



Faut-il passer à l'échelle nationale la tarification forfaitaire des soins de santé en République Démocratique du Congo ?

par :
Patrick Mitashi
Jeff Kabinda
Faustin Chenge



Encadré 1. Messages-clés

- 🌐 La tarification forfaitaire reste un mode de paiement direct de soins, comportant tout autant de désavantages pour des ménages que la tarification par acte, mais dans une mesure relativement moindre.
- 🌐 A cet égard, la tarification forfaitaire, en tant qu'approche pour favoriser l'accessibilité et l'utilisation des services de soins de santé, n'est à envisager qu'à titre transitoire, tout en restant conscient que la finalité est la promotion de politiques de prépaiement.
- 🌐 Pour mieux réussir la tarification forfaitaire, autant la participation du patient est requise selon sa capacité à payer, autant une subvention pour compenser un manque à gagner qui en résulterait est indispensable.
- 🌐 Plus d'évidences sont encore nécessaires pour faire de la tarification forfaitaire, même à titre transitoire, une approche à promouvoir à l'échelle nationale d'un pays comme la République Démocratique du Congo.

Introduction

L'accessibilité financière aux services de santé demeure une préoccupation majeure dans les pays à faible revenu où les paiements pour les soins se font essentiellement au moment et au point d'utilisation. Ces paiements directs sont le mode le plus régressif et inéquitable de financement des soins de santé, en imposant une proportion plus élevée de revenu parmi les ménages pauvres que les plus riches [1], et leurs effets négatifs sur l'accès aux soins et l'équité sont largement documentés [1-11].

Face à ce constat, le plaidoyer pour l'abolition des paiements directs des soins et services de santé alimente depuis plusieurs années le débat international sur l'accès aux soins de santé. Certains pays comme la Zambie, le Burundi, le Niger, le Libéria, le Kenya, le Sénégal, le Lesotho, le Soudan et le Ghana ont expérimenté la suppression des paiements directs pour les principaux services de santé primaires [2,10]. D'autres, à l'instar du Bénin, du Burkina Faso, du Mali et du Maroc ont expérimenté des exemptions pour des services spécifiques, tels que les soins obstétricaux [8,12]. De l'application de ces politiques d'abolition des paiements directs dans ces pays, il en a résulté dans la plupart des cas une augmentation soudaine de l'utilisation des soins curatifs, et dans quelques cas celle des soins préventifs [3,13]. Il faut cependant noter qu'à l'instar de tout changement à introduire dans un système, les politiques d'abolition des paiements directs nécessitent une préparation minutieuse. A défaut d'une telle préparation, surtout en termes de compensation financière du manque à gagner pour les services et les professionnels de santé, l'implémentation de telles politiques s'est accompagnée dans certains pays d'une réduction drastique des flux financiers au niveau des structures de soins, la réduction de la qualité des services, le dysfonctionnement du système de référence et la démotivation du personnel de santé [14-19].

La République Démocratique du Congo (RDC) est aujourd'hui l'un des pays les plus pauvres du monde. Elle figure parmi ceux qui occupent les dernières positions dans le classement de l'indice de développement humain (0,433) et du produit national brut (348,5\$ par habitant) (Banque

Mondiale, 2016). Le taux de pauvreté demeure très élevé avec 63.4% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté et avec une large disparité géographique entre les provinces et entre les milieux ruraux et urbains [20]. Les dépenses publiques de santé par habitant par an ont varié de 1,5 à 4,3\$ de 2008 à 2015 [21]. Par ailleurs, les ménages constituent la principale source de financement des services et soins de santé en RDC, contribuant à hauteur de 42% des dépenses totales de santé dont plus de 90 % se font par le biais de paiements directs [22,23]. Dans un tel contexte de ressources aussi limitées, où la part du budget de l'Etat allouée à la santé (autour de 5%) et son exécution (autour de 60%) depuis plus d'une décennie [21] révèlent la faible priorité accordée au secteur, une politique d'abolition des paiements directs n'est donc pas aujourd'hui une option réaliste [6]. Mais, elle demeure une option pertinente à prendre un jour; et pour cela, des efforts conséquents sont requis de la part des pouvoirs publics pour réunir les conditions nécessaires de passage du système de paiements directs à celui de prépaiements, le seul à même de contribuer efficacement à l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Fort de ce constat, la RDC ne peut pas encore se passer de paiements directs, et pour progresser tant soit peu vers la CSU, les autorités sanitaires congolaises voudraient, dans un premier temps, passer du paiement à l'acte au paiement forfaitaire (PF) ou la tarification forfaitaire (TF) des soins à l'échelle nationale en vue d'améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé de qualité par les patients qui en ont besoin (voir Encadré 2). Cependant, le PF reste un mode de paiement direct de soins de santé et de ce fait une source d'exclusion des soins pour beaucoup de gens. Il consiste au paiement par les usagers d'un montant fixé à l'avance et invariable, basé sur les coûts réels moyens incluant la consultation (ou l'hospitalisation selon le cas), les examens complémentaires et le traitement, et couvrant un épisode de maladie [24].



Pour son application en RDC, un guide de mise en œuvre de la tarification forfaitaire, document qui décrit en détails le processus de son implémentation, les aspects de gestion et contrôle, est en élaboration au niveau du Ministère de la Santé Publique.

Mais de quelles évidences dispose-t-on à ce jour pour que le pays adopte, ne serait-ce qu'à titre transitoire, une telle modalité de paiement de soins ? Cette note de politique vise à synthétiser les évidences disponibles sur les effets de la TF en RDC et dans d'autres pays africains qui lui sont contextuellement comparables en vue d'en tirer des leçons et formuler des recommandations conséquentes aux autorités sanitaires et leurs partenaires.

Nous avons effectué des recherches dans 5 bases de données internationales sur base des mots-clés repris sur la stratégie de recherche. Les bases de données suivantes ont été consultées: *Cochrane Library, Central, Medline, Google scholar, Health Systems Evidence*. Nous avons également effectué des recherches sur les sites Web et les sites en ligne de nombreuses agences (*National Instance for Accreditation in Health Care, – National Institute for Health Research, Charlotte Maxeke Research Consortium, Centre for Evidence-based Health Care, etc.*), organisations (OMS, UNICEF, Banque Mondiale, etc.) et universités (*Makerere University School of Public Health, Stellenbosch University, etc.*) afin de trouver la littérature grise pertinente.

Encadré 2. Effets de paiements directs : comparaison entre paiement à l'acte et paiement forfaitaire (Le signe (-) signifie un effet relativement moins efficace et le signe (+) signifie effet relativement plus efficace)

Critères de comparaison	Paiement à l'acte	Paiement forfaitaire*
Amélioration de l'accès aux soins	(-)	(+)
Augmentation de l'utilisation des services	(-)	(+)
Amélioration de la continuité de soins	(-)	(+)
Promotion de la solidarité/équité	(-)	(+)
Recouvrement des coûts	(±)	(+)

* Si le PF correspond au coût moyen des soins, sans subside, il va demeurer une barrière à l'accès aux soins et freiner leur utilisation

Les auteurs de cette note de politique assument que les résultats de cette comparaison, basée sur leur appréciation raisonnée, pourraient, selon le GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), avoir un niveau d'évidence faible, c'est-à-dire un degré d'incertitude non négligeable.

Méthodologie

Stratégies de recherche des articles

La liste des pays à faible revenu était tirée de la classification de la Banque Mondiale de 2016 et accessible sur le lien <https://data.worldbank.org/income-level/low-income>. Sur cette liste, nous n'avons retenu que les pays africains sub-Sahariens.

Les titres et les résumés des articles ont été sélectionnés en utilisant la stratégie de recherche suivante:

(Flat fees OR Flat rate OR Flat amount OR Flat contribution OR Case-based payment OR Flat-rate payment per episode OR Payment per Sickness episode) AND (Benin or Burkina Faso or Burundi or Central African Republic or Chad or Comoros or Democratic Republic of the Congo or Eritrea or Ethiopia or Gambia or Guinea or Guinea-Bissau or Haiti or Liberia or Madagascar or Malawi or Mali or Mozambique or Nepal or Niger or Rwanda or Senegal or Sierra Leone or Somalia or South Sudan or Tanzania or Togo or Uganda or Zimbabwe).

Nous avons enfin contacté des experts dans le domaine et autres personnes ressources qui nous ont remis des documents pertinents.

Sélection des documents et extraction des données

La sélection des documents inclus était réalisée en utilisant les principaux mots-clés : *flat fees, flat amount, flat contribution, case-based payment, flat-rate payment per episode, payment per sickness episode* ou forfait maladie. L'analyse des articles étaient focalisée sur les effets de la tarification forfaitaire, notamment l'accessibilité aux soins, le recouvrement des coûts, la perception des parties prenantes, le renforcement du système sanitaire et l'amélioration de la qualité des soins. Seuls les documents rédigés en français ou en anglais étaient retenus sans aucune restriction de période. Toutes les études ont été examinées d'abord sur base de titres et de résumés.



Cinquante-six titres et abstracts ont fait l'objet d'un triple tri pour assurer la cohérence (voir Figure 1); ceux avérés pertinents ont été retenus et les articles originaux y afférents ont été analysés intégralement et séparément par trois examinateurs. Une séance d'harmonisation a été organisée pour dissiper toutes les incohérences. Aucune revue de littérature sur les « *user fees* » ou les financements en santé n'avait traité de la tarification forfaitaire en soi.

alors à une réduction de frais d'utilisation (quand bien même la part à payer par le patient « ou ticket modérateur » soit elle-même un forfait). Les résultats obtenus seraient dus à la fois à l'application du forfait et à la réduction relative de coûts suite aux subsides

Accès aux soins et utilisation des services

En rendant le coût de soins prévisible, la TF contribue à une

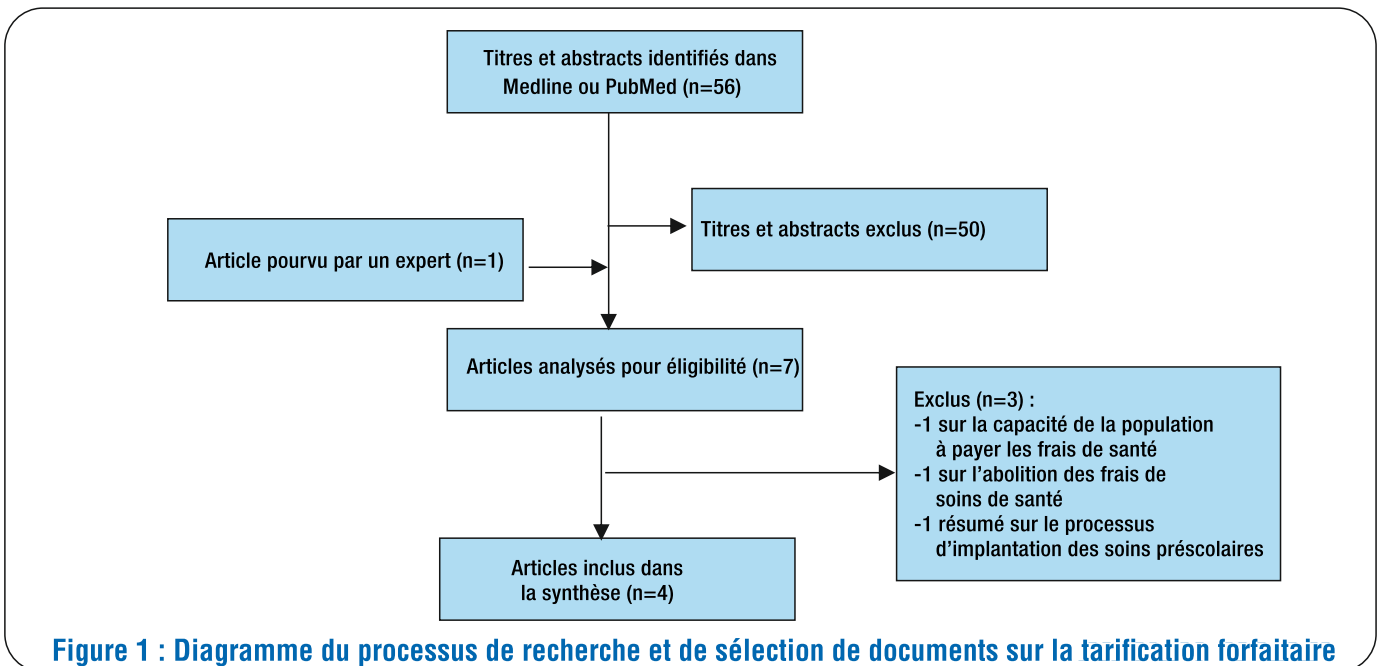


Figure 1 : Diagramme du processus de recherche et de sélection de documents sur la tarification forfaitaire

Synthèses des évidences

A ce jour, il n'existe pas assez d'expériences bien documentées de TF. L'expérience de Kisantu en RDC est pour le moment la seule, à notre connaissance, à être documentée de manière systématique [6,25-28]. Trois autres expériences de TF relativement bien documentées ont eu lieu à Kasongo en RDC (un article publié)[29], en Ouganda (un article publié)[30] et au Sénégal (deux notes de politique et un article publié)[31-33]. Ces expériences ont en commun d'avoir un partenaire technique et financier (PTF) dans l'initiation et la mise œuvre de la TF. Le tableau 1 donne un aperçu des expériences de TF et ses différentes formes dans ces trois pays.

Dans cette section, nous présentons également les effets de la TF sur l'accès aux soins et l'utilisation des services, le recouvrement des coûts, la qualité des soins et l'intégration du système. Notons que les expériences de TF susmentionnées ont toutes mis en œuvre une TF subsidiée au niveau de l'hôpital, voire à la première ligne de soins, par les partenaires d'appui. L'option de subventionnement suggère logiquement que la hauteur du forfait appliqué résultant de l'étude des coûts a été supérieure à la capacité à payer de la population. Le forfait subsidié s'apparente

meilleure accessibilité financière aux soins en promouvant une solidarité entre les moins et les plus malades [29]. Dans toutes les expériences reprises dans le tableau 1, on a noté une augmentation de l'utilisation des services de santé pour les patients ayant une certaine capacité et une volonté à payer. Selon certains auteurs, ces résultats peuvent être rapidement observés[5,6,33]. Mais, comme susmentionné, l'application du forfait au cours de ces expériences a largement bénéficié de subventions de la part des PTF. Les résultats de plusieurs études montrent que subventionner les frais d'utilisation peut entraîner une augmentation de l'utilisation des services de santé à court terme [3-5,13,34]. Cependant, il semble que la subvention des frais d'utilisation ne produise pas d'effet positif à long terme auquel on pouvait s'attendre, suggérant ainsi qu'elle génère parfois des gains rapides difficiles à maintenir à long terme [5].



Tableau 1. Expériences de tarification forfaitaire de soins en RDC, Ouganda et au Sénégal

Pays	Période	Description du forfait	PTF	Observation
RDC				
ZS Kasongo	1973-1989	Forfait sans subvention au CS et gratuité à HGR pour les soins justifiés	Coopération Belge	Expérience publiée
ZS Kisantu	2008-2011	Forfait subsidié à HGR et sans subvention au CS	CTB	Expérience publiée
ZS Nselo	2008-2011	Forfait subsidié à HGR et sans subvention au CS	CTB	Expérience non publiée
ZS Ngidinga	2008-2011	Forfait subsidié à HGR et sans subvention au CS	CTB	Expérience non publiée
Province Orientale, Maniema, Kasai Occidental et Sud- Kivu (au total 20 ZS)	2008-2012	Forfait subsidié (+ gratuité pour les groupes vulnérables)	DFID, IRC, MERLIN	Expérience non publiée
Kasai Oriental	2015-2016	Forfait subsidié à HGR et au CS	UE	Expérience non publiée
ZS Bwamanda, Kungu, Kenge, Kingandu, Mosango	2015-2016	Forfait subsidié à HGR et au CS	Unicef, Memisa	Expérience non publiée
DPS Kwilu	2015-2017	Forfait subsidié à HGR et au CS	Unicef, BM, CTB	Expérience non publiée
Ouganda	1998-1999	Forfait subsidié à l'Hôpital	Conférence épiscopale italienne, Gouvernement	Expérience publiée
Sénégal	2007-2010	Forfait subsidié à l'Hôpital	CTB	Expérience publiée

Recouvrement des coûts

Avec la TF, la proportion de recouvrement des factures des patients s'améliore, entraînant une augmentation des recettes et une amélioration de la motivation financière du personnel [6].

Renforcement du système sanitaire

Les expériences de Kisantu et de Kasongo ont montré qu'agir sur l'un des éléments du système (TF en l'occurrence) suivant une approche systémique, peut contribuer à rééquilibrer l'ensemble du système de santé [6,29] et améliorer son intégration. Ainsi, la pertinence de la référence (proportion de vrais positifs) s'améliore, tandis que la concurrence entre l'hôpital et le premier niveau diminue [6,29].

Perception des parties prenantes

Pour la population et les patients, la TF est généralement positivement perçue comme facilitant l'accès aux soins à cause de la prévisibilité des frais à payer [6,33]. Toutefois, concernant l'utilisation des génériques souvent associés à la TF, certains patients estiment ne pas en avoir pour leur argent et de devoir se contenter de médicaments au rabais [33]. Il y a nécessité que la perception par les gestionnaires, le personnel soignant et les utilisateurs du système soit également prise en compte pour éviter que le processus soit voué à l'échec [28]. A Kisantu, par exemple, il est demeuré auprès du personnel infirmier de l'hôpital une insatisfaction : leur charge de travail a augmenté (car l'utilisation justifiée de l'hôpital a augmenté), mais les revenus, quoiqu'améliorés, n'ont pas suivi en conséquence [25]. Cette augmentation de la charge de travail est souvent perçue comme une surcharge ou un travail de trop.

Amélioration de la qualité des soins

La TF n'induit pas en soi une amélioration de la qualité technique des soins [31]. Ce n'est le cas que si sa mise en œuvre s'accompagne d'une série d'autres mesures (qui ne sont pas forcément ou intrinsèquement liées à une politique de TF) qui touchent entre autres à la qualité technique et sans lesquelles les résultats escomptés ne seraient pas possibles. C'est notamment la réhabilitation et l'équipement des structures de soins, la formation du personnel, la disponibilité des médicaments avec l'introduction des ordigrammes et des protocoles thérapeutiques qui améliorent la qualité de la prescription médicale, ... [6,33]. En payant un montant connu à l'avance, la continuité intra-épisode de soins se trouve également améliorée [29].

Conclusions

Les effets de la TF des soins semblent être prometteurs. Néanmoins, il faudrait les considérer avec prudence car ils résultent des études dont le niveau d'évidence est incertain.

En plus, les expériences de TF documentées d'une manière systématique sont encore très limitées. Celles qui existent ont toutes mis en œuvre une TF subsidiée par les partenaires techniques et financiers dans le contexte d'un projet qui le plus souvent s'est limité à une ou quelques zones de santé.



Tenant compte du niveau socio-économique et du pouvoir d'achat de la population congolaise aujourd'hui, le passage à l'échelle nécessitera absolument des subsides qui viendraient idéalement de l'Etat congolais et/ou encore des bailleurs de fonds/partenaires. Cependant, la RDC se trouve dans une situation politique et socio-économique précaire, au point qu'il est illusoire de prétendre que l'Etat puisse s'engager actuellement dans une telle initiative en inscrivant et mobilisant une ligne budgétaire dédiée à financer le processus systémique de la mise en œuvre de la TF dans l'ensemble des ZS du pays.

Pour réussir une telle initiative, il faut un engagement sérieux des parties prenantes (Etat, PTF, gestionnaires et prestataires des ZS, population). Il faudra arriver à un niveau suffisant de compréhension commune et de consensus. Enfin, mobiliser et sécuriser les moyens financiers et autres ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la TF et des autres changements qui doivent l'accompagner. Si l'Etat devient capable de mobiliser et contribuer substantiellement à la mise en œuvre de la TF dans le pays, autant alors utiliser carrément ces ressources pour pallier progressivement (de façon ciblée) à l'abolition des frais d'utilisation et ainsi évoluer vers la CSU.

Recommandations

Au regard de ce qui précède, nous formulons les recommandations suivantes :

-Compte tenu du nombre limité et du faible niveau des évidences dont on dispose actuellement, il y a nécessité d'avoir plus d'évidences sur les effets de la TF. Pour cela, il faudra multiplier et documenter systématiquement d'autres expériences sur la TF à travers le pays, étant donné que la RDC est un pays vaste, avec des contextes différents entre provinces et entre milieux ruraux et urbains. Plus d'évidences sont donc requises pour alimenter davantage les débats à venir et éclairer la prise de décision. Les PTF qui appuient actuellement certaines ZS peuvent s'aligner sur une pareille initiative en développant, avec l'appui des Ecoles de Santé Publique, un protocole de recherche solide, incluant plusieurs zones de santé avec un groupe de contrôle.

-Le gouvernement, pour sa part, pourrait plutôt travailler à moyen terme sur l'accroissement de l'espace fiscal, prioriser la santé dans le budget pour abolir les paiements directs et introduire les prépaiements, via des impôts et/ou des contributions à des systèmes d'assurance-maladie.

Références

1. Gilson L, McIntyre D: Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ* 2005, 331: 762-765.
2. James CD, Hanson K, McPake B, Balabanova D, Gwatkin

D, Hopwood I et al.: To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Appl Health Econ Health Policy* 2006, 5: 137-153.

3. Lagarde M, Palmer N: The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Cd009094.

4. Lagarde M, Barroy H, Palmer N: Assessing the effects of removing user fees in Zambia and Niger. *J Health Serv Res Policy* 2012, 17: 30-36.

5. Maini R, Van den Bergh R, van GJ, Tayler-Smith K, Ousley J, Carter D et al.: Picking up the bill - improving health-care utilisation in the Democratic Republic of Congo through user fee subsidisation: a before and after study. *BMC Health Serv Res* 2014, 14: 504.

6. Stasse S, Vita D, Kimfuta J, da Silveira VC, Bossyns P, Criel B: Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity. *Glob Health Action* 2015, 8: 25480.

7. Watson SI, Wroe EB, Dunbar EL, Mukherjee J, Squire SB, Nazimera L et al.: The impact of user fees on health services utilization and infectious disease diagnoses in Neno District, Malawi: a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res* 2016, 16: 595.

8. Witter S, Boukhalfa C, Cresswell JA, Daou Z, Filippi V, Ganaba R et al.: Cost and impact of policies to remove and reduce fees for obstetric care in Benin, Burkina Faso, Mali and Morocco. *Int J Equity Health* 2016, 15: 123.

9. Wiysonge CS, Paulsen E, Lewin S, Ciapponi A, Herrera CA, Opiyo N et al.: Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, 9: Cd011084.

10. Yates R: Universal health care and the removal of user fees. *Lancet* 2009, 373: 2078-2081.

11. Yuan B, He L, Meng Q, Jia L: Payment methods for outpatient care facilities. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, 3: Cd011153.

12. Witter S: Service- and population-based exemptions: are these the way forward for equity and efficiency in health financing in low-income countries? *Adv Health Econ Health Serv Res* 2009, 21: 251-288.



13. Steinhardt LC, Aman I, Pakzad I, Kumar B, Singh LP, Peters DH: Removing user fees for basic health services: a pilot study and national roll-out in Afghanistan. *Health Policy Plan* 2011, 26 Suppl 2: ii92-103.
14. Hercot D, Meessen B, Ridde V, Gilson L: Removing user fees for health services in low-income countries: a multi-country review framework for assessing the process of policy change. *Health Policy Plan* 2011, 26 Suppl 2: ii5-15.
15. Meessen B, Gilson L, Tibouti A: User fee removal in low-income countries: sharing knowledge to support managed implementation. *Health Policy Plan* 2011, 26 Suppl 2: ii1-ii4.
16. Nabyonga J, Desmet M, Karamagi H, Kadama PY, Omaswa FG, Walker O: Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy Plan* 2005, 20: 100-108.
17. Nimpagaritse M, Bertone MP: The sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy Plan* 2011, 26 Suppl 2: ii63-ii71.
18. Ridde V, Haddad S: Abolishing user fees in Africa. *PLoS Med* 2009, 6: e1000008.
19. Ridde V, Morestin F: A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy Plan* 2011, 26: 1-11.
20. Dkhimi F. Towards universal coverage in the majority world: Scoping review, DRC-specific findings, 2016.
21. Ministère de la Santé Publique. Rapport des Comptes Nationaux de la santé, Programme National des Comptes Nationaux de la santé, Kinshasa, 2017.
22. Manzambi Kuwekita J, Guillaume M, Balula Tshemutshari MP, Tshama Kabongo E, Mayamba Kilela J, Bruyère O et al.: Etude des conditions de vie et d'accessibilité aux soins de santé de qualité des populations en situation de précarité, dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa (Congo) grâce à la micro-assurance santé en 2008. *Journal d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2013, 12.
23. Muvudi M, Coppieters Y, Mayaka S, Okenge L, Umuhire G, Quenum F et al.: [Analysis of the implementation of the Paris Declaration in the health sector in the Democratic Republic of Congo]. *Med Trop (Mars)* 2011, 71: 229-231.
24. Ministère de la Santé Publique. Note technique sur le concept de tarification forfaitaire, Direction d'Etudes et Planification, Kinshasa, 2017.
25. Criel B, Chenge F. Rapport de mission de suivi technique du programme appui au système de santé de niveau intermédiaire et périphérique 3, Kisantu, Février 2012.
26. Criel B, Chenge F. Rapport de mission de suivi technique du programme d'appui au système de santé de niveau intermédiaire et périphérique 3, Kisantu, Octobre 2011.
27. Kimfuta MJ, Munyeku KG, Ndongala MF, Nsombi MM, Vita D, Chenge F et al.. Gestion systémique et intégrée d'une zone de santé en République Démocratique du Congo : L'expérience de la zone de santé de Kisantu (Bas Congo) avec la mise en place d'un paiement forfaitaire subsidié à l'hôpital de référence, Juin 2012.
28. Schlessler M. Rapport de l'enquête sur la perception de la mise en place de la tarification forfaitaire par les principaux détenteurs d'enjeux de la ZS de Kisantu, Kisantu, Avril 2012.
29. Criel B, Van Balen H: Paying for the Kasongo hospital in Zaire: a conceptual framework. *Health Policy Plan* 1993, 8: 61-71.
30. Amone J, Asio S, Cattaneo A, Kweyatulira AK, Macaluso A, Maciocco G et al.: User fees in private non-for-profit hospitals in Uganda: a survey and intervention for equity. *Int J Equity Health* 2005, 4: 6.
31. Coopération Technique Belge. La contribution de la tarification forfaitaire à l'amélioration de la qualité des soins, Note de politique N°2, Sénégal, Juillet 2017. 2017.
32. Coopération Technique Belge. La tarification forfaitaire, un chemin vers la couverture maladie universelle, Note de politique N°1, Sénégal, Juillet 2017. 2017.
33. Fall AS, Cisse R: [The co-construction of change in community health service provision in Senegal]. *Glob Health Promot* 2014, 21: 23-30.
34. Ponsar F, Tayler-Smith K, Philips M, Gerard S, Van HM, Reid T et al.: No cash, no care: how user fees endanger health-lessons learnt regarding financial barriers to healthcare services in Burundi, Sierra Leone, Democratic Republic of Congo, Chad, Haiti and Mali. *Int Health* 2011, 3: 91-100.





Les auteurs remercient les personnes ci-après pour leur contribution à l'élaboration de cette Note de politique : Bart Criel et Zakaria Belrhiti.

Cette Note de Politique est un résultat du Programme de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en République Démocratique du Congo (RIPSEC) financé par la Commission Européenne. Cependant, les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs



Union Européenne

