

## « Les bonnes intentions ne suffisent pas » : analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal

*"Good intentions are not enough":  
analysis of a health policy for the elderly in Senegal*

Elhadji Mamadou Mbaye<sup>1</sup>, Valery Ridde<sup>2</sup>, Ousseynou Kâ<sup>3</sup>

### ↳ Résumé

En 2006, le Sénégal a institué une politique dite le « Plan Sésame », inédite en Afrique de l'Ouest, de réduction de la vulnérabilité sociale des personnes âgées de plus de 60 ans. Cet article analyse le processus de mise en œuvre du Plan Sésame. La recherche est basée sur une étude de cas unique autorisée par le ministère de la Santé. Elle repose sur des données qualitatives collectées au moyen de trois techniques : i) entretiens individuels (n = 19), ii) groupes de discussion (n = 24), iii) et étude documentaire. Malgré son objectif social, le Plan Sésame s'est finalement limité à l'accès gratuit aux services de santé. Même ce volet sanitaire souffre d'un sous-financement. La dimension politique, la faiblesse de ses mesures d'accompagnement et le manque de personnel conduisent à des retards de remboursements qui entraînent une mise en œuvre restrictive et des carences financières qui s'ajoutent aux précédentes dettes de l'État vis-à-vis des structures de santé. Si les personnels de santé et les personnes âgées adhèrent à l'idée de la gratuité des soins, ils regrettent néanmoins ses problèmes d'application. Les problèmes de mise en œuvre du Plan risquent de précipiter sa fin alors qu'il apparaît comme une solution utile. Le faible intérêt des partenaires internationaux pour cette politique, sa revendication nationale et sa forte dimension électorale ne doivent pas empêcher une conception technique rigoureuse et des mesures d'accompagnement anticipées.

**Mots-clés :** Gratuité des soins ; Politique de santé ; Personnes âgées ; Afrique.

### ↳ Summary

In 2006, the Senegalese government introduced the "Plan Sésame", an unprecedented policy in West Africa aimed at reducing social vulnerability among the elderly (i.e. people aged over 60 years). This paper examines the process of implementation of the "Plan Sésame". Using a qualitative approach, the study was based on a unique case study authorized by the Senegalese Ministry of Health. Three methods were used: i) individual interviews (n = 19), ii) discussion groups (n = 24), and iii) documentary study. Despite its social objective, the "Plan Sésame" was ultimately limited to free health care. However, even the health component of the plan has suffered from underfunding. Political obstacles, inadequate accompanying measures and short staffing have resulted in late reimbursements at a local level, thus limiting the implementation of the plan. While both health professionals and elderly people are in favor of free healthcare, they are also critical of the implementation issues surrounding the "Plan Sésame". Although it appears to be a viable solution, these issues may spell the end of the plan. The task of designing solid technical foundations and developing appropriate accompanying measures should not be overlooked because of the limited interest of international partners in the "Plan Sésame", the national dimension of the plan and its electoral importance.

**Keywords:** free health care; health policy; the elderly; Africa.

<sup>1</sup> Institut d'Études politiques de Grenoble – 1030, av. centrale – Domaine Universitaire – 38400 Saint-Martin-d'Hères.

<sup>2</sup> Centre de Recherche du CHUM – Hôtel-Dieu – Pavillon Masson – Bureau 8-107 – Montréal – Canada.

<sup>3</sup> Université de Bambey – Sénégal.

## Introduction

Face à la barrière financière qu'engendre le paiement direct des soins, le Sénégal, à l'instar d'autres pays en Afrique [1], a mis en place, depuis le début des années 2000, des politiques de suppression du paiement ciblant certaines catégories de services ou de populations. C'est par exemple le cas pour les césariennes en 2005 [2]. Le « Plan Sésame » pour la prise en charge sociale des personnes âgées de plus de 60 ans est une initiative unique en Afrique de l'Ouest [3].

Il vient s'intégrer dans un système de santé basé sur le recouvrement des coûts (paiement direct) instauré depuis les années 1980. Aujourd'hui, seul 20 % de la population a une couverture médicale liée au travail. Les personnes âgées, en majorité des femmes [4], représentent 7 % de la population au Sénégal et sont responsables de 38 % des ménages de plus de dix enfants. Seules 17 % d'entre elles reçoivent une pension de retraite [5]. Comme ailleurs en Afrique de l'Ouest, les effets de la rupture du contrat intergénérationnel sur les besoins sanitaires des personnes âgées [6] sont rarement pris en compte dans les politiques publiques.

En 2006, pour répondre à ces besoins et faire face à l'interpellation d'associations de personnes âgées, le président de la République a répondu en instituant un Plan qui « traduit l'idéal de solidarité intergénérationnelle si caractéristique de notre peuple. Chez nous, chacun nourrit le rêve secret de vivre avec ses parents et de prendre soin d'eux. Mais, lorsque, par la force des choses, ce rêve ne peut être réalisé, il est juste que la Nation s'en charge » [7]. Son objectif annoncé est de réduire la vulnérabilité des personnes âgées en rendant plus accessibles les services sociaux de base, facilitant l'accès aux crédits, au logement, en réservant des sièges dans les transports en commun, etc. [8]. Son volet sanitaire avait pour objectif principal de faciliter l'accès aux soins des personnes âgées (prestations médicales, prestations biologiques, prestations radiologiques, médicaments essentiels...).

Le secteur social en Afrique fait de plus en plus l'objet de nouvelles normes, souvent importées par des acteurs internationaux [9]. C'est le cas du nouveau référentiel [10] de la gratuité des soins qui conduit ainsi à des changements institutionnels souvent récusés par des acteurs encore attachés au modèle traditionnel du paiement direct des soins, ce qui peut entraîner des résistances dans leur mise en œuvre [11].

L'objectif de cet article est d'analyser le processus de mise en œuvre du Plan Sésame plus de cinq ans après son institutionnalisation.

## Méthodes

La recherche repose sur une étude de cas unique [12], le Plan Sésame. Elle a été autorisée par le ministère de la Santé. L'étude repose sur des données qualitatives collectées aux moyens de trois techniques : entretiens individuelles, groupes de discussions et documentations.

Nous avons organisé 19 entretiens (5 + 3 + 11) semi-directifs auprès des principales parties prenantes du Plan Sésame. Parmi celles-ci, d'abord cinq responsables du Plan Sésame au ministère de la Santé qui ont en charge la conception et le suivi du Plan. Ces entretiens avaient pour objectif de mesurer la correspondance entre la décision publique et l'état de sa mise en œuvre. Ensuite, trois entretiens furent effectués avec des responsables du Plan à la Cellule nationale de financement de la santé (CAF/SP). L'objectif était d'évaluer l'état des sources alternatives de financement du Plan Sésame dont la CAF/SP a la charge de proposer au ministère de la Santé. Grâce aux contacts fournis par le bureau des personnes âgées au ministère de la Santé, nous avons ensuite sollicité 17 structures de santé afin de pouvoir réaliser des entretiens avec du personnel de santé. Parmi ces contacts, 11 médecins chefs de centres de santé ont enfin accepté de répondre à nos questions. L'objectif de ces entretiens était de comprendre l'état de la mise en œuvre du Plan Sésame, les avancées et les problèmes qu'il pose au niveau des structures de santé.

En dehors de ces entretiens, nous avons organisé simultanément trois groupes de discussion avec huit personnes âgées de plus de 60 ans chacun (n = 24), choisies au hasard le jour de l'enquête parmi les patients du seul centre de gériatrie de Dakar. Les personnes âgées avaient donné leur consentement éclairé à participer à l'enquête lors d'une entrevue et avaient la liberté de participer ou de se retirer à tout moment sans devoir se justifier. L'objectif de ces groupes de discussion était de comprendre la perception que les principaux bénéficiaires avaient de cette politique publique. Ce centre gériatrique a été choisi car elle est l'une des structures de référence de la mise en œuvre du Plan Sésame.

Ce protocole de recherche était préalablement soumis au comité d'éthique qui a donné son accord avant le démarrage de l'enquête.

L'ensemble de ces entretiens effectués auprès d'un total de 43 personnes, réalisés en français et en langue nationale, ont été enregistrés puis retranscrits. Nous avons ainsi pu procéder à leur relecture puis à un codage du corpus de données qualitatives selon les différentes séquences d'une politique publique [13] en vérifiant leur correspondance avec la chronologie et les déterminants objectifs d'une action publique efficace.

Enfin, une étude documentaire a été réalisée à partir des rapports officiels, des synthèses de réunions administratives, d'articles de presses, etc.

Les données qualitatives recueillies au moyen de ces trois techniques ont ainsi fait l'objet d'une analyse de contenu [14].

---

## Résultats

---

### L'institutionnalisation du Plan Sésame : une décision politique

La mise en place du Plan Sésame apparaissait à plusieurs niveaux comme une décision électorale : dans la période choisie pour l'annoncer, dans la place importante des personnes âgées durant les élections et dans la place accordée aux techniciens et collectivités dans l'institutionnalisation du Plan. D'abord, la création du Plan Sésame fut annoncée par le président de la République en personne, lors du discours de la veille de l'anniversaire de l'indépendance du pays, le 3 avril 2006, un an avant les élections du bilan de son premier mandat. Le Plan Sésame était vu comme un « somptueux cadeau » [15] du président de la République à l'électorat dynamique des personnes âgées. Lors de l'investiture du Président par son parti politique en 2007, il est annoncé comme une de ses principales réalisations : « *Le Sopi est en marche dans le secteur de la santé, avec 10 % du budget national, cinq nouveaux hôpitaux érigés, douze autres rénovés et la mise en place du Plan Sésame.* »

Ensuite, la manière dont la décision politique a été prise a accordé peu de places aux techniciens du ministère de la Santé qui ont reconnu une annonce précipitée du Plan. Celui-ci, a été fait sans bénéficier d'une expérimentation. Alors que la « carte sésame » s'est finalement limitée à la santé, le dossier préparé par les techniciens concernait une carte d'accès aux soins mais aussi à d'autres services et droits. En outre, la mise en œuvre du Plan a démarré en septembre 2006 avant même la date de signature du décret prévu par les techniciens. Cependant, ces derniers se sont résignés à la formule : « *Le Président décide et nous appliquons !* »

Le financement du plan fut aussi soumis aux aléas électoraux, car la seule collectivité locale qui avait accepté de soutenir son financement était affiliée au parti du président de la République [16].

### Un plan finalement limité à la santé avec des problèmes de financement

Malgré son objectif social, le Plan s'était finalement limité à une mise en œuvre centrée sur la gratuité des soins de santé considérée comme prioritaire.

La raison principale de cette limitation était selon les autorités ministérielles, le manque de ressources financières. L'argent n'avait pas suivi la déclaration politique. Cependant, même ce volet sanitaire souffrait d'un manque de financements. En 2006, l'État avait d'abord mis en place un pré-financement pour le ministère de la Santé de 700 millions de FCFA. Mais depuis cette date, les autres volets du Plan n'ont reçu aucun financement. Le volet sanitaire était financé à 100 % par des fonds nationaux. En dehors de l'État, seul l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) avait participé au financement la première année (2006) à hauteur de 30 %. La plupart des collectivités locales sollicitées n'avaient pas répondu à l'appel. Seul le Conseil régional de Thiès avait participé en 2006 en allouant 30 millions de FCFA. Après cette année, aucune autre institution que l'État n'avait octroyé de fonds au Plan.

Si la gratuité des soins devait constituer une première étape dans l'institutionnalisation du Plan, elle a fini par représenter à elle seule l'ensemble du dispositif.

Selon les médecins, même dans son volet sanitaire, le Plan se caractérisait par une gratuité partielle. Cela s'expliquait principalement par le manque de mesures d'accompagnement financières et humaines. Si les versements de l'État étaient insuffisants, ceux de l'IPRES et des collectivités locales ont fini par disparaître. Cette situation entraînait des retards de remboursement de plusieurs mois pour les formations sanitaires, par exemple de un an à l'hôpital de Kolda en 2008 et de huit mois au centre de Gériatrie de Dakar en 2010. Après 2006, l'État n'avait financé le Plan qu'à hauteur de 800 millions de FCFA par an. Malgré sa régularité, ce financement ne pouvait couvrir l'ensemble des dépenses engagées par les formations sanitaires. Ainsi, la dette du Plan vis-à-vis des hôpitaux avait atteint quatre milliards de FCFA en 2011 augmentant ainsi à 14 milliards celle que l'État devait déjà aux structures sanitaires [17].

Le Plan souffrait aussi d'un déficit de personnel chargé de son suivi au niveau national. Il était sous la tutelle administrative du bureau des personnes âgées composé

uniquement de deux agents en charge des remboursements de toutes les structures de santé du pays. Cela entraînait un manque de contrôle des demandes de remboursements et de la lenteur dans leur traitement.

### Une mise en œuvre restrictive

L'offre de service n'avait pas été adaptée à la hausse dans la fréquentation des structures de santé. Par exemple, il n'existait en 2011 que quatre gériatres au Sénégal, tous installés à Dakar pour une politique qui concerne plus de 700 000 personnes âgées à l'échelle nationale.

Les responsables des structures de santé déploraient les ruptures régulières de stocks et les gels de remboursements par la Pharmacie nationale d'approvisionnement (par exemple, six mois de rupture pour un médicament indispensable contre l'hypertension artérielle en 2010) ce qui les obligeait à les acheter plus chers dans les pharmacies privées.

La mise en œuvre du Plan Sésame entraînait ainsi des stratégies d'adaptation au sein des formations sanitaires. Dans certaines formations, le financement du Plan faisait l'objet de détournements d'objectifs au nom du principe de l'unicité de caisse en fonction des besoins urgents de l'hôpital. Ailleurs, pour éviter les prestations coûteuses, certaines structures de santé pouvaient limiter les services gratuits aux seuls actes de consultations. Certaines obligeaient les bénéficiaires à participer financièrement aux coûts, revenant ainsi au principe du recouvrement des coûts. Dans certains hôpitaux publics, la régulière surfacturation de prestations permettait de faire face à la consommation rapide des préfinancements. Dans des structures spécialisées, certains services ou traitements pouvaient être abandonnés pour se focaliser sur l'application du Plan. Selon un des responsables du centre de Gériatrie : « *Il nous arrive d'échanger des médicaments ou les revendre pour acheter des produits de spécialité pour les personnes âgées.* »

Les personnes âgées des zones rurales ne pouvaient profiter de tous les services offerts par le Plan. Elles n'avaient recours qu'au premier niveau de la pyramide sanitaire consacré aux affections courantes. Ainsi, la mise en œuvre du Plan destiné à l'origine aux personnes âgées vulnérables montrait que ce sont celles vivant en zones urbaines et bénéficiant déjà d'une couverture maladie qui semblaient davantage en profiter.

### Des conséquences perçues négativement

Ces difficultés de mise en œuvre affectaient directement la motivation des personnels de santé. Même s'ils adhéraient au principe de soigner gratuitement les personnes

âgées, ils déploraient les difficultés de trésorerie que le Plan engendrait et s'interrogeaient sur l'équité d'une telle mesure. Selon un médecin : « *Le Plan est idéaliste, impossible de prendre en charge gratuitement toutes les personnes âgées. Il est inéquitable parce que certaines personnes âgées ont des revenus qui leur permettent de se prendre en charge. En plus, il ruine les structures sanitaires.* »

Selon certains agents de santé, l'accroissement de la demande entraînait une surcharge de travail non rémunérée et des prescriptions injustifiées par des personnels de santé insuffisamment formés à la gériatrie. Certains personnels affirmaient prendre en charge certaines dépenses que le Plan n'avait pas supportées, comme le transport ou certains médicaments.

Cette réalité affectait directement la qualité des soins, selon certaines personnes âgées. Elles déploraient les ruptures de stocks et la poursuite du paiement de certaines prestations malgré la gratuité. Elles regrettaient surtout le coût des médicaments destinés au traitement des pathologies chroniques. Selon une personne âgée : « *La mise en œuvre du Plan Sésame comporte beaucoup de lacunes. Je ne suis pas du tout satisfait par la prise en charge incomplète surtout au niveau des interventions et des médicaments.* »

## Discussion

### Une mise en œuvre restrictive liée à sa dimension politique

L'impact des campagnes électorales sur les politiques sociales en Afrique concerne aussi bien les pays à faible revenu que ceux à revenu moyen [18]. Ces politiques publiques souvent annoncées par les plus hautes autorités sont, comme au Sénégal, teintées d'ambitions politiques [19]. Elles ciblent souvent des franges importantes de l'électorat qui ont un rôle social important. Les avantages électoraux du Plan ont probablement encouragé le président du Niger à vouloir instituer une politique similaire. Cependant, au-delà de l'affichage politique, ces programmes souffrent de leur manque de financement, comme c'est le cas au Niger [20].

Comme pour les enfants au Niger, la césarienne au Burundi et au Mali [21] par exemple, le Plan Sésame est revendiqué comme une décision politique que les techniciens doivent appliquer sans avoir eu le temps de se préparer. En raison de son originalité en Afrique, ce Plan a contribué à conforter le rôle d'innovateur que revendiquait le Président sénégalais à l'échelle du continent.

## Les États à revenu faible en Afrique peuvent-ils instituer leurs propres politiques sociales ?

Si le Sénégal et les pays du sud de l'Afrique à revenu moyen [18] sont les rares pays à mettre en place des politiques sociales ciblant les personnes âgées, ces politiques n'ont pas les mêmes caractéristiques. Le Plan sénégalais se focalisait sur la gratuité des soins, alors que l'Afrique du Sud par exemple, accorde des pensions mensuelles à 2 500 000 personnes âgées et un financement assuré par des taxes représentant 1,4 % du Produit intérieur brut. Or au Sénégal, le financement du Plan représente moins de 0,1 % du PIB alors qu'au Mali [22] et au Burkina [23] l'ensemble des dépenses pour assurer un filet social aux personnes vulnérables ne représentent que 0,6 % du PIB. Ainsi, la viabilité financière et la volonté politique semblent plus assurées en Afrique du Sud qu'en Afrique de l'Ouest.

Alors que le Sénégal appartient au modèle de protection sociale marquée par une forte présence des acteurs internationaux [18], dans le cas du Plan Sésame, la formulation, le financement et l'application relèvent uniquement d'initiatives nationales. À l'inverse, les politiques de gratuité pour des enjeux de santé considérés comme prioritaires au regard des Objectifs du Millénaire pour le Développement [1, 3, 24] par ces acteurs internationaux, bénéficient souvent de leur soutien technique et financier. D'autres initiatives comme la césarienne au Sénégal [2, 25] et au Mali [21] ont aussi été peu soutenues par ces partenaires habituels de l'aide au développement. Ces politiques revendiquées comme des décisions de souveraineté nationale souffrent (ainsi plus que les autres) de leur faible institutionnalisation et de leur manque de financement [26].

### La faiblesse des mesures d'accompagnement affecte la mise en œuvre

Le suivi-évaluation constitue un enjeu majeur de ces politiques de gratuité. Conçues le plus souvent au niveau national, elles ne bénéficient que de peu d'expertise indépendante en dehors des administrations publiques. Le cas du Sénégal n'est pas isolé [1]. Cette politisation [27] a ainsi freiné l'objectivité des avis des techniciens sénégalais. Le délai entre son annonce et sa mise en œuvre n'a pas laissé assez de temps aux techniciens pour préparer les mesures d'accompagnement, son suivi et sa gestion par des personnels qualifiés. Ce procédé semble plus la règle que l'exception pour ces politiques en Afrique [1, 3, 28]. Il influe directement sur l'accessibilité à ces dispositifs. Au Sénégal, 64 % des personnes âgées vivent en zone rurale souvent pauvres et analphabètes. Leurs difficultés d'accès aux

services offerts dans le cadre du Plan Sésame sont compensées par l'automédication traditionnelle ou allopathique qui elle, demeure peu onéreuse [29].

En outre, en tant que nouvelle politique, le Plan Sésame vient changer la charge de travail de personnels de santé qui estimaient qu'elle était déjà surchargée, ce qui reste à prouver. De plus, le bureau des personnes âgées créé avant l'institutionnalisation du Plan, mais chargé d'assurer son suivi, n'a pas bénéficié de recrutement de personnel supplémentaire. Cette faiblesse en personnel de coordination des politiques de gratuité a été retrouvée au Burkina Faso [30] et au Niger, mais *a priori* est moindre au Bénin où une agence spécifique pour la gestion de la gratuité des césariennes a été instituée [24 28]. En fait, le financement du Plan se réduit à l'achat de médicaments, ignorant ainsi la formation de nouveaux personnels aussi bien au niveau national que dans les structures de santé [31]. Le plan de communication s'est limité à sa dimension politique mais très peu à son organisation et son appropriation par les autres acteurs (collectivités locales, partenaires internationaux...), ce qui semble avoir été mieux fait au Burkina Faso [28] mais moins bien au Mali ou au Niger sur les césariennes.

Néanmoins, malgré ses dysfonctionnements, le Plan Sésame a permis des avancées notoires, en facilitant l'accès aux soins et à une couverture sanitaire aux 70 % de personnes âgées qui n'avait pas de pension de retraite. Il a aussi réussi à faciliter le recours aux soins, l'accessibilité gratuite aux prestations (sauf les médicaments) et à la chirurgie de la cataracte, ainsi qu'un meilleur suivi des pathologies chroniques (sauf en cas d'urgence) des personnes âgées de l'ensemble de cette catégorie de population [32] souvent atteinte de pathologies chroniques graves ou invalidantes. Il a aussi permis à ses bénéficiaires de transférer leurs maigres ressources financières vers d'autres priorités comme le paiement des factures ou l'amélioration de la qualité de leur alimentation.

## Conclusion

Même s'il demeure pertinent d'un point de vue de santé publique avec des effets positifs sur le recours aux soins et bénéficie de la volonté politique, le Plan Sésame souffre dans sa mise en œuvre de plusieurs écueils qui risquent de précipiter sa fin. Le faible intérêt des partenaires internationaux pour une population qui n'est pas encore jugée prioritaire, la souveraineté nationale dans le choix des priorités et leur forte dimension électorale ne doivent pas

empêcher une conception technique rigoureuse et des mesures d'accompagnement anticipées. Les États doivent d'abord s'assurer de la disponibilité des ressources et de la rigueur de la planification avant de s'engager dans des politiques dont les effets potentiels sont pourtant importants et bénéfiques aux populations.

#### *Conflits d'intérêt :*

*Financements et soutiens : le ministère de la Santé du Sénégal, l'ONG Help et le CRCHUM de l'Université de Montréal.*

## Références

- Meessen B, Hercot D, Noirhomme M, Ridde V, Tibouti A, Tashobya CK et al. Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Pol and Plan.* (Supplement 2) 2011;26:ii16-ii29.
- Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T. National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. In: Richard F, Witter S, De Brouwere V, editors. *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries: SHSOP Series: Studies in Health Services Organisation & Policy.* ITG Press. 2008:167-98.
- Ridde V, Morestin F. A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa. *Health Pol Plan.* 2011;26(1):1-11.
- Seck A, Lazure G, Morin D. Les expériences de vieillissement vécues par des femmes sénégalaises âgées de 60 ans et plus, vivant dans la communauté. *Recherche qual.* 2011;31(1):1-23.
- Kâ O. La Planification des maladies chroniques athéromateuses. *Mémoire Ised ;* 2002.
- Roth C. Les relations intergénérationnelles sous pression au Burkina Faso. *Autrepart.* 2010;53:95-110.
- Wade A. Discours à la Nation du Président de la République du Sénégal, Maître Abdoulaye Wade, 3 avril 2006. Available from: <<http://www.demarches.gouv.sn/textes/doc-plan-sesame.pdf>>.
- Ministère de la santé et de la prévention, Direction de la santé, Bureau de la Santé des personnes âgées. *Projet de mise en œuvre du système de solidarité « SESAME » en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus au Sénégal,* 2008.
- Schmeil Y, Eberwein WD. *Normer le monde.* Paris : L'Harmattan ; 2009:387 p.
- Jobert B, Muller P. *L'État en action. Politiques publiques et corporations.* Paris : PUF. Coll. [Recherches politiques] ;1987:242 p.
- Pressman JL, Wildavsky A. *Implementation. How great expectations in Washington are dashed in Oakland.* Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press ; 1984:281 p.
- Yin RK, Ridde V. Théorie et pratiques des études de cas en évaluation. In: Ridde V, Dagenais C. (Dir.) *Approches et pratiques en évaluation de programme* Seconde édition. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2012:177-93.
- Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* Paris : Colin ; 2003.
- Sabourin P. *L'analyse de contenu.* In : B. Gauthier (Dir.). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (4<sup>e</sup> éd.) Québec : Presses de l'Université du Québec ; 2003.
- Gueye M. *Sénégal: Santé des personnes âgées, le « plan sésame » pour des soins gratuits et de qualité* Le Soleil, 5 janvier 2007.
- Ridde V, Queuille L, Kafando Y (eds.) : *Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest.* Ouagadougou : CRCHUM/HELP/ECHO; 2012: 151 p. Available from: <[http://www.aps.sn/senegal-mutation/article.php?id\\_article=32490](http://www.aps.sn/senegal-mutation/article.php?id_article=32490)>.
- Conseil Économique et social, Commission Santé et affaires sociales. « Évaluation de la réforme hospitalière ». Séance plénière du 15 avril 2010. Available from: <[http://www.ces.sn/doc/CRA\\_PLEN\\_REFORME\\_HOSPIT.pdf](http://www.ces.sn/doc/CRA_PLEN_REFORME_HOSPIT.pdf)>.
- Nino-Zarazua V, Bariantos A et al. *Social Protection in Sub-Saharan Africa: Getting the Politics Right.* *World Develop.* 2012; 40(1):163-76.
- Devereux, S, Cipryk, R. *Social protection in Sub-Saharan Africa (Report).* Brighton: IDS, 2009.
- Ridde V, Diarra A, Moha M. *User fees abolition policy in Niger: Comparing the under five years exemption implementation in two districts.* *Health Policy.* 2011;99:219-25.
- Koné F, Mbaye EM. *Formulation et émergence des politiques de gratuité des soins au Mali.* Rapport MISELI;2010.
- Banque mondiale. *Mali Social Safety Nets.* Report No. 53222-ML. July 12, 2010.
- Banque mondiale. *Burkina Faso Social Safety Nets.* Report No. 54491-BF. June 8, 2010.
- Ridde V, Queuille L, Kafando Y (Dir.). *Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest.* Ouagadougou: CRCHUM/HELP/ECHO; 2012, Available from: <[http://www.vesatc.umontreal.ca/pdf/2012/livre\\_CAPI.pdf](http://www.vesatc.umontreal.ca/pdf/2012/livre_CAPI.pdf)>.
- Mbaye EM, Dumont A, Ridde V, Briand V. « En faire plus pour gagner plus : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal », *Santé Publ.* 2011;3(23):207-19.
- Leye MMM, Diongue M, Faye A, Coumé M, Niang K, Tine JA et al. *Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « plan sésame » au Sénégal.* *Méd. d'Afr. Noire.* 2012;59(3):151-7.
- Lagroye J. *La politisation.* Paris : Belin ; 2003.
- Walker L, Gilson L. "We are bitter but we are satisfied": nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Scien. & Med.* 2004;59(6):1251-61.
- Duthé G et al. « Situation sanitaire et parcours de soins des personnes âgées en milieu rural africain. Une étude à partir des données du suivi de population de Mlomp (Sénégal) », *Autrepart.* 2010;51:163-87.
- Ridde V, Richard F, Bicaba A, Queuille L, Conombo G. *The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso.* *Health Pol. Plan.* 2011;Supplement 2(26):ii30-ii40.
- Bah B. « Les limites du Plan sésame ». *La Gazette du pays et du monde,* juillet 2009. Available from: <<http://www.lagazette.sn/spip.php?article538>>.
- Ndiaye O, Dieme EJG. *Évaluations des initiatives de subventions et de fonds social.* Rapport d'évaluation ; 2007 Septembre.