



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**Health Finance
& Governance**
Expanding Access. Improving Health.

REGION DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET LA
PLANIFICATION FAMILIALE



Le financement de la couverture sanitaire universelle et de la planification familiale

Étude panoramique multirégionale et analyse de certains pays d'Afrique de l'Ouest : Guinée

Janvier 2017

Cette publication a été produite pour révision par l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Elle a été préparé par Jenna Wright, Karishmah Bhuwane, Ffyoa Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer et Rena Eichler.

Le projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG)

Le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) contribue à améliorer la santé dans les pays en développement en élargissant l'accès des populations aux soins de santé. Dirigé par Abt Associates, l'équipe du projet collabore avec les pays partenaires pour accroître leurs ressources nationales en matière de santé, gérer plus efficacement ces précieuses ressources et prendre des décisions éclairées en matière d'achats. Ce projet mondial de cinq ans et 209 millions de dollars vise à accroître l'utilisation des services de santé primaires et prioritaires, y compris le VIH / sida, la tuberculose, le paludisme et les services de santé génésique. Conçu pour renforcer fondamentalement les systèmes de santé, HFG apporte son soutien aux pays qui naviguent sur les transitions économiques nécessaires pour atteindre des soins de santé universels.

Janvier 2017

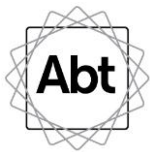
Cooperative Agreement No: AID-OAA-A-12-00080

Soumettre à:

Scott Stewart, AOR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health

Eleonore Rabelahasa,
Senior Health Systems Strengthening and Policy Advisor
USAID West Africa Regional Health Bureau

Citation recommandée : Wright, Jenna, Karishmah Bhuwanee, Ffyona Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer and Rena Eichler. 2016. *Financing of Universal Health Coverage and Family Planning: A Multi-Regional Landscape Study and Detailed Analysis of Select West African Countries*. Rapport préparé par le Projet Health Finance & Governance. Washington, DC: United States Agency for International Development.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | www.abtassociates.com

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) |
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)

LE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

ÉTUDE PANORAMIQUE MULTIREGIONALE ET ANALYSE DE CERTAINS PAYS D'AFRIQUE DE L'OUEST

GUINÉE

AVERTISSEMENT

Les opinions des auteurs exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou du Gouvernement des États-Unis.

TABLE DES MATIÈRES

Acronymes.....	iii
Remerciements.....	v
Synthèse.....	vii
5. Guinée	11
5.1 Un aperçu bref de pays	11
5.2 Contexte.....	15
5.3 Le financement de la santé en Guinée	15
5.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale	17
5.5 Opportunités en matière de financement de la santé	18
5.6 Sources.....	19

Liste des figures

Figure 1: Un aperçu bref de Guinée.....	13
---	----

ACRONYMES

AMC	Assurance maladie communautaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire (Guinée, Mali)
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale (Mali)
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie (Bénin)
APSAB	Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso (Burkina Faso)
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare (Cameroun)
CAMS	Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (Cameroun)
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Mali)
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (Cameroun)
CNS	Comptes nationaux de santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale (Burkina Faso, Guinée)
CONSAMAS	Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé (Bénin)
CPS	Cellule de Planification et de Statistique (Mali)
CSU	Couverture sanitaire universelle
DIU	Dispositif intra-utérin
EDS	Enquête démographique et de santé
FCFA	Franc CFA (Burkina Faso)
GIZ	<i>Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit / Société allemande pour la coopération internationale (Cameroun)</i>
HFG	Health Finance and Governance Project / Projet de Financement et Gouvernance de la Santé
INAM	Institut National d'Assurance Maladie (Togo)
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie (Burkina Faso)
IPM	Institution de Prévoyance Maladie (Sénégal)
IPRES	Institut de Prévoyance Retraite et Sociale (Sénégal)
IST	Infection sexuellement transmissible
MFPTSS	Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (Burkina Faso)
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (Mali)
MS	Ministère de la Santé (Togo)

MSAH	Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (Mali)
MSPH	Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène (Mali)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PDS	Plan de Développement Sanitaire (Niger)
PDSS	Plan de développement sanitaire et social (Mali)
PF	Planification familiale
PMAS	Pool micro-assurance santé (Sénégal)
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire (Bénin, Guinée, Togo)
PRODESS	Programme pour le Développement Social et Sanitaire (Mali)
PROMUSCAM	Plateforme des Promoteurs des Mutuelles de Santé au Cameroun (Cameroun)
RAMED	Régime d'Assistance Médicale (Mali)
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle (Bénin)
SNFS pour la CSU	Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (Guinée)
SR	Santé de la reproduction
ST-AMU	Secrétariat technique de l'assurance maladie universelle (Burkina Faso)
TB	Tuberculose
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (Niger)
USAID	United States Agency for International Development
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne (Mali)
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
WARHO	West Africa Regional Health Office / Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest

REMERCIEMENTS

Cette étude a été financée par l'United States Agency for International Development (USAID) et mise en œuvre par le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance Project, HFG).

M. Abdoulaye Ba, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Cameroun, en Guinée, au Mali et au Sénégal. Le Dr Birahime Diongue, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Bénin, au Niger et au Togo. Le Dr André Zida, spécialiste de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Burkina Faso.

Le leadership, le soutien, la collaboration et les contributions des collègues de l'USAID/ Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest (West Africa Regional Health Office, WARHO) ont été essentiels pour réaliser cette étude panoramique et cette analyse. Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance pour le soutien fourni par le Dr Eleonore Rabelhasa, conseiller de haut niveau en politiques et renforcement des systèmes de santé (WARHO) et par Mme Rachel Cintron, responsable du Bureau de la Santé (WARHO). Les auteurs reconnaissent la participation active et la collaboration des Missions de l'USAID et de multiples partenaires de mise en œuvre et institutions non gouvernementales au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Guinée, au Mali, au Niger, au Sénégal et au Togo. Les auteurs sont également reconnaissants pour les contributions et la collaboration des ministères de la Santé et d'autres organismes gouvernementaux dans ces pays. Ils remercient tous les informateurs clés qui ont partagé leur temps et leur sagesse (voir la liste à l'Annexe C).

Enfin, les auteurs tiennent à remercier Bry Pollack et Suzanne Erfurth (Abt Associates) pour la révision du document, Alain Schuster et Julie Verbert (ASJV Associates) pour la traduction et Erin Miles et Audrey Hanbury (Abt Associates) pour la conception du rapport.

SYNTHESE

Reconnaissant qu'une population en bonne santé est favorable au développement économique, à la résilience et à la prospérité, de nombreux gouvernements se sont lancés sur la voie de la couverture sanitaire universelle (CSU). La communauté internationale, les gouvernements nationaux et de nombreuses organisations privées et personnes physiques convergent sur le principe selon lequel l'accès universel à la planification familiale est un objectif qui mérite un accroissement des investissements financiers. L'amélioration de l'accès à la planification familiale est également importante pour le développement économique d'un pays, et elle aide les pays à améliorer également l'état de santé de la population, en particulier pour les femmes, les nouveau-nés et les enfants.

La réalité des ressources limitées pour la santé a entraîné un examen plus approfondi de la façon dont les soins de santé sont financés. Pour atteindre la CSU, les gouvernements cherchent à appliquer des mécanismes de dépenses améliorés et plus appropriés pour la santé et la promotion de la sécurité financière des ménages. Bien qu'il n'existe pas de modèle unique ou parfait pour le financement de la santé, la communauté des décideurs en matière de santé peut utiliser les diverses expériences acquises dans le monde entier pour identifier les meilleures pratiques.

Ce rapport a pour objet de présenter les conclusions d'une étude panoramique portant sur les tendances observées et les leçons apprises dans quinze pays de multiples régions. Nous avons effectué des analyses détaillées de huit pays d'Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo (« pays ciblés »). Nous avons passé en revue le cadre de financement de la santé de sept autres pays qui en sont à diverses étapes du cheminement vers la CSU afin de tirer les leçons apprises et d'éclairer des stratégies possibles : Éthiopie, Ghana, Indonésie, Kenya, Malaisie, Nigeria et Afrique du Sud (« pays de référence »).

Les parties intéressées par ce rapport peuvent inclure les ministères de la Santé ou les organismes nationaux chargés de la mise en place de la CSU, les collectivités locales, les parties prenantes de la CSU en Afrique de l'Ouest, le Bureau de la Santé pour la Région de l'Afrique de l'Ouest de l'*United States Agency for International Development* et ses Missions dans les pays concernés, et le secteur privé.

Le Chapitre 1 du rapport présente les constatations de l'étude panoramique résultant de l'étude des quinze pays. Les Chapitres 2–9 du rapport présentent les constatations approfondies produites par l'étude des huit pays ciblés, y compris des descriptions du cadre de financement de la santé de chacun de ces pays et des stratégies appliquées par leurs gouvernements pour la CSU et la planification familiale, et une discussion des points forts et des points faibles du financement de la santé ainsi que des opportunités d'interventions pouvant avoir un impact important et potentiellement améliorer le cadre de financement de la santé pour la CSU et la planification familiale dans ces pays.

Tous les quinze gouvernements ont mentionné la CSU ou un concept similaire dans leurs grandes stratégies publiques pour le secteur de la santé, bien que la plupart des pays concernés ne pensent pas pouvoir atteindre la couverture sanitaire universelle pendant le terme de leurs stratégies actuelles. Au lieu de cela, les gouvernements ont généralement l'intention de prendre des mesures visant à accroître progressivement la couverture de la population dans le cadre d'initiatives existantes ou de nouvelles initiatives. En général, les documents de stratégie de ces pays en matière de CSU s'appuient sur le concept d'*universalisme progressiste*, tel que décrit par Gwatkin et Ergo (2011) et adopté en 2013 par la Commission sur les investissements dans la santé du Lancet (Jamison et al. 2013). Cela signifie qu'ils incluent de multiples stratégies pour améliorer la couverture pour les pauvres, le secteur informel et le secteur formel (et tout est censé se dérouler simultanément). La plupart des pays avaient des stratégies spécifiques visant à engager le secteur privé dans le cadre de leur stratégie globale d'atteinte de la CSU. Cependant, la planification familiale

était souvent absente des principaux documents stratégiques élaborés, et elle était fréquemment traitée dans des documents distincts axés exclusivement sur la politique à suivre en matière de planification familiale ou de santé de la reproduction. Les gouvernements ayant des documents stratégiques séparés pour la planification familiale semblent avoir des plans d'action plus concrets et spécifiques pour la planification familiale, alors que les gouvernements qui mentionnent la planification familiale dans le contexte d'un plan stratégique plus général pour le système de santé ont généralement des plans moins détaillés à cet égard.

Bien que les quinze pays varient en termes de couverture et d'utilisation de la planification familiale, beaucoup des stratégies visant à améliorer l'accès à la planification familiale sont similaires, comme une sensibilisation accrue et l'augmentation de la demande par le biais du marketing social, la délégation de tâches afin de permettre la fourniture des services au sein de la communauté et l'augmentation du nombre des centres offrant des services de planification familiale.

Même dans les systèmes de santé les moins fragmentés, les services de santé sont financés par plusieurs mécanismes différents. La plupart des mécanismes de financement de la santé, ou parfois tous ces mécanismes, sont inclus dans le cadre de financement de la santé de tous les quinze pays. Les niveaux de couverture des services, de couverture de la population et de protection financière étaient variables.

Ces niveaux de couverture constituent une manière essentielle de mesurer les progrès des pays vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale. Pour évaluer ce dernier point, il est possible d'estimer le degré auquel les mécanismes de financement de la santé couvrent les services de planification familiale (c.-à-d., cherchent à assurer leur fourniture), le pourcentage de la population pouvant accéder (et accédant) à ces services dans le cadre de chacun de ces mécanismes, et quel degré de protection financière est fourni pour la planification familiale.

Les Chapitres 2–9 de ce rapport développent chacun de ces mécanismes dans les huit pays ciblés ; les leçons tirées des sept pays de référence sont intégrées à l'analyse multirégionale du Chapitre 1.

Une fourniture de services de santé financée par l'État existe dans tous les pays de l'étude. Les fonds octroyés par les gouvernements aux établissements de santé leur permettent de fournir à leurs patients des services à prix réduit. Le gouvernement se charge souvent des achats ; dans certains pays, des comités communautaires sont établis pour être consultés afin de déterminer comment les établissements de santé dépenseront les fonds disponibles. Dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, le mécanisme d'achat employé par les acheteurs de l'État est un *financement basé sur les intrants* (p. ex., paiement des salaires des travailleurs de santé, produits de base et infrastructure). Les gouvernements associent souvent un tel financement direct pour les services de santé au *financement du côté de la demande* (p. ex., paiement de services pour le compte de patients afin de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins) afin d'améliorer l'équité de l'accès aux services de santé.

La dispense de paiement des honoraires par les utilisateurs et l'octroi de bons sont deux exemples de mécanismes de financement favorables aux pauvres, car ils réduisent la part des coûts à la charge des ménages pauvres et vulnérables. L'expérience de la Malaisie comme pays à revenus intermédiaires, tranche supérieure, ayant une couverture sanitaire quasi-universelle par le secteur public en matière de prestation de soins de santé fournit des leçons qui seront utiles pour les pays d'Afrique de l'Ouest au fur et à mesure que leurs économies se développeront, leurs systèmes de santé atteignant un stade de maturité supérieur et leurs gouvernements étant alors confrontés à de nouveaux défis causés par une transition épidémiologique et le vieillissement de la population. Les gouvernements peuvent maintenant mettre en place des cadres juridiques visant à permettre aux réformes du système de santé de répondre aux besoins changeants.

En général, au moins certains produits de base pour la planification familiale sont fournis gratuitement dans les établissements de santé et par des travailleurs de santé communautaires qui reçoivent un financement public, mais ces systèmes de distribution peuvent être améliorés. Un régime de distribution de bons au Kenya fournit des subventions ciblées pour la maternité sans risque, les méthodes de planification familiale de longue durée et les services d'assistance en cas de

violences sexuelles. Ces subventions ciblent à la fois les ménages et les prestataires publics et privés. Elles peuvent être applicables dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest, où les gouvernements cherchent à réduire les barrières financières aux services prioritaires tels que la planification familiale, encouragent l'augmentation de la demande et s'efforcent d'améliorer la qualité du travail des prestataires de services publics et privés.

L'assurance maladie sociale fait souvent partie de la stratégie des gouvernements visant à acheter des services de santé en mobilisant et combinant des fonds de sources publiques et privées qui seront utilisés en fonction des capacités de paiement des membres. De nombreux gouvernements ont l'intention de mettre en œuvre ou de développer davantage des régimes d'assurance maladie sociale et ils ont fait adopter des lois dans ce but. Cependant, la mobilisation des ressources requises pour subventionner même des prestations de base pour les citoyens ayant des moyens limités ou n'étant pas du tout en mesure de payer pour les services de santé peut représenter un processus difficile et prenant beaucoup de temps à mettre en œuvre.

Le déploiement du système ambitieux de payeur unique en Indonésie à partir de 2014 est en partie la conséquence d'une action en justice intentée par des citoyens et visant à rendre l'État responsable de la mise en œuvre de la loi de 2004 sur le Système national de sécurité sociale. Au Nigeria, le fonds chargé de financer la prestation des services de santé de base (Basic Health Care Provision Fund) a besoin d'appropriations budgétaires annuelles pour lui permettre d'atteindre ses objectifs. En 2012, la loi du Ghana concernant la réforme du régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme) exigeait l'inclusion de la planification familiale d'une manière à déterminer par le ministre de la Santé, mais trois ans après, le gouvernement n'avait toujours pas élaboré les directives d'application de la politique et les consignes nécessaires pour intégrer les méthodes de planification familiale au régime. Le déploiement par le Gouvernement sud-africain de l'assurance maladie nationale avance bien, dans le cadre d'une approche en plusieurs phases devant durer plus de dix ans pour assurer sa mise en place.

Les gouvernements doivent affecter des fonds substantiels pour développer l'assurance maladie sociale, et de nombreux pays privilégient les programmes d'assurance maladie sociale ciblant les employés du secteur formel, qui sont plus faciles à administrer. Cependant, la différence du niveau de protection financière entre le secteur formel (qui comprend souvent les ménages les plus aisés) et le reste de la population peut créer un cycle d'iniquité et accroître la fragmentation du système de santé.

L'assurance maladie communautaire (AMC) est souvent incluse dans les stratégies de CSU des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires en raison de la perception de son avantage comparatif pour identifier et inscrire les secteurs de la population qui sont insuffisamment servis, ne sont pas assurés et comprennent essentiellement les travailleurs du secteur informel dans des régimes de mise en commun des risques. Bien que l'augmentation du nombre des régimes d'AMC puisse sembler faisable pour les gouvernements à court terme, le modèle conduit souvent à la mise en place de mécanismes de financement de la santé sous l'égide de l'État. Par exemple, au Ghana, des membres de la communauté se sont initialement portés volontaires pour gérer ces régimes ; toutefois, ces régimes se sont progressivement transformés en régimes à gestion plus professionnelle et leurs administrateurs sont devenus des agents de l'État.

L'adhésion aux régimes d'AMC est souvent facultative ou n'est pas contrôlée, et ces régimes sont souvent vulnérables à l'*anti-sélection*, une situation caractérisée par des adhésions disproportionnées par des personnes à haut risque et un faible taux d'adhésion par les personnes à faible risque. Les initiatives d'AMC telles que celles de l'Éthiopie peuvent permettre de créer des groupes plus importants de risques mis en commun, une fois que le gouvernement est en mesure de gérer la transition. Cette transition pourrait être bénéfique pour assurer que les membres des régimes d'AMC obtiennent une protection financière pour les services de santé fournis par les hôpitaux régionaux ou nationaux.

L'assurance maladie privée est un mécanisme de financement de la santé existant dans les quinze pays de l'étude, mais son rôle varie d'un pays à l'autre. L'assurance maladie privée a tendance à cibler

les ménages aisés et les travailleurs du secteur formel. On note toutefois quelques rares exemples d'assureurs maladie privés et de régimes d'assurance communautaire privés qui ciblent les ménages à faibles revenus ou les travailleurs du secteur informel. Certaines sociétés privées fournissent d'elles-mêmes des subventions pour le paiement des primes ou d'autres prestations de santé offertes par des compagnies d'assurance maladie privées afin d'attirer et de fidéliser des employés compétents, par exemple au Kenya et au Nigeria. En général, ce modèle ne contribue pas substantiellement à la couverture de la population dans les pays ayant des secteurs formels peu développés.

Les dépenses à la charge des ménages représentent les paiements effectués directement par les ménages aux prestataires pour des produits et services de santé au moment de leur fourniture. Il s'agit du mécanisme de financement dominant dans la plupart des quinze pays de l'étude. Dans tous les pays concernés, les ménages paient toujours une contribution pour certains produits ou services de santé fournis, comme on peut le voir même en Malaisie, où la plupart des services sont fournis gratuitement ou à très faible coût par un réseau étendu d'établissements publics de santé. Dans les pays n'ayant que de faibles niveaux d'autres mécanismes de financement de la santé ou de mise en commun des risques, les dépenses de santé à la charge des ménages représentent la majorité des dépenses des ménages, et les dépenses des ménages en proportion des dépenses de santé totales sont généralement très élevées.

Il existe un intérêt croissant pour la mobilisation du financement privé. Étant donné que les dépenses des ménages constituent déjà une proportion élevée des dépenses de santé totales et que les pays ciblés ont des secteurs formels relativement faibles, cette étude n'a pas identifié de nombreux exemples de façons d'engager le secteur privé dans le financement de la santé. Cependant, les gouvernements peuvent améliorer l'équité et augmenter l'efficacité en mettant en œuvre des mécanismes de financement de la santé qui répartissent les risques entre des secteurs étendus de la population et protègent les ménages contre les coûts catastrophiques. Les gouvernements doivent réformer continuellement le système de santé afin de fournir une meilleure couverture, et une couverture plus équitable, à la population, et la voie vers la CSU doit évoluer progressivement en fonction des changements des besoins et des demandes de la population.

Les programmes subventionnés par des gouvernements qui ne disposent pas de suffisamment de ressources pour couvrir tous les citoyens couvriront, nécessairement ou à dessein, un segment limité de la population. Ceci peut cependant affaiblir la solidarité sociale et l'équité, et l'atteinte de l'*universalisme progressiste* risque d'être compromise. Des mécanismes de financement de la santé sur une plus petite échelle ou plus ciblés peuvent promouvoir un accès plus équitable aux services essentiels. De plus, il est essentiel de garantir un accès universel à la planification familiale par le biais d'initiatives de CSU.

De nombreux gouvernements des pays ciblés par cette étude envisagent des interventions simultanées pour améliorer la protection financière en liaison avec les soins de santé et la poursuite de la CSU : financement des établissements de santé avec des fonds publics, développement de l'assurance maladie sociale et encouragement de l'établissement de régimes de santé communautaires contribuant à la couverture de segments de la population difficiles à atteindre. Avec des secteurs formels relativement faibles, les pays ciblés devront augmenter de façon spectaculaire le nombre des régimes d'AMC afin d'atteindre un niveau d'inscriptions presque universel dans leur population. La couverture de la population par l'AMC et les autres formes d'assurance est faible dans la plupart d'entre eux.

L'examen par cette étude des cadres de financement de la santé dans tous les pays ciblés révèle plusieurs opportunités de renforcement pour tous ces mécanismes de financement ou de création de nouveaux mécanismes permettant d'accroître la couverture pour les soins de santé et la planification familiale.

5. GUINÉE

5.1 Un aperçu bref de pays



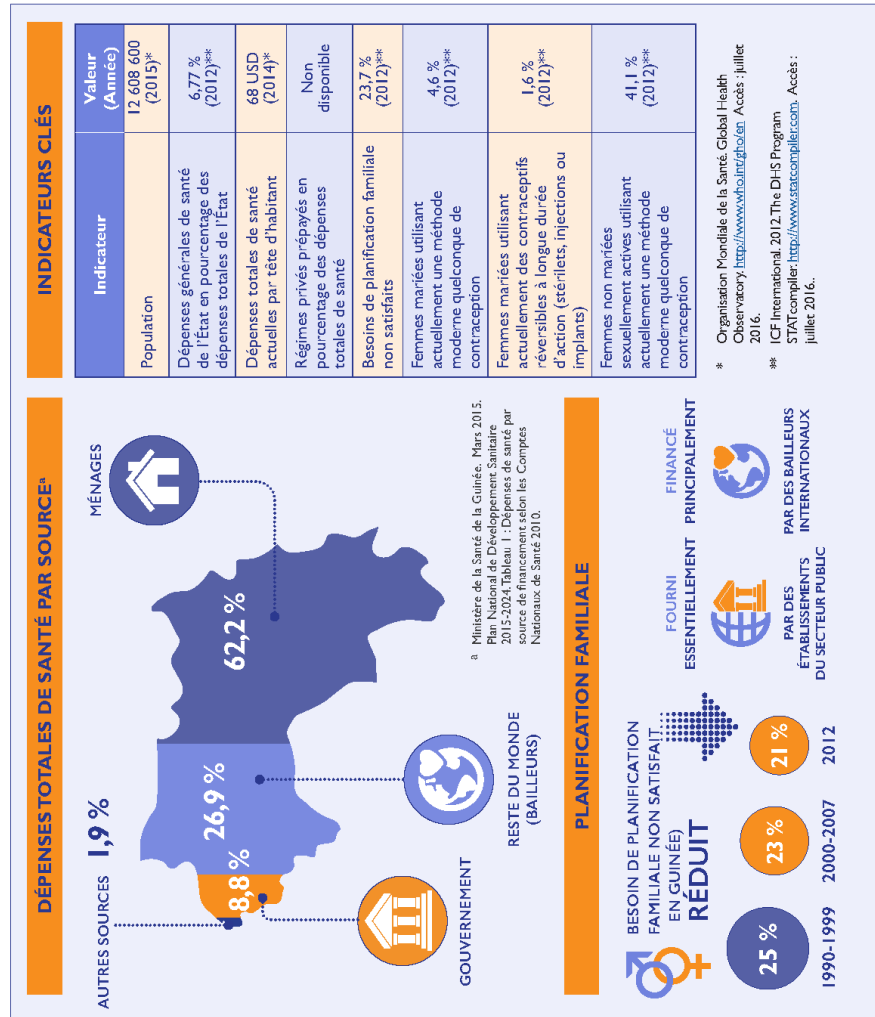


Guinée

STRATÉGIES DE FINANCEMENT POUR METTRE EN PLACE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET L'ACCÈS À LA PLANIFICATION FAMILIALE



Les stratégies de la Guinée pour améliorer la couverture des services de santé



La stratégie de couverture maladie universelle (CMU) de la Guinée est décrite dans son Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 (PNDS) et dans sa stratégie nationale de financement de la santé pour la CMU. Le PNDS illustre l'engagement de la Guinée en ce qui concerne le contrôle technique, le pilotage et la mise en œuvre des programmes de CMU. La stratégie nationale de financement de la santé pour la CMU comprend des objectifs de haut niveau consistant à améliorer la qualité des services de santé et à faciliter l'accès à ceux-ci, à réduire le risque financier et à diminuer les risques ayant un impact sur la santé afin de pouvoir atteindre la CMU. Les régimes d'assurance maladie communautaire ne couvrent à présent que 0,5 % de la population. Le gouvernement s'efforce d'engager le secteur privé pour améliorer la santé de la population, en particulier dans les zones urbaines autres que Conakry. La majorité (62,2 %) des dépenses totales de santé sont privées sous forme de dépenses non remboursées des ménages. Les compagnies d'assurance maladie du secteur privé couvrent essentiellement les travailleurs du secteur formel et les expatriés.

Le gouvernement reconnaît l'importance de la planification familiale. Il a élaboré un plan 2014-2018 pour accroître la demande, la disponibilité, l'utilisation, le contrôle et la coordination des services de planification familiale.ⁱⁱ Le besoin non satisfait de planification familiale en Guinée varie, avec une moyenne de 25 % de 1990 à 1999, de 21 % de 2000 à 2007 et de 23,7 % en 2012ⁱⁱⁱ. Les produits de planification familiale sont financés essentiellement par des bailleurs internationaux.

Défis et opportunités

La Guinée est confrontée à des problèmes substantiels au niveau du système sanitaire depuis l'épidémie d'Ebola. Elle a une capacité limitée de mobilisation des ressources intérieures, et les dépenses générales de l'État pour la santé sont estimées à entre 2,3 % et 6,77 %^{iv}. En outre, approximativement 60 % des dépenses de santé sont concentrées dans les zones urbaines, ce qui souligne les difficultés en matière de distribution des ressources et d'accès aux soins dans les régions rurales. Enfin, l'engagement du secteur privé est pratiquement nul. Le PNDS fixe des objectifs agressifs pour augmenter progressivement le taux de prévalence des contraceptifs de 19 % en 2015 à 51 % en 2024. Les actions prioritaires pour atteindre ces objectifs, comme la mise en œuvre d'un forfait intégré de services au niveau communautaire et la fourniture d'outils de gestion aux établissements publics et privés, pourront être bénéfiques pour l'ensemble du secteur de la santé.

i Ministère de la Santé de la Guinée. Mars 2015. Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024.
 ii Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la Guinée. 2016. Stratégie Nationale de Financement de la Santé vers la CSU.
 iii Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la Guinée. Direction Nationale de la Santé et de la Nutrition. 2013. Plan d'Action National de Repositionnement de la Planification Familiale en Guinée. 2014-2018.
 iv Organisation Mondiale de la Santé. Observatoire Africain de la Santé. Profil Analytique Complet : Guinée, 2014. <http://www.who.int/profiles/information/index.php/Guinea/index>. Accès : juillet 2016.
 v Fonds Monétaire International. Juillet 2013. Guinée : Stratégie de réduction de la pauvreté.
 vi Organisation Mondiale de la Santé. Observatoire Africain de la Santé. Profil Analytique Complet : Guinée, 2014.

Le rôle du secteur public dans le financement de la santé

Les secteurs public et privé contribuent aux trois principales fonctions du financement de la santé :



LE RÔLE DU SECTEUR PUBLIC DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- Revenus du budget général de l'État (noter que les recettes fiscales sont très limitées en raison de la faible capacité d'une grande partie de la population de payer des impôts)
 - Subventions ou prêts de partenaires de développement (26,9 % des DTS)
- Services de santé dispensés dans les établissements publics
 - Les régimes d'assurance maladie communautaire mettent les risques en commun au niveau de la communauté
- Le gouvernement achète ou envisage d'acheter des services dispensés dans des établissements publics par les mécanismes suivants
 - » Contributions aux primes pour couvrir l'inscription des pauvres et des personnes vulnérables à une assurance maladie obligatoire (AMO), à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ou à des mutuelles
 - » Paiements basés sur les résultats aux établissements de santé du secteur public dans les régions de Mamou et de Kindia

Mécanismes de financement de la santé par segment de la population :

Mécanismes de financement de la santé disponibles
À la population varie :

	SECTEUR PUBLIC		
	SECTEUR FORMAL	SECTEUR INFORMEL NON-PALVRES	SECTEUR INFORMEL PALVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	☑	☑	☑
Assurance sociale santé obligatoire	☑ <small>(La CNSS qui a été créée en 2013 a une contribution de 23 % et on 6,5 % sert à payer l'assurance maladie)</small>		
Assurance maladie communautaire volontaire	☑	☑	☑

	SECTEUR PRIVÉ		
	SECTEUR FORMAL	SECTEUR INFORMEL NON-PALVRES	SECTEUR INFORMEL PALVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance maladie privée volontaire	☑	☑	
Dépenses non remboursées	☑	☑	☑

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- Paiements non remboursés à la charge des ménages (62,2 % des DTS)
- Les assureurs privés offrant une assurance maladie volontaire mettent les risques en commun au niveau du régime, mais ces régimes ne représentent que 0,5 % des DTS en Guinée
- Les ménages sont les principaux acheteurs de services de santé du secteur privé en Guinée ; ils paient les frais à la charge des usagers au point de service
- Les services et produits de planification familiale sont achetés essentiellement pour le compte de la population par des partenaires de développement en vue de fourniture gratuitement ou à bas prix dans les établissements publics

À PROPOS DE CETTE SÉRIE

Cet aperçu sur un pays est l'un d'une série de 15 aperçus produits par le projet Health Finance & Governance. Les aperçus résument des informations sur les programmes de financement public et privé pour les services de planification familiale et de santé qui aident les pays concernés à atteindre la couverture maladie universelle. Voici le lien pour consulter la série et un rapport récapitulatif : www.hfproject.org.



5.2 Contexte

Le financement de la santé est un bloc de construction fondamental d'un système de santé et il joue un rôle crucial pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale. Les gouvernements utilisent souvent plusieurs mécanismes de financement de la santé pour avancer en direction de la couverture sanitaire universelle. Dans le Chapitre I, nous avons présenté les tendances en matière de financement de la santé dans quinze pays répartis entre diverses régions et tiré des leçons qui pourraient être applicables en Guinée et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Ce chapitre décrit le financement de la santé en Guinée et identifie les opportunités qui pourraient permettre au gouvernement et aux autres parties prenantes de développer, renforcer et étendre leurs mécanismes de financement de la santé pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale.

Des spécialistes en financement de la santé du Projet Health Finance and Governance (HFG) de l'USAID ont recueilli les informations présentées ci-dessous. Le Projet HFG a effectué une recherche documentaire et une collecte de données dans le pays même (entretiens avec des parties prenantes influentes, collecte de documents de politique générale et de planification) pour illustrer les mécanismes de financement de la santé dans le secteur public et le secteur privé du pays, et il a identifié des opportunités pouvant permettre au gouvernement d'étendre la couverture de la population et des services ou la couverture financière pour les services de santé et de planification familiale.

5.3 Le financement de la santé en Guinée

La Guinée utilise cinq mécanismes principaux de financement de la santé. Chaque mécanisme est décrit plus en détail ci-dessous.

5.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le financement des services santé par le gouvernement fournit à la population un certain degré de protection financière contre les coûts des services de santé. Selon le Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 (PNDS) du gouvernement guinéen, l'État est obligé par la Constitution de fournir des services de santé gratuits à toute la population. Cependant, des restrictions fiscales empêchent l'État de s'acquitter totalement de cette obligation. Malgré tout, le gouvernement finance les services de santé en subventionnant le coût des services de santé dans les établissements de santé publics ; ceci représente la majorité de tous les services dispensés aux Guinéens, quel que soit leur niveau de revenus. Les Guinéens sont tenus de payer les frais à la charge des usagers au point de service ; les fonctionnaires ayant accès à des services de santé dans des établissements publics ont droit au remboursement nominal de ces frais.

L'État est le principal fournisseur de services de santé dans les établissements primaires, secondaires et tertiaires, bien qu'environ 60 % des dépenses de santé dans le secteur public soient concentrées dans la capitale et d'autres zones urbaines (Ministère de la Santé 2013). De nombreux services fournis par des établissements de santé publics sont souvent indisponibles ou coûtent trop cher pour que la plupart des citoyens y aient accès par le biais d'établissements de santé privés ; les établissements de santé privés, à la fois à but lucratif et à but non lucratif, représentent une faible fraction de la fourniture de soins de santé en Guinée, et ils sont également concentrés dans l'agglomération urbaine de Conakry (Banque mondiale et Ministère de la Santé 2006).

Avec sa Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU, le gouvernement s'efforce d'améliorer sa capacité d'achat pour pouvoir subventionner plus adéquatement les soins de santé dans les établissements publics de santé pour les pauvres, qui comprennent un peu plus de la moitié de la population de la Guinée. Un mécanisme de financement du salaire des travailleurs de santé par des bailleurs basé sur les résultats est testé actuellement dans les régions de Mamou et de Kindia.

Les subventions et les prêts des partenaires au développement sont une composante importante du financement des services de santé par le gouvernement. Selon le PNDS, les contributions des partenaires au développement représentaient environ 26,9 % des dépenses totales de santé en Guinée en 2010. Un tel financement aide l'État à gérer et distribuer les ressources dans l'ensemble du système de soins de santé. Il finance également la gestion des établissements publics de santé, l'achat de services de santé des établissements publics de santé des travailleurs de santé communautaires, et la fourniture de soins plus accessibles, gratuitement ou à faible coût, aux indigents et aux personnes vulnérables comme les enfants de moins de cinq ans.

À la suite de l'épidémie d'Ebola, ce financement public a été dirigé non seulement vers des interventions rapides et des activités de secours, mais également vers le renforcement du système de santé publique dans son ensemble (Groupe de la Banque mondiale 2016).

5.3.2 L'assurance maladie sociale

L'assurance maladie sociale obligatoire n'est à la disposition que des employés du secteur privé et du secteur semi-public dans le cadre d'un fonds de pension à cotisation obligatoire qui inclut l'assurance maladie – la *Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)* – qui est supervisé par le Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance. La CNSS est financée par une contribution salariale obligatoire de 23 %, comprenant une cotisation de 18 % de l'employeur et une cotisation de 5 % de l'employé. Sur ce chiffre, 6,5 % est affecté à l'assurance maladie et le reste à des allocations familiales et à des assurances autres que l'assurance maladie (CNSS 2016). Ces cotisations doivent être payées tous les mois ou tous les trimestres par l'employeur à la CNSS ; les recherches du Projet HFG ont révélé que les taux de recouvrement de ces cotisations sont faibles, et qu'il n'existe pas suffisamment de capacité pour détecter les fraudes au sein du système de la CNSS. Le taux de pénétration de la CNSS est également faible, au niveau de 3 %.

Les informations sur l'inclusion des services de planification familiale au moment de l'étude du Projet HFG ne permettaient pas d'effectuer une détermination à ce sujet.

5.3.3 L'assurance maladie communautaire

En Guinée, les régimes d'assurance maladie communautaire sont supervisés par un haut fonctionnaire du Ministère de la Santé. En 2015, environ 93 mutuelles étaient enregistrées, dont 55 réellement en activité. Plusieurs de celles-ci faisaient partie de réseaux de mutuelles qui faisaient la promotion des mutuelles avec le soutien de l'État et de partenaires au développement. Les prestations et les cotisations sont les mêmes dans toutes les mutuelles au sein d'un réseau de mutuelles. Bien que le nombre des mutuelles de santé en Guinée soit passé de 28 en 2005 à près de 100 en 2015, la couverture de la population reste faible, au niveau de 0,5 % (représentant 69 609 personnes) (Bah 2015).

5.3.4 L'assurance maladie privée

La pénétration de l'assurance maladie privée est très faible en Guinée (0,5 % des dépenses de santé totales). Au total, il existe neuf compagnies d'assurances privées en Guinée, bien qu'actuellement seulement quatre d'entre elles proposent des polices d'assurance maladie. La participation à l'assurance maladie privée est facultative ; la majorité des assurés sont employés par des entités du secteur privé et des agences de coopération bilatérales et multilatérales (Ministère de la Santé 2014).

Selon les recherches effectuées dans le pays par l'équipe du Projet HFG, la couverture de la planification familiale n'est pas comprise dans les polices d'assurance maladie privée, mais il pourrait être possible de négocier pour l'y inclure.

5.3.5 Dépenses à la charge des ménages

Les dépenses à la charge des ménages représentent 62,2 % des dépenses totales de santé en Guinée. Ce taux élevé de dépenses des ménages signifie une exposition élevée aux risques financiers associés à l'accès aux services de santé pour la plupart des citoyens ; la protection financière pour les services de santé est limitée. À présent, la pénétration des régimes d'assurance maladie publics et privés est très faible, essentiellement en raison du niveau inabordable des primes pour la majorité de la population car le taux de pauvreté est d'environ 55,2 % (Ministère de Santé 2014). Au fur et à mesure que les efforts visant à améliorer les mécanismes de protection contre les risques financiers atteindront plus de citoyens, les dépenses directes des ménages pour les produits et services diminueront probablement au profit du paiement de primes périodiques à des régimes de partage des risques offerts par le gouvernement, les employeurs, la communauté et les assureurs privés.

5.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale

La SNFS du gouvernement pour la CSU est axée sur l'atteinte de la couverture sanitaire universelle en augmentant la protection contre les risques financiers pour la population, en réduisant les risques qui affectent la santé et en améliorant la qualité et la distribution des services de santé dans tout le pays. Cependant, pour atteindre ces objectifs, le document reconnaît le besoin de mobiliser en premier lieu des ressources suffisantes. Le PNDS et la Stratégie de réduction de la pauvreté 2013 mentionnent tous les deux que moins de 3 % du budget de la santé est affecté à la santé. Le PNDS note que la situation économique du pays, combinée avec le niveau de pauvreté élevé, est le problème numéro un pour le système de santé. Les stratégies de mobilisation des ressources du Ministère de la Santé incluent un plaidoyer interministériel et extérieur renforcé, des stratégies de financement alternatives (p. ex., fiscalité) et une meilleure coordination au sein du Ministère de la Santé, ainsi qu'avec les partenaires au développement. À plus long terme, le Ministère de la Santé souhaite atteindre l'objectif de la Déclaration d'Abuja, soit l'affectation de 15 % du budget de l'État à la santé d'ici 2020.

Une autre stratégie importante dans le cadre de la SNFS pour la CSU est l'établissement d'un régime d'assurance maladie obligatoire – l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) – pour promouvoir la protection contre les risques financiers. Au moment de l'étude du Projet HFG, l'AMO n'était pas encore opérationnel, bien que son organe directeur, l'Institut National d'Assurance Maladie Obligatoire, ait été établi et ait commencé ses travaux à la fin 2014. En établissant l'AMO, le Ministère de la Santé avait l'intention de conduire des études actuarielles et de détermination des coûts, de définir les populations vulnérables et des mécanismes de financement participatif, et de promouvoir la protection des risques par le biais d'entités de mise en commun des risques telles que les mutuelles.

D'autres stratégies dans le cadre de la SNFS pour la CSU incluent l'étude des facteurs sociaux et environnementaux déterminants pour la santé et des interventions visant à les influencer, ainsi que l'établissement d'une entité pour diriger la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions de promotion de la CSU dans tous les secteurs et dans les ministères.

La Guinée a mobilisé des ressources des bailleurs pour son PNDS axé sur la CSU en adhérant à l'International Health Partnership (IHP+) en 2012. L'État a également mobilisé des ressources de bailleurs pour le développement de la SNFS pour la CSU, qui porte spécifiquement sur l'atteinte de la CSU. La mise en œuvre de la SNFS pour la CSU sera également soutenue par le groupe de partenaires au développement Harmonization for Health in Africa. Enfin, les bailleurs participant aux interventions faisant suite à l'épidémie d'Ebola fournissent des ressources pour le renforcement d'ensemble des systèmes de santé.

En 2014, le gouvernement a collaboré avec des experts techniques nationaux et internationaux pour élaborer le Plan d'Action National de Repositionnement de la Planification Familiale en Guinée 2014-2018. Les stratégies de repositionnement et d'augmentation de l'accès à la planification familiale incluent des stratégies de communications pour les changements sociaux et les changements de comportements, l'éducation – en particulier pour les jeunes et la population rurale – avec l'intégration des services de planification familiale aux services de santé généraux et pour des maladies spécifiques, des stratégies de santé mobiles et des formations pour les prestataires de soins de santé. Le plan vise également à améliorer à la fois le suivi et la coordination des services de planification familiale.

La collaboration avec le secteur privé est décrite comme non existante, mais c'est une priorité dans le PNDS. L'État cherche à coordonner ses actions avec celles du secteur privé de la santé à différents égards, pour la mobilisation des ressources, pour conclure des contrats avec des prestataires privés, pour augmenter la couverture des services de santé et pour créer des partenariats public-privé sur une grande échelle. Au moment de la publication du PNDS, l'absence de partenariats public-privé était considérée comme un problème majeur affectant l'état de santé de la population (Ministère de la Santé 2014).

5.5 Opportunités en matière de financement de la santé

L'analyse par le Projet HFG du financement de la santé en Guinée a révélé plusieurs domaines dans lesquels le gouvernement pourrait axer ses efforts pour développer, renforcer et étendre les mécanismes de financement de la santé pour progresser vers la CSU et améliorer l'accès à la planification familiale.

Le gouvernement a une opportunité d'augmenter la protection financière en liaison avec l'utilisation des services de santé en recrutant davantage de membres pour les régimes d'assurance maladie, y compris son assurance maladie sociale obligatoire, l'AMO, une fois qu'elle aura été établie. Bien que la CNSS, les mutuelles de santé et les mécanismes d'assurance maladie privée existent en Guinée, ils ne couvrent collectivement qu'environ 5 % de la population du pays ; les personnes couvertes sont dans une large mesure des employés du secteur formel et semi-public, et les personnes à leur charge.

La majorité de la population, comprenant le secteur informel, les pauvres et les segments vulnérables de la population, a peu ou pas d'options d'assurance. Un système qui s'appuie excessivement sur les dépenses à la charge des usagers rend les services de santé inaccessibles, étant donné que même les frais nominaux à la charge des usagers que les établissements publics de santé sont autorisés à facturer sont prohibitifs. Tous les citoyens, même ceux qui sont couverts par des régimes d'assurance maladie, sont exposés à des risques financiers en raison des exclusions de certaines prestations et des frais à la charge des usagers (*Essentiel International*, 2016). Le gouvernement est en train de réfléchir à la manière d'augmenter ses affectations budgétaires pour la santé – environ 3 % à présent – afin d'atteindre l'objectif fixé à Abuja, soit 15 %, afin de mettre en œuvre et d'établir l'AMO.

Tandis qu'il planifie la mise en œuvre de l'AMO, le gouvernement a quelques opportunités d'incorporer les leçons tirées de l'utilisation des mécanismes actuels de financement de la santé. Il pourrait déterminer, par exemple, si et comment il absorbera ou dirigera la CNSS, l'assurance maladie privée et les mutuelles de santé, ou s'il collaborera avec elles. De plus, le gouvernement pourrait également avoir l'opportunité de remédier à la fragmentation à l'intérieur de ces trois régimes ou à la fragmentation résultant de l'existence de ces trois régimes pour assurer une protection financière adéquate quel que soit le régime d'assurance maladie dans lequel une personne s'inscrit. En outre, en prévision de problèmes similaires avec l'AMO, le gouvernement a une opportunité de mieux comprendre pourquoi la CNSS a des taux de recouvrement des cotisations tellement faibles et quelles sont les barrières qui l'empêchent d'améliorer sa capacité de détection des fraudes, tout particulièrement parce que le gouvernement devra identifier, inscrire et encaisser

les contributions provenant de segments de la population beaucoup plus vastes et difficiles à atteindre que la CNSS.

Le gouvernement a également une opportunité d'harmoniser ses politiques concernant la planification familiale, qui sont contenues dans deux documents essentiels : le Plan d'Action National de Repositionnement de la Planification Familiale en Guinée 2014-2018, qui décrit en détail plusieurs stratégies pour améliorer la couverture de la planification familiale, et le PNDS, qui fixe des objectifs ambitieux pour augmenter le taux de prévalence des contraceptifs au niveau national à 51 % d'ici 2024 (il était de 19 % en 2015).

Enfin, le gouvernement a une opportunité de définir des initiatives d'engagement du secteur public-privé et d'impliquer le secteur privé de la santé dans ses plans de réforme du système de santé.

5.6 Sources

Bah, Thierno Hady (Consultant). 2015. *État des lieux des Textes Régissant la Protection Sociale et les Mutuelles de Santé en République de Guinée : Rapport final. Plateforme des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée et Solidarité Mondiale/ Mutualité Wredlssolidariteit*. Conakry, Guinée.

Caisse Nationale de Sécurité Sociale en Guinée. 2012. *Caisse Nationale de Sécurité Sociale: Ressources*. Accédé en octobre 2016 à http://www.cnssguinee.org/content_manager.asp?CategoryID=118.

Essentiel International. 2016. *Guinée : Projet Santé Pour Tous : santé, protection sociale et dynamique concertée*. Accédé en juillet 2016 à <http://essentiel-international.org/nos-actions/guinee/>.

Ministère d'État chargé de l'Économie et des Finances, Secrétariat Permanent de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SP-SRP). 2013. *Document de Stratégie de réduction de la pauvreté DSRP III (2013-2015)*.

Ministère de la Santé, Guinée. 2014. *Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024*. Conakry, Guinée.

Ministère de la Santé, Guinée, Organisation Mondiale de la Santé, UNICEF, FNUAP, Union européenne et USAID. 2014. *Stratégie de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle en Guinée*. Conakry, Guinée.

Banque mondiale et Ministère de la Santé de Guinée. 2006. *Guinea: A Country Status Report on Health and Poverty*. African Region Human Development Working Paper Series N° 45. Accédé en juillet 2016 à http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPEducation/Resources/444659-1212165766431/H_CSR_Guinea.pdf

Groupe de la Banque mondiale. 2016. « World Bank Group Ebola Response Fact Sheet ». Accédé en juillet 2016 à <http://www.worldbank.org/en/topic/santé/brief/world-bank-group-ebola-fact-sheet>