy controls various aspects of womanhood. Simone de Beauvoir (1997 [1949]) wrote about a 'myth of patriarchy' which defined proper womanhood. Ogundipe-Leslie (1985), in an interesting article about the Yoruba, stated that marriage turned women into property belonging to their husband's lineages. Among the Karanga's of Zimbabwe, a daughter in law is a '*mutogwa*', the word means a stranger but the ancient meaning referred to a 'stranger brought in to provide a womb'.<sup>1</sup> Both of these systems exert control on women's bodies, one under the guise of empowering women, another under the guise of culture.

The issue of population control is about controlling women's bodies in the same way that the excessive privileging of marriage and having children is about controlling women. This interference of power in women's wombs creates a lot of vulnerability for African women; partly because they want to feel that they are part of global movement of empowered women who control their reproduction, but on the other hand, they want to be part of their culture and have families and children. Although African men also experience these conflicts to some extent, women tend to experience these pulls more strongly.

Maggie was a victim of this complex interplay of systems of power that exert control over women's bodies and individual choice. As a young woman, it was drummed into her not to become pregnant, so the use of contraception sounded like the best strategy that would allow her to achieve her goals while still enjoying her life as a young woman. Contraception gave her freedom from pregnancy but not from infection. Lack of knowledge during the early days of HIV/AIDS also made her assume that simply because she was protected from pregnancy it meant she was protected from disease. But after achieving educational accolades, she still found that culturally she was not a success: she still needed to have a husband and children in order to be a proper woman. These are systems of power controlling women's sexuality and reproduction. Global systems of population control tell us it is not good to have children; traditional systems tell us that we only become something when we have children. She found herself at the intersection of various forces of modernity, patriarchy, the myth of individual power, male-driven heterosexuality and biological reproduction.

### ***Male Dominance in Heterosexuality***

But why did Maggie feel that it was her responsibility to take contraception? Why are young men not taking responsibility for their own sexual behaviour by using condoms? Because many young African men are not prepared to use condoms all the time, because young men have the power to walk away from a relationship without being pregnant; because the negative effects of pregnancy will affect the young woman and not the young man. Because young men have the power to explore their sexuality without responsibility while young women carry the responsibility for contraception because unwanted pregnancies are more devastating to their lives than those of young men. Because heterosexuality is about male dominance and women's subordination (Rich 1996).

### ***Failure of Educational Systems to Teach Young People about Real Empowerment***

What is the role of our educational system in teaching, mentoring and strengthening women? Who decides on what we teach our children in schools? What is success for women in the African context? We support local and national systems that create conflicting and disempowering systems for women; on the one level, our educational systems give us the impression that our daughters can be anything they want. Meanwhile our family and traditional cultures teach them that in spite of all that success they are nothing unless they are married and have children.

### **Conclusion, A Way Forward and Advocating for Change**

I do not claim to have the answers to the conundrum of systems of power and disease vulnerability. But no drop of ink should be wasted fighting for the removal of any system. It is impossible to remove a system completely and entirely. The only solution is to come up with alternative new paths of least resistance that will transform the systems that we are dealing with. I am advocating for a new way of engaging with systems of power in ways that challenge the status quo.

The frameworks presented in this article have shown us two dimensions; where we are and where we would like to be with systems of power if a feminist epidemiology is to be achieved. But to get to where we want to be from where we are, we need to work with what we have and transform it. So I advocate the following.

- i. Let us come up with a new approach to our cultures and tradition and celebrate the success of our women by recognizing their contributions

in various fields. Let us come up with a system that recognizes that some women will not be married or have children and that it is okay in our societies for this to happen. It does not make them any less our daughters or sisters. Let's make patriarchy as it currently exists a less attractive option. If we can take away the vulnerability created by the fear of being culturally not good enough, perhaps we can move towards making disease epidemics less gendered. If we move towards cultural traditions that equally value men and women, perhaps epidemic prone diseases will be less gendered. Resistance comes from making what we no longer like/what we want to remove the least attractive option in any situation. We can achieve this by ensuring that our family and cultural values align with the global values that we have adopted. We cannot expect our daughters to be globally successful and at the same time poor, powerless and kitchen-bound.

- ii. Let us redefine new governance systems and become a continent known for having the smallest armies but the most equitable healthcare. How can we do this? By putting into place systems that enable us to change governments without fear, by developing new political parties and strengthening the role of civil society. Let us create new governance structures which do not replicate the entrenched divisive history of many African countries. Let us be able to change governments without destroying what we have built already. Let us be inclusive when making policy by forging equally balanced partnerships between unlikely groups for politicians and feminists, agricultural experts and eco-warriors, rural experts and professors, to name but a few.
- iii. Let us begin by redefining and accepting that knowledge about diseases and epidemics does not only come from Western education. Let us find the paths that allow knowledge from our communities, and from our own researchers, to be real knowledge. Let us begin to put resources into understanding our continent and our people and how they live and how they deal with epidemics. How can we achieve this? As scholars, by supporting African institutions that are working to build credible research in Africa. Those of us with resources: by funding African research, establishing academic chairs, by funding rural-based research to provide localized solutions through our own research funds rather than waiting for funds from elsewhere. If we can find the least path of resistance that allows all knowledge of epidemics to be integrated and shared quickly where it is needed; if we can find a path of least resistance that acknowledges all levels of knowledge from all communities and countries openly, then perhaps we will redefine new ways of making epidemics less gendered.

- iv. Let us fight for inclusive societies. No country can ever develop unless its people are united.

### **Acknowledgements and Declaration of my own Biases**

I would like to offer my sincere thanks to CODESRIA for funding the conference on Governance of Public Health in Africa. I am not a poor powerless resource-limited African woman. And yet, I experience levels of powerless arising from being homeless. I sincerely hope that my analysis in this article does not in any way reproduce and reinforce certain systems of power and knowledge that create vulnerabilities in other women.

As an African female academic, struggling for relevance in a global scientific world, dealing with homelessness and political challenges from my own birth country, I have found myself at the intersection of racism, ageism and gender issues. I have no doubt that these multiple struggles with power/powerlessness have influenced both the emotional and analytical focus of this article. Systems of power play a crucial role in my life.

I am an unapologetic feminist and a critical race scholar. I offer no apologies for my beliefs.

### **Note**

1. Personal communication with Karanga elders.

### **References**

- Adichie, C.N., 2007, *Half of a Yellow Sun*, London: Fourth Estate.
- Allen, A., 2014, 'Feminist Perspectives on Power', *Stanford Encyclopaedia of Philosophy* in, Zalta, E.N., ed., <http://plato.stanford.edu/archives/sum2014/entries/feminist-power/>.
- Anker, M., 2007, *Addressing Sex and Gender in Epidemic Prone Infectious Diseases*, Geneva: World Health Organization.
- Carastathis, A., 2014, 'The Concept of Intersectionality in Feminist Theory', *Philosophy Compass* 9 (5): 304-14.
- Crenshaw, K., 1993, 'Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics and Violence against Women of Color', *Stanford Law Review* 43: 1241-99.
- de Beauvoir, S., 1997 [1949], *The Second Sex*, London: Vintage.
- Delgado, R. and Stafencic J., 2001, *Critical Race Theory. An Introduction*, New York and London: New York University Press.
- Eisenberg, A., 1994, 'Communicating with Patients of the Opposite Sex', *Dynamic Chiropractic* 12 (9), [www.dynamicchiropractic.com](http://www.dynamicchiropractic.com).

- Fanon, F., 2005 [1961], *The Wretched of the Earth*, translated by Richard Philcox, New York: Grove Press.
- Foucault, M., 2000, *Power*, edited by James D. Faubion and translated by Robert Hurley et al., in *Essential Works of Foucault 1954-1984*. Volume Three, New York: The New World Press.
- Gaidzanwa, R., 1992, 'Bourgeois Theories of Gender and Feminism and their shortcomings with reference to Southern African countries', in R. Meena, ed., *Gender in Southern Africa: Conceptual and theoretical Issues*, Harare: SAPES Books.
- Govender, V. and Penn-Kekana, 2007, 'Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions', background paper to Women and Gender Equity Knowledge Network (WGEKN).
- Hartman, B., 2009, 'The "New" Population Control Craze: Retro, Racist, Wrong Way to Go', [http://www.ontheissuesmagazine.com/2009fall/2009fall\\_hartmann.php](http://www.ontheissuesmagazine.com/2009fall/2009fall_hartmann.php).
- Hill-Collins, P., 2008, *Black Feminist Thought: Knowledge Consciousness and Politics of Empowerment*, New York and London: Routledge.
- Imam, A., Mama, A. and Sow, F., 1997, *Engendering African Social Sciences*, Dakar: CODESRIA.
- Kaufert, P., 1988, 'Through Women's Eyes. The case for feminist Epidemiology', *Health Sharing*, winter, 10-13.
- Ladson-Billings, G., 1998, 'Just What Is Critical Race Theory and What Is It Doing in a Nice Field Like Education?', *International Journal of Qualitative Studies in Education* 11 (1).
- Lukes, S., 2005, *Power: A Radical View*, 2<sup>nd</sup> expanded edition, London: Macmillan.
- Maathai, W., 2003, *The Green Belt: Sharing the Approach and the Experience*, New York: Lantern Books.
- Marindo-Ranganai, R., 1996, 'Using Participatory Methods to Establish Community Based Information Systems. A Zimbabwe Case', in De Koning, K. and Martin, M., Eds, *Participatory Research Methods in Health. Issues and Experiences*, London: Zed Books.
- McFadden, P., 2001, 'Cultural Practice as Gendered Exclusion. Experiences from Southern Africa', in *Discussing Women's Empowerment, Theory and Practice*, SIDA Studies No. 3.
- Michalopoulos, S. and Papaioannous, E., 2011, 'Divide and Rule or Rule of the Divided? Evidence from Africa', NBER Working Paper Series 17184, <http://www.nber.org/papers/w17184>, Cambridge MA.
- Morrock, R., 'Heritage of Strife: The Effects of Colonialist "Divide and Rule" upon the Colonized Peoples', *Science and Society* 37 (2):129-51.
- Obadina, T., 2005, *Africa's Crisis of Governance*, African Economic Analysis, <http://www.AfricanEcomincAnalysis.org>.
- Ogundipe-Leslie, M., 1985, 'Women in Nigeria', in Badejo, D.L., ed., *Women in Nigeria Today*, London: Zed Books.
- Population Reference Bureau, 2012, Gender Based Violence and HIV/AIDS in Africa, [www.prb.org/Publications/Articles/2011/gender-based-violence-hiv.aspx](http://www.prb.org/Publications/Articles/2011/gender-based-violence-hiv.aspx), accessed 10 January 2016.

- Rathgeber, E.M. and Vlassoff, C., 1993, 'Gender and Tropical Diseases', *Social Science and Medicine* 37 (4): 513-20.
- Rich, A., 1996, 'Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence', in Jackson, S. and Scott, S., *Feminism and Sexuality: A Reader*, New York NY: Columbia University Press.
- Russell, B., 1938, *Power: A New Social Analysis*, London: George Allen and Unwin.
- Yuen-man Siu, J., 2015, 'Communicating under Medical Patriarchy: Gendered Doctor Patient Communication between Female Patients with Overactive Bladder and Male Urologists in Hong Kong', *BMC Women's Health* 15 (44).
- Sisulu, E., 2002, *Walter and Albertina Sisulu: In Our Lifetime*, Cape Town: David Phillip Publishers and New African Books.
- Tsikata, D., 1997, 'Gender, Equality and the State in Ghana', in Imam, A., Mama, A. and Sow, F. *Engendering African Social Sciences*, Dakar: CODESRIA.
- Vlassoff, C., 2007, 'Gender Differences in Determinants and Consequences of health and Illness', *Journal of Health Population Nutrition* 25 (1) 47-61.
- World Bank, 2005, Gender and HIV/AIDS in Sub Saharan Africa: Putting Gender on the Map. Briefing Notes on Critical Gender Issues in Sub-Saharan Africa, <http://siteresources.worldbank.org/EXTABOUTUS/Resources/GenderAIDS.pdf>, accessed 12 January 2016.
- Zimbabwe Daily*, 2015, 'Mbuya Nehanda's Second Chimurenga Prophecy', 31 October.







## **Producing and Reproducing Inequality: Biopolitical Exclusion, Marginalized Bodies and AIDS Care in Central Mozambique**

Carla Teófilo Braga\*

### **Abstract**

Studies of African countries' response to HIV/AIDS and more recently to Ebola helped call into question not only individual and behavioural factors related to those conditions, but the centrality of the healthcare delivery systems themselves, particularly in the face of challenges of such magnitude. Weak, insufficient, underfunded and understaffed national health systems, compounded by international financial agencies' discouragement, if not prevention, of increasing state budgets for social sectors, are usually considered the main challenges in assuring the population's access to healthcare. In addition, and based on two years ethnographic fieldwork in central Mozambique (where in a neoliberal context, AIDS treatment is being provided through institutional arrangements comprising the state, aid agencies and international NGOs), this article suggests that access to healthcare and AIDS treatment, particularly by the poorest, can also be hindered by three factors. First, the adoption of a 'one size fits all' international AIDS treatment delivery model independent of context. Through the research of biomedical AIDS treatment services, this study brings to the fore the interplay of global health policies with the specificities of healthcare delivery at the local level, showing the importance of biomedical services' organizational culture and history. Second, the production of institutionally stigmatizing categories to label non-adherent patients. As Ian Hacking pointed out categories have consequences for the ways we conceive of others, and those categorizations influenced the ways in which those patients were thought of, talked about and were dealt with within public health units. Third, the valorization of socio-economic markers of differentiation such as the tidiness and educational level of patients. Biomedical care is a complex social process performed within particular cultural matrices and laden with values. This study seeks to make visible the role played by the valorization, if not of a single and hegemonic conception of modernity, then at least of a 'modern way of life' (associated with the urban, hygiene and education) in access to AIDS treatment in central Mozambique.

---

\* Eduardo Mondlane University (EMU), Department of Anthropology, Mozambique.  
E-mail: cbraga56@yahoo.com

## Résumé

Les études de la réponse des pays africains au VIH/sida et plus récemment, à l'épidémie d'Ebola, ont permis de remettre en question non seulement des facteurs individuels et comportementaux liés à ces situations, mais aussi la centralité des systèmes de prestations de soins eux-mêmes, notamment face à des défis d'une telle ampleur. Des systèmes de santé nationaux faibles, insuffisants, sous-financés et en sous-effectif, avec comme facteur aggravant le fait que les organismes internationaux de financement dissuadent, ou sinon empêchent, l'augmentation des budgets des États alloués aux secteurs sociaux, sont généralement considérés comme les principaux défis pour assurer l'accès des populations aux soins de santé. De surcroît, sur la base de travaux de terrain ethnographiques couvrant une période de deux ans dans la région centrale du Mozambique (où, dans un contexte néolibéral, le traitement du sida est assuré par le biais de mécanismes institutionnels comprenant l'État, les organismes d'aide et les ONG internationales), cet article indique que l'accès aux soins de santé et au traitement du sida, en particulier par les personnes les plus pauvres, peut aussi être entravé par trois facteurs. Premièrement, l'adoption d'un modèle international uniforme de traitement du sida, indépendamment du contexte. À travers la recherche de services biomédicaux de traitement du sida, cette étude met en relief les interactions complexes des politiques mondiales de santé avec les spécificités des prestations de soins de santé au niveau local, montrant l'importance de la culture et l'histoire organisationnelles des services biomédicaux. Deuxièmement, la production de catégories institutionnellement stigmatisantes pour étiqueter les patients qui n'adhèrent pas au traitement. Comme l'a souligné Ian Hacking, les catégories ont une incidence sur notre façon de concevoir les autres, et ces catégorisations influençaient la manière de penser à ces patients, de parler d'eux et de les traiter dans les centres de santé publics. Troisièmement, la valorisation des marqueurs socioéconomiques de différenciation, tels que la propreté et le niveau d'instruction des patients. Les soins biomédicaux sont un processus social complexe, qui se déroule dans des matrices culturelles particulières et qui est chargé de valeurs. La présente étude cherche à rendre visible le rôle joué par la valorisation, si ce n'est d'une conception unique et hégémonique de la modernité, à tout le moins d'un 'style de vie moderne' (associé à l'urbain, l'hygiène et l'éducation) dans l'accès au traitement du sida dans la région centrale du Mozambique.

## Introduction

This article explores HIV/AIDS care in central Mozambique and is framed to examine the role played by the national healthcare delivery system during epidemics of such magnitude. I suggest that access to healthcare and the probability of patients' adherence to treatment can be hindered by, first the adoption of a 'one size fits all' AIDS treatment model independent of context;

second, by the valorization, if not of a single and hegemonic conception of modernity, then at least of a 'modern way of life' (associated with the urban, hygiene and education); and third, by the institutional production of stigmatizing categories to label non-adherent patients. I bring to the fore the lived experiences and narratives of people living with HIV/AIDS in an attempt to show the effect of policies and political decisions on their daily lives and on their bodies, as well as to give names to otherwise faceless information and numbers.

After independence from Portugal, Mozambique adopted universal access to primary health combining basic curative care with prevention at the primary level (Pereira 2010:150; Walt and Melamed 1984). In the present neoliberal context, Mozambican healthcare is provided mostly by the government through the National Health Service (NHS), but also by NGOs and some private clinics. The NHS is characterized by one of the lowest health worker to population ratios in the world (Pfeiffer 2013:168)<sup>1</sup> as well as by a dearth of infrastructure dating back to colonial times and further weakened by structural adjustment and a sixteen-year long war (Cliff and Noormahomed 1988a; 1988b; Kanji, Kanji and Manji 1991; Pfeiffer and Chapman 2010; Pfeiffer 2013).

In Mozambique, even though the number of persons on anti-retrovirals (ARVs) increased dramatically and nearly half a million people were receiving anti-retroviral treatment (ART) in 2013, data show that only 31.7 per cent of adult and children (25.9 per cent of males and 36 percent of females) with HIV receive ART (GARPR 2014: 40–3).

The increase in the number of health facilities providing ART – from 316 health facilities in 2012 to 563 in 2013 – occurred in the context of the Acceleration Plan and the new definition of AIDS mobile clinics previously named 'satellite' ART facilities. However, it is important to stress that presently, at country level, 82 per cent of ART is provided through only 140 health facilities (GARPR 2014: 41). The Global AIDS Response Progress Report (*ibid.*) mentions that in Mozambique 'weak financing, human resources and institutional capacity are envisaged as the main concerns hindering to meet several challenges, including introducing viral load measurements in the country'.

## Methods

My data derives from twenty-two months ethnographic research from 2007 to 2009, followed by short visits in 2012 and 2013. Fieldwork was carried out mostly in Manica province in central Mozambique but I also did research in the capital city, Maputo. The core of this research was an ethnography of health facilities. I studied a total of eight health facilities<sup>2</sup> in Manica: the

AIDS Clinic at Chimoio Provincial Hospital (CPH) as well as 1° de Maio and Nhamaonha Health centres also in Chimoio; Catandica Rural Hospital; Honde and Cruzamento de Macossa Health Posts in Barué District; Vila Manica Hospital and the Machipanda Health Center. Participant observation in health units of waiting locales, registration of HIV/AIDS patients, taking of blood whether at a laboratory or not, pills pick-up, anti-retroviral counselling sessions, clinical appointments, social services, Directly Observed Therapy (DOT) and the Emergency Rooms took much of my research time. I was present in most Anti-retroviral Treatment Committee weekly meetings in CPH for over a year. I kept field notes of what I saw, heard and experienced.

I interviewed sixty-five key-informants as well as 150 persons living with HIV/AIDS (ninety-two women and fifty-eight men) some of whom were in the process of accessing ARVs, some of whom were already using ARVs, and still others who had interrupted their treatment. The selection of people living with HIV/AIDS in health units was random and occurred at different times (e.g. before and after the appointments). I resorted to snowball sampling for the other interviews and tried to have a balance of snowball sampling and random selection. In-depth interviews were conducted in a mixture of Portuguese and local Shona variants, recorded and later transcribed. Most participants were in their twenties and thirties and had two to three years of schooling. Only very few had six to eight years of schooling and some females in the rural areas did not go to school at all. The great majority did not have formal jobs. They usually combined agricultural work with a myriad of activities in the informal sector and 'voluntary work' at associations as their sources of cash.

I followed eight persons living with HIV/AIDS (five women and three men) as they went about their lives and interacted with the health services, for an average period of twelve months. I accompanied them in their quest for therapy, I visited them in their homes, and I was introduced to their families as well as to some friends and neighbours. This strategy proved to be quite useful, as it is one thing to observe patients being asked to return on another day because their lab results could not be found, and another to know what that meant for the particular patient, to be aware of the effort that patient made to be present that day, and how many other unsuccessful attempts preceded this one.

I also researched the scholarly literature and archival resources in Portuguese at the Mozambique Historical Archives and collected the life histories of the eight persons I followed, building towards a historically informed ethnography.

### **'Suffering from Walking': Decontextualized ART Delivery Model as Biopolitical Exclusion**

This section explores patients' experience of the HIV/AIDS care process, particularly the ART delivery model. I am interested in how the implementation of a decontextualized model can act as an inclusion/exclusion mechanism that ends up marginalizing the sickest and poorest. I look at who is initiated in treatment in a timely manner and who is not? Who shall live? And who is left to die?

#### ***Shifting HIV Policies and Services in Mozambique***

Until 2001 the Mozambican government's official position was against including ART within AIDS programmes. Laboratory and human resources shortcomings as well as the incapacity of people living with HIV/AIDS to fulfil treatment requirements due to poverty were listed, among other factors, which made the introduction of ART problematic. However, private clinics and transnational NGOs were already providing ART in Mozambique (Matsinhe 2005:104-20). The introduction of ART was approved and regulated by the government only in 2001 and the NHS began providing AIDS care and treatment services in 2003 (CNCS 2010:73). The expansion of ART through the public sector began in July 2004 when the country adopted the WHO public health approach to ART (Sherr, Micek, Gimbel et al. 2010:S60; Gilks, Crowley, Ekpini et al. 2006:505).

Several transnational NGOs operated in different provinces and interacted with the NHS in different ways, that is, provision of ARVs occurred through a variety of institutional arrangements throughout the country. In Manica province the HIV/AIDS therapeutic apparatus was an assemblage where Mozambican national health services, HAI (an American NGO) and later FHI 360, home-based care networks, associations of people living with HIV/AIDS and other civil society organizations (some of them church-based) and funded mainly through PEPFAR (the American President's Emergency Plan for AIDS Relief) interacted to provide HIV/AIDS care and treatment. HIV/AIDS care was provided initially through a 'HIV care networks model' that linked HIV testing centres, AIDS outpatient clinics locally designated 'Day-Hospitals' and several types of civil society and community-based groups.

Chimoio, the Manica provincial capital with approximately 240,000 inhabitants, had an adult HIV prevalence rate of 25 per cent<sup>3</sup> and Chimoio Day-Hospital was a space within a government medical facility that provided HIV/AIDS care and treatment, including ARVs. It was managed by a Mozambican medical doctor and its staff was a mix of Mozambican civil servants (nurses,

MDs, non-physician clinicians and support staff) and lay personnel hired by the transnational NGO through associations of people living with HIV/AIDS. Patients were attended to by the NHS's MDs and non-physician clinicians but 'clinical advisors'<sup>4</sup> provided mostly management and technical support. AIDS clinics were later integrated into primary healthcare raising lively debates and widespread discontent from people living with HIV/AIDS, a process which falls outside the purview of this chapter and which I address elsewhere (Braga forthcoming). In neighbouring Tanzania government medical facilities were also 'housing externally funded facilities' such as AIDS clinics which were considered examples of NGOs providing services from within the state and constituting 'biomedical and bureaucratic enclaves' (Sullivan 2011:203).

In Manica the 'HIV care networks model' comprised five key steps: i) test for HIV, ii) register for care at the AIDS clinic, iii) undergo CD4 testing, iv) start ART if eligible, and v) adhere to ART. Even if it ran smoothly, which it didn't, as we will see later, this was a cumbersome and lengthy process which could sometimes take several months. Within Manica, access to ARVs also became available through AIDS mobile clinics functioning regularly in some distant health posts. Health workers came periodically (generally once a week) to provide HIV care, including initiation into ART for the patients living far from district headquarters. However, they resorted to the same ART delivery protocol used in urban settings within the province.

As for step 3 of the ART delivery model, CD4 testing, it is crucial to emphasise that at the time CD4 lab equipment existed only in Chimoio, the provincial capital and in the rural hospital in Catandica in a province with a high level of HIV prevalence (INSIDA 2009).

Patients' complaints about giving multiple blood samples and making multiple visits to health centres each time there was need of a CD4 count result were sometimes voiced during clinical appointments. When updated CD4 count information was not found in a patient's record, as the clinician was requesting another lab exam, she was harshly interrupted by a male patient: 'They already took my blood, I already did it [showing a form he took from his pocket] look here... on April four. We are just tired of walking!' This patient seemed to be well aware of the process. He spoke in the name of AIDS patients in general who not only had to make multiple visits to health units in order to access AIDS care but were tired of the inadequacies and inefficiencies of a weak and fragile National Health Service.

The relationship between adequate follow-up of patients and their CD4 count was once voiced by a home-based care activist who was frustrated with deaths among her patients. She angrily said to the AIDS outpatient clinic chief nurse: 'This has to stop! We cannot go on giving you a patient with an initial

600 CD4 who ends up dying with 8 CD4 or something like that, such as Roberto without having been in ART, there are no excuses for this!

Lara (2009:12) also refers to patients being repeatedly asked to come back another day because lab results were not ready, thus imposing even more financial and time constraints on them. Patients' frustration with frequent visits to health units to get their CD4 examinations is exemplified by Adélia, a middle age widow who relentlessly tried to begin ARVs. She was filled with anger with the delay and kept repeating: 'each time they gave me a new date, a new date!' meaning each time she came for the results they would tell her to come back on another date. 'My card is full, it is written all over with different dates!' She died soon after she finally began ART and I still recall her frail and wasted figure sitting on her home-based care volunteer's bicycle.

Problems with lab exams, particularly CD4 count, was even worse in AIDS mobile clinics. Patients' blood samples had to be collected, stored and transported appropriately to the few health facilities equipped with a CD4 machine in the entire province. Health workers complained that samples get lost, and the ones that get to the lab were often not in a condition to be analysed. Sometimes patients had to come to the health centre and give blood samples two or three times to get a single lab result. From the patients' perspective, the main complaint was that the multiple trips depleted their cash.

This research showed that a diversity of issues prevented an adequate follow-up of patients: i) lab equipment, particularly the CD4 machine breaks often;<sup>5</sup> ii) blood samples get lost and did not reach the lab; iii) blood samples got to the lab but were of such compromised quality they could not be used; iv) difficulty in getting clinical appointments; v) lack of capacity to file and make CD4 lab results available to clinicians in updated patients' records; vi) some clinicians not used to dealing with chronic care focused on acute sickness episodes on the appointment day rather than following up on treatment. Overworked and demotivated clinicians might not pay attention to CD4 cells count monitoring as part of the clinical management of a 'chronic disease' and sometimes would not even consult patients' medical records.

Implementing eligibility criteria to access ART emphasising a CD4 threshold implies close monitoring, medical management of patients and medical record-keeping, hence it implies the availability of a large and knowledgeable health workforce, equipment, and institutional cultural change towards chronic care, all of which are problematic in Mozambique. In these circumstances, the probability that follow-up does not really take place as such, or that it occurs with many deficiencies is quite high, and chances are that patients do not begin ART when prescribed, or die before they begin treatment, or begin it so late they die anyway.



Several studies show transportation challenges as a barrier to AIDS care in sub-Saharan Africa (Hardon, Davey, Gerrits et al. 2006; Kalofonos 2010; Peters, Kambewa and Walker 2007:92). Micek, Gimbel-Sherr, Baptista et al. (2009) loss to follow-up study in central Mozambique shows that at the same time the 'HIV care networks model' was implemented it was also established that patients should get cash for transportation under the item of 'adherence subsidies'. That is, somehow there was knowledge from the onset that transportation could become a barrier. What intrigues me is that quite paradoxically the programme design itself was not reconsidered and was left untouched, the option was instead to have patients following all those steps and receive 'adherence subsidies', an approach that proved to be neither enough nor efficient. I suggest that patients became invisible and were thought of as a homogeneous and malleable entity which was supposed to adjust to and fit the ART delivery model under the notion of 'patient flow'.

Paul Farmer (201:227) insightfully points out that a focus on patient non-adherence can be a mechanism to set aside unexamined programme failure. Non-adherence should only be considered after examining programme design and lack of access.

The steps prior to the initiation into ARVs were particularly labour intensive, and cost demanding. A woman in her late thirties whose husband died of HIV/AIDS put it as follows:

It is too much work to go there, they ask for lots of things and it is difficult to do everything. ... My husband ... walked and walked, he did analysis and more analysis, again and again. He went there two, three, four times and sometimes more, and you know.... he died without beginning treatment. My husband really suffered from walking. My husband was... how can I put it? He was civilized, he used to go to the hospital and not to healers, but at the end he did not get better anyway, he did not even begin taking those pills.

There is an implicit criticism of the prevailing discourse that blames patients and their cultural beliefs for looking first to healers, thus delaying HIV testing and treatment. This woman stresses that her husband was 'civilized', meaning that when his health deteriorated he looked for relief to the modern health system, but died without getting alleviation anyway.

The need for multiple visits to the health units increased due to heavy bureaucratic procedures too. There were three different patient ID cards (one for medical appointments, another for dispensation of cotrimoxazol, and another still for dispensation of anti-retrovirals). Each of these cards indicated different dates for patients to come to the health unit, thus considerably increasing the health unit visit load for people with HIV/AIDS.



These challenges, including the need for multiple visits to health units and their association with depleting family funds, are even worse in distant rural areas. The large urban/rural gap in health provisioning constitutes another dimension of inequality expressed in the differential access to health care (O’Laughlin 2010:22-7). The national AIDS commission acknowledges impressive inequities in ART coverage among the different regions of the country (CNCS 2010:77-80), but its data nonetheless conceals other dimensions of inequality, namely the disparities in access to ART between urban and rural areas within each region.

There is growing evidence that deficiencies in healthcare delivery in Africa, namely in terms of human resources, infrastructure and equipment, constitute major challenges to ART adherence and treatment continuity. Interruptions in treatment might also be related to patients’ dissatisfaction and ‘negative experience with the healthcare facilities’ (Boyer, Clerc, Bonono et al. 2011:1384).

Most HIV/AIDS patients and their families complained incessantly of ‘suffering from walking’. Others in a rather biblical tone would mention ‘sacrifice from walking’ to allude to the effort and pain caused by lengthy walks on their multiple and frequent visits to health units in search of care and relief.

The cumbersome ART delivery model, combined with a weak, bureaucratic and understaffed NHS, as well as the institutional incapacity to adequately follow-up with patients, put an extra burden on patients who tried to fulfil the demands of a decontextualized ART delivery model.

In suggesting that AIDS care was decontextualized, I base my argument on three issues. First, the same ART delivery model was used in both urban and rural areas which are different in terms of human settlement patterns and health unit coverage. Second, even in urban areas the problem with transport and the need for countless visits to health units was dealt with in terms of ‘subsidies’ and the lengthy ART delivery model was left untouched. Third, the emphasis on the CD4 threshold as an eligibility criterium ignores the need for a well functioning, better equipped national health service, as well as the need for a bigger and more knowledgeable health workforce.

### **Socio-economic Status and Triage**

Nguyen (2009:208-9) argues that the need to rationalize scarce resources like ART is associated with the enrolment of some patients and the exclusion of others from treatment based on medical criteria and information that predicts the likelihood of good adherence. This implies triage, ‘a complex

process where objective assessments of value are carried out'. Value may be defined in terms of both medical and social criteria which are part of AIDS programmes and which aim, for instance, at selecting the most adherent or the most likely to be adherent patients.

During my regular observation of the weekly ART Eligibility Committee at Chimoio Day-Hospital's meetings, no patient was ever dismissed based on the likelihood of poor adherence, for instance on the grounds of living at a distance from a health unit. However, patients living far away and unable to come repeatedly to the health unit ended up being excluded. In effect this is 'de facto' triage. But through which mechanisms did triage, and hence inclusion/exclusion take place?

### **Clean, Educated Portuguese-speaking Bodies**

In Manica people often take great care in how they present themselves to the health services. They would use limited cash to buy a bit of soap to take a bath, wash clothes and show up in a presentable way at health units. I noticed patients being reprimanded for not presenting themselves cleanly and for not keeping their prescriptions, lab requests or other documents crisp and clean as well. In neighbouring Malawi patients with ragged clothes 'or poorly washed bodies' are also treated unkindly by clinicians (Peters, Kambewa and Walker 2010:284).

A political economic reading of the emphasis on hygiene shows how ironic it is to blame the destitute and sick, particularly AIDS patients, for untidiness in a context of widespread poverty and material scarcity. In shanty towns, water costs 15 meticaís/month (US 60 cents per month). Handicapped female AIDS patients had to pay four extra meticaís for each water container in order to bring them to the house. Besides, most women with AIDS complained they had difficulties carrying out their gendered domestic tasks. Depending on their health condition, some of these women could no longer carry 20 litre water containers, and were able to wash only three or four '*capulanas*'<sup>6</sup> at a time.

Though it seems 'unreasonable' and apparently contradictory to make hygienic demands where water is not easily accessible, the discourse on hygiene is nonetheless intelligible in terms of bio-power, which has become a broader grid through which to appreciate modernity (Foucault 1990:89-141).

Bio-power is exercised through two poles: i) the anatomo-politics of the human body concerned with the disciplining of the individual body and its activities in a mechanical sense; and ii) biopolitics concerned with the regulation of the species taking the form of population management through the control of biological processes, health and longevity.<sup>7</sup> These two poles are not mutually exclusive. The disciplinary and the regulatory poles can be articulated with each

other and medicine can become 'a political intervention-technique with specific power-effects that affect both the body through discipline and the population through regulatory effects' (Foucault 1997).

Hygienic demands by health workers can be understood as the exercise of disciplinary power. Making patients perform particular activities and conform to norms and values of hygiene associated with modernity is in some form a taming and docilization of those bodies. Furthermore, the combination of medicine and hygiene establishes a connection between both poles of bio-power, the body and the population.

On another note, as for the valorization and meaning of 'education', during an ART committee meeting, a medical doctor presented the case of a male patient who did not feel well when his medication was changed and was requesting to revert to his initial ARV line. In a manner quite unusual in these meetings, the medical doctor gave details of the patient's weight loss and weakness, explaining that with the use of Efavirenz the patient's CD4 count began rising, but that it began to fall with Triomune 30. Some MDs voiced doubt about the patient's adherence and his doctor answered: 'Well, he is the only one who knows that for sure, but he is an *educated person*,<sup>8</sup> concerned with his health, he knows by heart how many CD4 he had and how it has been decreasing, he took the initiative and asked for a medical appointment because he is worried....'

To label someone an 'educated person' usually means the individual has at least several years of formal education, which is different from what is implied by saying that someone 'went to school', the latter usually means the person has just a few years of schooling. Education is a key distinction marker and Peter Fry (2000a:70) mentions socio-economic differentiation of the population in Chimoio between those whom he designates as 'more educated and economically successful persons' and 'poorer and less schooled persons'. Sumich (2008a:320) also notes that Mozambican elites perceive themselves as 'fundamentally different' from the majority of the population because they are 'educated' and 'modern'.

Besides, the label 'educated person' is not restricted to formal schooling but also means that the person knows how to conduct her or himself in a socially accepted way, has 'good manners', knows etiquette rules, and so forth. That is, there is also a statement about social status that is conventionally associated with the expression 'educated person'.

In the above case the patient is praised for being concerned, for taking the initiative in asking for a medical appointment. But other patients who do not read or write,<sup>9</sup> may also be concerned but may only blindly wander through different buildings showing papers they do not recognize and asking

for procedures they do not understand. Adélia, a middle-aged widow and petty business informal trader who could not read or write, and Xavier a young small-scale farmer who had recently migrated from a rural area to the provincial capital city, were worried and concerned and each came to Chimoio Provincial Hospital asking for help. They did not know how and to whom to express their concerns, and ended up coming and going endlessly without result.

There is a tacit expectation that patients should master the performative aspects of the interactions within health units. Gupta's (2006:217) analysis of the requirement of cultural capital, including a great degree of performative competence in engagement with the state, can be extended to the domain of health services provision. Health facilities can be spaces of disciplining and socialization on how to perform in public spaces such as government institutions. Educated urbanites know how to conduct themselves in such spaces, but this is not the case, for instance, with people from rural areas who have less interaction with this type of institution. If patients do not have that cultural competence, their actions might have unexpected consequences, such as what happened to Helena who was reprimanded for not phrasing a request in an acceptable way, probably for not being familiar with what Mamdani (1996:29) called 'the ways of the city'.

Helena was a young woman who came to her sister's house in the city in search of alleviation from her suffering. When Helena got pregnant with her second child and later could hardly work her sister expelled her from home. Helena was extremely poor, could not read or write and made me realize the magnitude of the issues one can take for granted as I heard her referring to 'that place where there are medicines' or observed that she did not know what to do in a pharmacy and waited for instructions

In this way, some of the persons I interviewed and followed for some months would fit the description of being 'worried' and of taking the initiative in approaching health services, but would not be considered 'educated persons' who could attract the attention they sought and needed. So, exclusion from timely access to ART occurs along 'social fault lines' (Farmer 2001:98) of socio-economic status, and perhaps gender. In Cameroon a study of HIV care and access to ART (Loubiere, Boyer, Protopopescu et al. 2009:169) concluded that patients not initiated into ART tended to be of lower socio-economic status, had more difficulties getting clinical appointments and 'seemed to face more difficulties in their relationships with the healthcare delivery system'.

A form of what Joao Biehl (2007:203) calls medical sovereignty and ethics which establishes who is considered worthy of treatment applies here too, when health practitioners made decisions about which patients deserved attention and which did not, and which patient's statements were given

credibility and whose were not. These sovereign medical decisions seem also to be based on patients' social and cultural standing. The association of 'uncivilized' African population with dirtiness and lack of 'education' transpires in several accounts throughout colonial Africa (Butchart 1998:135; Vaughan 1991:80). The Portuguese colonial officer in charge of Health Services in Mozambique in 1946 stated:

Indigenous populations are relatively easy to advise, but difficult, if not impossible, to get the advice put into practice. Hygiene rules, even the simplest ones, can only be followed by individuals living at a certain education level, comfort, economic possibilities, etc. (Aires 1946:143).

I want to emphasise the deep historical roots of the association between tidiness, educational level and economic possibilities, that is, between hygiene and socio-economic status. During my observations at health units I noticed that besides hygiene and education, clothing and language were also important markers of distinction and differentiation that could influence the way AIDS patients were attended.

Directly observed therapy (DOT) was mandatory and consisted of patients taking their daily pills early in the morning in front of a health worker for the initial two weeks of anti-retroviral treatment, which implied that they would be late for work during that time. Later, patients took their medication at home, but had to pick up ARVs at the pharmacy monthly, on a previously assigned date. Exemptions from DOT due to the demands of classes, school exams or jobs were usually accepted, though this depended on the counsellor. Male and female long-distance traders, as well as truck drivers who could often be absent for long periods, would be granted their ARVs in advance. However, exemptions from DOT or from monthly ARV pick-up were rarely, if ever, awarded to agricultural workers.

In a quite illuminating event during a joint counselling session just before ART initiation, a young woman dressed in a cosmopolitan way addressed the counsellor in Portuguese and requested exemption from DOT in order to keep her 'job'; this was granted. Then a peasant woman wearing a *capulana* and a head scarf seized the opportunity, spoke to the counsellor in a local variant of Shona and requested to be exempted from DOT because she had to work on her distant agricultural field. Not only was the demand denied but the counsellor requested the other attendees help her reprimand that woman. She was humiliated and scolded by some of the attendees on the grounds that she did not care for her life and wanted instead to go to work on her agricultural plot. Besides the underrating of agricultural work and the privileging of salaried 'jobs', it is pertinent to briefly explore aspects of personal presentation and language use for each of these women.

It is not my intention to construct a stereotypical representation; both women were Day Hospital attendees and like most of the other patients were of lower socio-economic status. This is not to suggest that Day Hospital attendees were a homogeneous group. Besides the difference in terms of occupation between these two women, there were also differences in terms of their personal presentation and the language used to address the counsellor, showing that clothing and language could be out of place. Luedke and West (2006:1) noticed a distinction in women healers in southern Mozambique between those who ‘dress as cosmopolitan travellers’ and women who are described as ‘wrapped in “capulanas” and heads carves’ who were considered to ‘dress as peasants in the city’. In effect, these two different types of clothing are made to correspond to different and opposed spaces –the urban and the rural. There is a growing cultural valorization of *capulanas* that are fashionable and used in cosmopolitan settings, for instance, in dresses and suits, but not just simply tied around the waist.

The African population in colonial Mozambique was legally categorized as ‘*indigena*’ (native), but those who abandoned their ‘usages and customs’ associated with backwardness and embraced the Portuguese culture, acquired Westernized dress codes, ways of living, social manners and adopted the Portuguese language, that is, those who assumed modern subjectivities, were considered ‘*assimilados*’ and higher on the social ladder (Fry 2000b:85; Sumich 2008a:324).

### **Categories and the Production and Reproduction of Inequality**

Adherence to AIDS treatment is crucial in order to prevent the development of resistant viruses, disease progression and death (Mills et al. 2006:679). In Manica, adherence to AIDS care and treatment was ‘measured’ mostly by the control of pill pick-up. Patients who did not pick up their ARVs within fifteen days were categorized as ‘*faltosos*’ (absentees) and those who did not collect them for three months were considered ‘*abandonos*’ (drop-outs) and their medical records set apart in different cabinets. After several health workers tried unsuccessfully to find a patient’s record on the basis of an ID card, nurse Salmina proudly explained how she was able to locate the patient’s medical record:

I had no doubts! Just by looking at her I could see that woman was a drop-out and thus looked for her medical record in that cabinet. I was right! These are the people who give us problems! These are the ones who make us look bad for having so many drop-outs!

Nurse Salmina could hardly have displayed more distaste towards the woman in question who was barefoot, was wearing a soiled and ragged *capulana*, who kept her things in a supermarket disposable plastic bag and could

hardly speak Portuguese. Her shaved head made me suspect she could be a recent widow. She seemed vague, reacting quite mechanically to the health workers' questions.

Nguyen's (2009:208-9) statement that triage 'separates those who must live from those who might die', and that only the former become part of programmes and are counted as a way of assuring good outcomes and success, helps to understand that nurse's primary concern with showing good results; that is, quantified information to make the case for good NHS performance. Hence some patients, particularly the extremely poor, non-Portuguese speakers or those who are non-fluent and also illiterate were likely to be profiled as non-adherent and were envisaged as a source of 'problems to the services' contributing to the negative image of the institution. Some AIDS patients were blamed for interrupting treatment and/or not fulfilling all the ART delivery model requirements though they have little or no control over most of the barriers they face, in what Farmer (2001:226) called as the exaggeration of patients' agency. What interests me most in that event is the circumstances that led an otherwise kind and diligent nurse I observed working for almost two years, who was much liked by patients in general, to publicly display her distaste for and distance from an extremely poor woman whom she classified as a 'drop-out'.

Ian Hacking (1999:16) states that 'a kind of person comes into being at the same time as the kind itself was being invented'. Following Hacking, Oksala (2010:455) puts it this way: 'we may generate kinds of people and kinds of action as we devise new classifications and categories. Categories of people come into existence at the same time as kinds of people come into being to fit those categories'. Moreover, also inspired by Hacking, Biehl (2005b:29) stresses that 'categories and counting define new classes of people and normalize their ways of being in the world'.

The category of 'drop-out' was institutionally established through HIV/AIDS care and treatment intervention and new groups of people were constituted. The length of patients' absence quantified and their medical records removed to separate specific cabinets somehow materialized the distinction between 'disciplined adherent patients', on the one hand, and absentees and drop-outs, on the other.

Labelling diseased bodies as absentees and drop-outs produces categories of disciplined/adherent and undisciplined/non-adherent bodies as 'kinds of people'. To be unable to fulfil HIV/AIDS care requirements was constructed as an individual characteristic, as illuminated by the statement that some AIDS sufferers 'are drop-outs', that is, a particular kind of people. Therefore, the naturalization, de-politicization and de-historicization of adherence takes



place and the social and historical complexities of AIDS patients' lives such as poverty or transport difficulties are concealed.

Categories have consequences for the ways 'we conceive of others and think of our own potentialities' (Hacking quoted by Biehl 2005a:259), and the categorization 'drop-out' shaped the ways in which those patients were thought of, talked about and dealt with. The association of extreme poverty with 'non-adherence' produced and provided a rationale for exclusion and stigmatization. Once patients were categorized as 'absentees' and 'drop-outs' a different logic began operating which allowed some AIDS patients to be, if not 'socially blamed for their dying' (Biehl 2005a:263), at least socially blamed for interrupting treatment and eventually dying.

To be labelled an absentee or drop-out had dire consequences since non-adherent patients were blamed for it and were supposed to be reprimanded, humiliated and even punished. Some patients struggled to avoid being slotted into the category of drop-out and those who were more vocal stressed the reasons why they did not come to the health facility. Oksala (2010:462) mentions that

In exposing concepts, categories and practices as sedimentations and expressions of power relations he [referring to Foucault] attempted to reveal the exclusion, domination and violent treatment of those at the losing end of the struggle for objectivity and truth: how their views have been branded as false and irrational and their behavior as abnormal and pathological.

In line with this statement, the category of drop-out may be the effect of the sedimentation of power dynamics involved in the fostering of a hegemonic and single conception of modernity, Western modernity, which is related to specific dualisms: culture and nature, civilized and savage, modern and traditional, passion and reason (Appadurai 1996:3; Sousa Santos 2001:24). I suggest that Western modernity, and the valorization of a particular way of life as the gold standard, is associated with the establishment of hierarchies of economic activities, languages and personal presentation.

### **Categories and the Disciplining of Alberto**

The story of Alberto, as well as of many others like him, helps to illustrate some inequities and disparities. He was in his early twenties and had only reached 4<sup>th</sup> grade. He was HIV-positive, his face and arms were covered with skin eruptions, he had sores on his chest and complained of weakness and cold. His mother and siblings established themselves in a rural area near Nhassacara, a small settlement in Barué District and their main source of livelihood was small-scale agriculture.



To get to Cruzamento's health post, where a mobile AIDS clinic functioned once a week, Alberto had to walk for two hours from his homestead to the road passing by Nhassacara where he then picked up a makeshift bus with no schedule to get to the health post. It takes forty minutes to drive on a bumpy tarred road from Nhassacara to Cruzamento. Catandica, the district headquarters where the rural hospital is located is even more distant and a bus round trip Nhassacara/Catandica Rural Hospital costs approx. US \$ 4. Since 38 per cent of the population lives on less than US \$ 1.7 a day, this endeavour is of significant economic magnitude.

Alberto's struggle to access treatment was part of a collective family effort. When he ran out of cash and stopped going to Catandica Rural hospital, his mother travelled to another province to borrow money in order to pay for Alberto's travel. When he could return to the hospital, he was told his medical record could not be found and he had to keep struggling to access treatment. Alberto explains his odyssey navigating health services this way:

I understood everything they told me, when I left the building where one goes for testing I went to the place where the nurses are, they also told me to go to the lab, and to the pharmacy, I went to all those places they told me to go. I would go one day and they would tell me: 'come again tomorrow', I would go again...then they would tell me to come the next day, I would go that day.... I went all those days, but then for lack of money I did not show up in Catandica for some days ... the only thing I want is to get treatment! They [health workers] told me ... they looked for my medical record in Catandica, they looked for it here, they looked who knows where else and still they did not find it! So, now I only have my patient ID.

Alberto perceives himself as following the instructions he was given but he was anguished, desperately trying to get treatment and holding to his patient ID as the only proof he tested and followed the usual requirements. The lay counsellor/social worker who is part of the mobile ART delivery unit at Cruzamento's health post explained to me that Alberto was a 'drop out'. She said he had interrupted care long ago but was rebuked by Alberto who answered he was tested in June, stopped going to the district hospital in December and we were in the month of February. The counsellor then wrote down his name and patient ID number, told me she was going to look for his medical record at the rural hospital in the district headquarters and told him to return next week. She mentioned she would open a provisional medical record in case she did not find the other one. When I asked her if she could not open a provisional medical record that same day she answered: 'No way!, These drop-out patients are just like this.... We can't open a provisional file right away so that they learn the lesson and don't miss appointments again in the future!'

By saying 'these drop-out patients are just like this' she is in fact considering non-adherence as a personal characteristic of the patient, essentializing and naturalizing it, while decontextualizing the conditions of his engagement with AIDS treatment. The counsellor punished Alberto by not issuing a provisional medical record as a way of disciplining him. Patients categorized as 'drop-outs' first had to undergo Directly Observed Therapy (DOT) again for two weeks before they were given pills to take at home. They had to come to the health unit daily for that period, which was an extra burden in terms of expenses and time spent out of income activities for the patient and sometimes for both patient and family members. DOT was administered punitively and was used to threaten patients as a way of disciplining them and supposedly increasing adherence.

By not issuing a provisional medical record and making the patient come each week, the counsellor was in fact depleting the little money the patient had and therefore diminishing his possibility of travelling to the health centre and getting treatment. More 'seasoned' patients tend to elude the bureaucracy, go for testing again and initiate the entire process all over again whenever they lose their IDs or their medical records are not found by the clinics.

The attitude of the counsellor towards Alberto may be seen as part of an institutionally acceptable way of interacting with 'absentees' and 'drop-outs'. Observations in the health units confirmed these types of practices including the outrageous verbal abuse of a severely ill patient and her mother on the grounds that the clinician was just trying to figure out whether she 'was one of those patients who lied and did not take the medication'. Blame, humiliation and disrespect are considered appropriate and justifiable ways of treating patients suspected of interrupting their treatment.

Poverty, inefficient NHS bureaucracy, and attitudes towards 'absentees' and 'drop-outs' combine to make it harder for the patient to get treatment. The plight of Alberto and of many others like him bring to mind João Biehl's words in relation to zones of social abandonment in Brazil where the marginalized, unhealthy and mentally ill are left to die. Those deaths appear as if they had been 'self-generated' (Biehl 2005a:52). In a similar way, the suffering of AIDS patients trying to access ART, particularly from distant rural areas, appears 'self-generated', as if it was only the result of the patients' actions and decisions. The label 'drop-out' marks AIDS sufferers' bodies and produces a stigmatized identity that, to borrow Biehl's words (2007), is meant 'both to explain their dying and to blame them for it'.

## Conclusion

This ethnography shows that healthcare delivery models are not neutral and can become exclusion mechanisms that marginalize the poor. The ART delivery procedure was designed in a vacuum and the context of its implementation was ignored. It was somehow assumed and expected that patients would 'fit' the model and the services provided. The implementation of that model raises some challenges to the expectation that these models designed in a decontextualized way can eventually address health needs at a global level.

ART reinforces existing inequalities and creates new ones. Inequality became institutionalized through the adoption of the same cumbersome and lengthy ART delivery model designed and proposed by international institutions, independent of context and of the differentiated possibilities of AIDS patients in distant rural areas. It ignores the specificities of rural settlement and adopts throughout the province the same ART delivery model, which at times demands daily visits to health facilities. The fact that in rural areas, scattered settlements and long distances between homesteads and health units make it more difficult for patients to reach health facilities regularly was not considered. The treatment scheme itself became a triage technique, a way of separating the patients who must live from those who might die.

There was a primacy of the ART delivery model and the healthcare services institutional bureaucracy over the lives and needs of patients whom they are supposed to serve with dreadful consequences for patients' possibility to access and adhere to ART. But patients' particular lives and bodies come back, as in some kind of the return of the repressed, and proved that decontextualized ART delivery models were not in tune with the health service conditions in Mozambique and patients' needs. I suggest that the model designed to provide ART itself became a sophisticated biopolitical exclusion mechanism.

There is no explicit rule about who should be exempted from DOT and who should not, or who can collect medication in advance and who cannot. In practice, the conception of modernity associated with an urban way of life, tidiness, 'education' and the ability to speak Portuguese constitute the grid on the basis of which health workers take decisions. Biomedicine is not free from value (Comaroff 1982:59) and, as Eisenberg (1977:20) reminded us, biomedical care is rather a 'complex social process, embedded in the cultural matrix and laden with values'.

The possibility of accessing ART and fulfilling its requirements as well as the probability of adherence to treatment is hindered by factors such

as hunger and lack of transportation as well as by weak and underfunded health systems unable to deliver appropriate care, and the dearth of a health workforce. However, I suggest that the valorization of a single and hegemonic conception of modernity, Western modernity, also influences how patients are attended to at health units affecting access to treatment and adherence. That is, both material and value-related issues are at stake.

The 'non-adherent patient' is constituted with specific characteristics as poor, unclean and uneducated. The material and symbolic production of categories such as 'absentees' and 'drop-outs' and their effects on patients' lives draw attention to the power of naming, labelling and classifying. The category of drop-out produces dropping-out, to label someone 'drop-out' diminishes the possibilities of the patient adhering to treatment and therefore produces the effect of non-adherence, that is, the categorization itself becomes yet another biopolitical triage technique which separates out the patients most likely to fulfil ART requirements.

Following Fassin (2007:xv) who reminds us that health is a biosocial phenomenon and social relationships can affect the biological fate of individuals, I suggest that unequal social and economic relationships manifested in the hierarchy of economic activities and occupations which privilege wage-work, or in the valorization of hygiene, presentation of bodies and language use affect the possibility of accessing ART as well and hence affect AIDS patients' biological fate.

## Notes

1. Physicians density per 1000 population was 0.04 in 2012, who.int/gho/data.
2. There are different types and levels of health facilities: health centres, health posts, rural hospitals, provincial hospitals and central hospitals.
3. Though not referring specifically to the city of Chimoio, updated data show that while 13.1 per cent of women and 9.2% per cent of men in Mozambique are HIV positive, in Manica province 15.6 per cent of women and 14.8 per cent of men are HIV positive (INSIDA 2009:11).
4. Internationally recruited expatriate medical doctors hired by the NGO.
5. At Chimoio Provincial Hospital from September 2008 to May 2009 (approximately 240 days) the CD4 equipment was out of order for a total of 116 days, including not working at all for two consecutive months.
6. '*Capulana*' designates a piece of cloth women generally dress in, tied around the waist but it can also designate the cloth itself.
7. Biopolitics led to the emergence of fields such as public health and demography (Foucault 1990:139–46).

## References

- Aires, P., 1946, *Programa de Acção Sanitária e Profilática*, Lourenço Marques: Imprensa Nacional de Moçambique.
- Appadurai, A., 1996, *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*, Minneapolis MN: University of Minnesota Press.
- Biehl, J., 2005a, *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*, Berkeley: University of California Press.
- Biehl, J., 2005b, 'Technologies of Invisibility: Politics of Life and Social Inequality' in Inda, J., ed., *Anthropologies of Modernity*, Oxford: Blackwell.
- Biehl, J., 2007, *Will to Live: AIDS Therapies and the Politics of Survival*, Princeton PA: Princeton University Press.
- Boyer, S., Clerc I., Bonono, C., Marcellin, F., Bilé, P., Ventelou, B., 2011, 'Non-adherence to antiretroviral treatment and unplanned treatment interruption among people living with HIV/AIDS in Cameroon: individual and healthcare supply-related factors', *Social Science and Medicine* 72:1383-92.
- Braga, C., forthcoming, 'Popular Ontologies of Power and Biological Citizenship: AIDS Clinics and Persons Living with HIV/AIDS in Central Mozambique'.
- Butchart, A., 1998, *The Anatomy of Power: European Constructions of the African Body*, London: Zed Books.
- Cliff, J. and Noormahomed, A., 1988a, 'Health as a Target: South Africa's Destabilization of Mozambique', *Social Science and Medicine* 27 (7).
- Cliff, J. and Noormahomed, A., 1988b, 'South African Destabilization and Health in Mozambique', *Review of African Political Economy* 42.
- CNCS, 2010, Mozambique Progress Report for UNGASS (United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS 2008-2009), Mozambique National AIDS Council.
- Comaroff, J., 1982, 'Medicine: Symbol and Ideology', in Wright, P. and Treacher, A, eds, *The Problem of Medical Knowledge*, Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Eisenberg, L., 1977, 'Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness', *Culture, Medicine and Psychiatry* 1.
- Farmer, P., 2001, *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, Berkeley CA: University of California Press.
- Fassin, D., 2007, *When Bodies Remember: Experiences and Politics of AIDS in South Africa*, Berkeley CA: University of California Press.
- Foucault, M., 1990, *The History of Sexuality: An Introduction*, New York NY: Vintage Books.
- Foucault, M., 1997, *Society Must be Defended: Lectures at the College de France, 1975-1976*, New York: Picador.
- Fry, P., 2000a, 'Cultures of Difference: The Aftermath of Portuguese and British Colonial Policies in Southern Africa', *Social Anthropology* 8 (2).
- Fry, P., 2000b, 'O Espírito Santo Contra o Feitiço e os Espíritos Revoltados: "Civilização" e "Tradição" em Moçambique', *Mana* 6 (2).
- GARPPR (Global AIDS Response Progress Report), 2014, UNAIDS, www.unaids.org, accessed 19 September 2015.

- Gilks, Ch., Crowley, S., Ekpini, R., Gove, S., Perriens, J., Souteryand, Y., Sutherland, D., Vitoria, M. and Guerma, T., 2006, 'The WHO Public-health Approach to Antiretroviral Treatment against HIV in Resource-limited Settings', *The Lancet* 368.
- Gupta, A., 2006, 'Blurred Boundaries: The Discourse of Corruption, the Culture of Politics, and the Imagined State', in Sharma, A. and Gupta, A., eds, *The Anthropology of the State: A Reader*, London: Blackwell.
- Hacking, I., 1999, 'Making Up People', in: Biagioli, M., ed., *The Science Studies Reader*, London: Routledge.
- Hardon A., Davey S., Gerrits T. and Hodgkin C., 2006, *From Access to Adherence: The Challenges of Antiretroviral Treatment: Studies from Botswana, Tanzania and Uganda*, Geneva: WHO.
- INSIDA, 2009, *INS Instituto Nacional de Saúde, Mozambique: National Survey on Prevalence, Behavioral Risks and Information about HIV and AIDS*, Maputo: Instituto Nacional de Saúde.
- Kalofonos, I., 2010, 'All I Eat is ARVs': The Paradox of AIDS Treatment Interventions in Central Mozambique', *Medical Anthropology Quarterly* 24 (3).
- Kanji, N., Kanji, N. and Manji, F., 1991, 'From Development to Sustained Crisis: Structural Adjustment, Equity and Health', *Social Science and Medicine* 33:985-93.
- Lara, J., 2009, 'Hunger, Transport Cost and Migration: Barriers to HAART Adherence in Central Mozambique', Master's Thesis, Seattle, University of Washington, Department of Public Health.
- Loubiere, S., Boyer, S., Protopopescu, C. et al., 2009, 'Decentralization of HIV Care in Cameroon: Increased Access to Antiretroviral Treatment and Associated Persistent Barriers', *Health Policy* 92(2-3):165-73.
- Luedke, T. and West, H., eds, 2006, *Borders and Healers: Brokering Therapeutic Resources in South East Africa*, Bloomington: Indiana University Press.
- Mamdani, M., 1996, *Citizen and Subject: Contemporary Africa and the Legacy of Late Colonialism*, Princeton PA: Princeton University Press.
- Matsinhe, C., 2005, *Tabula Rasa: Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV/SIDA*, Maputo: Texto Editores.
- Micek, M.A., Gimbel-Sherr, K., Baptista, A., Matediana, E., Montoya, P., Pfeiffer, J., Melo, A., Gimbel-Sherr, S., Johnson, W. and Gloyd, S., 2009, 'Loss to Follow-up of Adults in Public HIV Care Systems in Central Mozambique: Identifying Obstacles to Treatment', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 52 (3): 397-405.
- Mills, E. et al., 2006, 'Adherence to Antiretroviral Therapy in Sub-Saharan Africa and North America: a Meta-analysis', *JAMA* 296 (6).
- MISAU/DAM, 2004, *A aderência como Alvo da Terapia Anti-retroviral: Manual de Apoio à Aderência ao Tratamento Antiretroviral nos Hospitais de Dia*.
- Nguyen, V.K., 2009, 'Government by Exception: Enrolment and Experimentality in Mass HIV Treatment Programmes in Africa', *Social Theory & Health* 7 (3).
- O'Laughlin, B., 2010, 'Questions of Health and Inequality in Mozambique', *Cadernos IESE* 4.
- O' Laughlin, B., 2015, 'Trapped in the Prison of the Proximate: Structural HIV/AIDS Prevention in Southern Africa', *Review of African Political Economy* 42 (145): 342-61.

- Oksala, J., 2010, 'Foucault's Politicization of Ontology', *Continental Philosophy Review* 43.
- Pereira, C., 2010, 'Task-Shifting of Major Surgery to Midlevel Providers of Health Care in Mozambique and Tanzania: A Solution to the Crisis in Human Resources to Enhance Maternal and Neonatal Survival', PhD Dissertation, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Peters, P., Kambewa, D. and Walker, P., 2007, The Effects of Increasing Rates of HIV/AIDS Related Illness and Death on Rural Families in Zomba District, Malawi: A Longitudinal Study. Mimeo. Final Report presented to the RENEWAL Program.
- Pfeiffer, J., 2013, 'The Struggle for a Public Sector: PEPFAR in Mozambique', in Biehl, J. and Petryna, A., eds, *When People Come First: Critical Studies in Global Health*, Princeton PA: Princeton University Press.
- Pfeiffer, J. and Chapman, R., 2010, 'Anthropological Perspectives on Structural Adjustment and Public Health', *Annual Review of Anthropology*.
- Sherr, K., Micek, M., Gimbel, S., Gloyd, S., Hughes, J., John-Steward, G., Manjate, R., Pfeiffer J. and Weiss, N., 2010, 'Quality of HIV Care Provided by Non-physician Clinicians and Physicians in Mozambique: A Retrospective Cohort Study', *AIDS* 24, suppl. 1.
- Sousa Santos, B., 2001, 'Entre Prospero e Caliban: Colonialismo, pós-colonialismo e inter-identidade', in Ramalho, M. and Ribeiro, A., eds, *Entre Ser e Estar: Raízes, Percursos e Discursos da Identidade*, Porto: Edições Afrontamento.
- Sullivan, N., 2011, 'Mediating Abundance and Scarcity: Implementing an HIV/AIDS Targeted Project within a Government Hospital in Tanzania', *Medical Anthropology* 30 (2).
- Sumich, J., 2008a, 'Construir uma Nação: Ideologias de modernidade da elite moçambicana', *Análise Social* XII (2).
- Sumich, J., 2008b, 'Politics after the Time of Hunger in Mozambique: A Critique of Neo-Patrimonial Interpretation of African Elites', *Journal of Southern African Studies* 34 (1).
- Vaughan, M., 1991, *Curing their Ills: Colonial Power and African Illness*, Stanford CA: Stanford University Press.
- Walt, G. and Melamed, A., 1984, *Mozambique: Towards a People's Health Service*, London: Zed Books.

