



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

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, Ffyon 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

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.....	v
Remerciements.....	vii
Synthèse.....	ix
I. Introduction	13
1.1 Augmentation considérable du soutien pour la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale.....	13
1.2 Pourquoi le financement est important.....	14
1.3 Description des activités	15
1.4 Méthodes.....	16
1.5 Le financement de la couverture sanitaire universelle et de l'accès à la planification familiale, et l'engagement du secteur privé dans les différents pays	17
1.6 Mécanismes de financement de la santé dans les pays ciblés et les pays de référence, et engagement du secteur privé.....	32
1.7 Discussion	44
1.8 Sources.....	46
2. Bénin	49
2.1 Un aperçu bref de pays.....	49
2.2 Contexte.....	53
2.3 Le financement de la santé au Bénin.....	53
2.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale	55
2.5 Opportunités en matière de financement de la santé	56
2.6 Sources.....	58
3. Burkina Faso	59
3.1 Un aperçu bref de pays.....	59
3.2 Contexte.....	63
3.3 Le financement de la santé au Burkina Faso.....	64
3.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale	66
3.5 Opportunités en matière de financement de la santé	67
3.6 Sources.....	68
4. Cameroun.....	69
4.1 Un aperçu bref de pays.....	69
4.2 Contexte.....	73
4.3 Le financement de la santé au Cameroun.....	73
4.4 Les progrès vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale	75
4.5 Opportunités en matière de financement de la santé	76
4.6 Sources.....	77
5. Guinée	79
5.1 Un aperçu bref de pays.....	79
5.2 Contexte.....	83
5.3 Le financement de la santé en Guinée	83
5.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale	85
5.5 Opportunités en matière de financement de la santé	86

5.6 Sources.....	87
6. Mali	89
6.1 Un aperçu bref de pays	89
6.2 Contexte.....	93
6.3 Le financement de la santé au Mali	93
6.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale	95
6.5 Opportunités en matière de financement de la santé	97
6.6 Sources.....	98
7. Niger	99
7.1 Un aperçu bref de pays	99
7.2 Contexte.....	103
7.3 Le financement de la santé au Niger	103
7.4 Les progrès vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale	104
7.5 Opportunités en matière de financement de la santé	105
7.6 Sources.....	106
8. Sénégal	107
8.1 Un aperçu bref de pays	107
8.2 Contexte.....	111
8.3 Le financement de la santé au Sénégal	111
8.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et de la planification familiale.....	114
8.5 Opportunités en matière de financement de la santé	115
8.6 Sources.....	116
9. Togo	117
9.1 Un aperçu bref de pays	117
9.2 Contexte.....	121
9.3 Le financement de la santé au Togo	121
9.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale	123
9.5 Opportunités en matière de financement de la santé	124
9.6 Sources.....	125
Annexe A: Matrice de sélection.....	127
Annexe B: Grillé de collecte de données (« Case Study matrix Template »)	129
Annexe C: Intervenants Clés.....	141

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques de base des quinze pays inclus dans l'étude panoramique.....	16
Tableau 2 : Les stratégies des gouvernements pour atteindre la CSU dans les quinze pays de l'étude	18
Tableau 3 : Indicateurs de la planification familiale dans les quinze pays de l'étude.....	25
Tableau 4 : Stratégies des gouvernements pour accroître l'accès à la planification familiale dans les quinze pays de l'étude.....	26
Tableau 5 : Sources de financement des dépenses de santé totales dans les quinze pays de l'étude	32

Liste des figures

Figure 1 : Cube de la couverture sanitaire universelle (CSU)	14
Figure 2 : Un aperçu bref de Bénin.....	51
Figure 3 : Un aperçu bref de Burkina Faso	61
Figure 4 : Au Burkina Faso, le Coût de la fourniture à 50 % de la population de l'accès aux services de santé avec protection contre les risques financiers.....	67
Figure 5 : Un aperçu bref de Cameroun	71
Figure 6 : Un aperçu bref de Guinée.....	81
Figure 7 : Un aperçu bref de Mali	91
Figure 8 : Un aperçu bref de Niger	101
Figure 9 : Un aperçu bref de Sénégal	109
Figure 10 : Un aperçu bref de Togo.....	119

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 Rabelahasa, 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.

I. INTRODUCTION

I.1 Augmentation considérable du soutien pour la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale

Le soutien pour la couverture sanitaire universelle (CSU) augmente dans le monde entier. Tandis que la communauté internationale adopte de plus en plus le principe selon lequel tout le monde a droit à la santé et au bien-être, de nombreux gouvernements font de grands progrès sur la voie de la CSU. De même, il existe une convergence de la communauté internationale, des gouvernements nationaux, des organisations privées et des citoyens sur le principe selon lequel l'accès universel à la planification familiale est un but méritant d'accroître les investissements financiers pour y parvenir.

Le 25 septembre 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la résolution « Transformation de notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 » définissant le programme de développement après 2015. Son objectif N° 3 pour le développement durable est le suivant : *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* (2015, p. 14). La CSU et l'accès universel à la planification familiale sont des stratégies essentielles pour atteindre cet objectif.^A

En 2013, la Commission du Lancet sur les investissements dans la santé a passé en revue l'argument pour les investissements dans la santé et a indiqué que les réductions dans la mortalité sont responsables d'environ 11 % de la croissance économique récente des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires telle que mesurée dans leurs comptes de revenus nationaux (Jamison et al. 2013). En reconnaissant qu'une population en bonne santé est nécessaire au développement économique, à la résilience et à la vitalité d'un pays, de nombreux gouvernements de l'Afrique de l'Ouest et d'autres régions ont lancé leur propre programme de CSU. L'impératif politique et moral de la CSU progresse en Afrique, où de plus en plus de personnes reconnaissent que la progression vers la CSU favorise l'équité, le respect des droits fondamentaux et la sécurité humaine en matière de santé (Banque mondiale 2016).

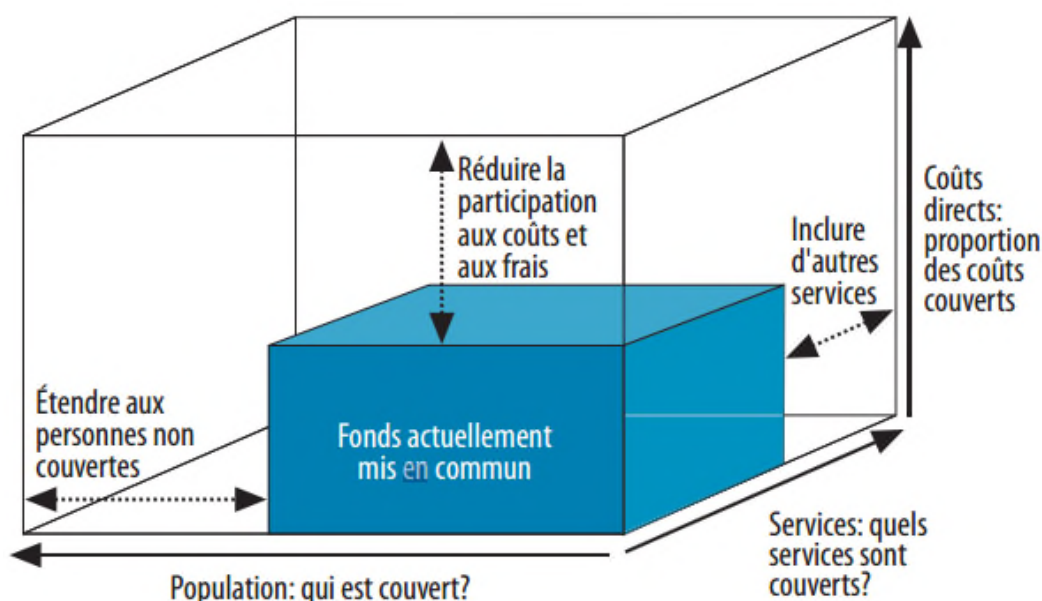
L'amélioration de l'accès à la planification familiale est un impératif crucial de la santé mondiale. Le droit à la santé inclut le droit de contrôler sa santé et son corps, y compris la liberté sexuelle et reproductive (Nations Unies, 2000). L'amélioration de l'accès à la planification familiale est également importante pour le développement économique d'un pays, et elle aide les pays à améliorer l'état de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. De nombreux gouvernements ont reconnu l'importance de l'inclusion des services de planification familiale dans le forfait essentiel de services de santé mis à la disposition de leur population et dont la demande est encouragée. La disponibilité limitée ou le coût élevé de la planification familiale en raison de mécanismes de financement inadéquats ou inéquitables peut constituer un obstacle insurmontable. Les mécanismes de financement de la santé qui ne donnent pas un degré de priorité élevé aux services de planification familiale peuvent également créer des barrières pour les prestataires cherchant à fournir ces prestations dans le cadre d'un forfait intégré de services. L'amélioration du financement pour la planification familiale peut réduire le besoin non satisfait au sein de la population et aider les gouvernements de l'Afrique de l'Ouest à atteindre leurs principaux objectifs en matière de santé de la population.

^A Objectif 3.7 : « D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux. » Objectif 3.8 : « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. »

1.2 Pourquoi le financement est important

Le financement de la santé est l'un des six blocs de construction des systèmes de santé et il est sous-jacent aux trois dimensions du cube de la CSU : **couverture de la population, couverture des services** et **protection financière** (**Error! Reference source not found.**). L'augmentation de la couverture de la population et des services nécessite des ressources budgétaires accrues. La réalité des ressources limitées pour la santé attire de plus en plus l'attention sur la façon dont la santé est financée. Pour atteindre la CSU, les gouvernements s'efforcent d'accroître et d'optimiser leurs dépenses pour la santé et la protection financière des ménages. Bien qu'il n'existe pas un modèle unique ou parfait pour le financement des soins de santé, la communauté des décideurs en matière de politiques de santé peut s'appuyer sur les expériences d'autres pays pour identifier les meilleures pratiques.

Figure 1 : Cube de la couverture sanitaire universelle (CSU)



Source : Organisation mondiale de la santé

La santé est financée partout, même dans les contextes dans lesquels les régimes de mise en commun des risques et les autres mécanismes de protection financière sont inadéquats. Dans de tels contextes, les dépenses à la charge des ménages constituent le mécanisme de financement de la santé par défaut. Cependant, un système de santé qui s'appuie dans une large mesure sur les ménages pour financer ses propres soins de santé ralentit le développement. Ces ménages peuvent soit renoncer à des soins, soit encourir des frais de santé qui les appauvriront. La renonciation aux soins peut avoir des effets tels que la morbidité, l'incapacité, la mortalité ou une réduction de la qualité de la vie et de la productivité, avec des conséquences durables pour les ménages et pour les futures générations. Des coûts de soins de santé catastrophiques peuvent appauvrir le ménage ou le contraindre à détourner des fonds d'autres besoins critiques pour le ménage et la société dans son ensemble, comme l'éducation et l'alimentation.

La façon dont les soins de santé sont achetés est également importante. Chaque système de financement de la santé incorpore des incitations et des désincitations. Ces forces affectent les comportements et les actions de tous les participants dans le système, y compris les ménages, les autres acteurs du secteur privé, le gouvernement, les bailleurs et les prestataires, et elles peuvent affecter l'efficacité du système ainsi que les extrants et résultats produits. Par exemple, lorsque des ménages doivent acheter des services de santé en fonction des besoins, ils ont tendance à ignorer les soins réguliers, en particulier les comportements préventifs et les activités de promotion de la santé,

dans la mesure où ils n'en voient pas d'avantages immédiats ou tangibles. Les employeurs privés peuvent être incités à fournir des prestations de santé à leurs employés pour attirer de nouveaux employés et pour améliorer la santé et la productivité. Les gouvernements peuvent être dissuadés d'affecter un pourcentage plus élevé des dépenses de l'État à la santé si la communauté des bailleurs est prête à financer des programmes de santé.

Les façons dont les services de santé sont achetés introduisent également toute une gamme d'incitations au changement de comportement pour les prestataires qui affectent la façon dont ils fournissent des soins et quels services ils fournissent. Par exemple, les paiements à l'acte aux prestataires par les acheteurs, tels que les ménages réglant les dépenses à la charge des usagers, un régime d'assurance ou le gouvernement, ont tendance à dissuader les prestataires de fournir plus de services ou des services plus coûteux, sans produire pour autant une amélioration de la qualité de leurs soins ou une amélioration de la santé de leurs patients. Alternativement, lorsque des services de santé sont achetés en finançant les salaires des travailleurs de santé, le phénomène contraire peut survenir, en les incitant à fournir moins de services et peut-être aussi des services de qualité inférieure. Les grands acheteurs de services de santé tels que les assureurs sont plus en mesure que les patients de contrôler la qualité et la quantité des services fournis par les prestataires grâce à des mécanismes tels que les achats stratégiques, y compris le financement basé sur les résultats et l'agrément.

Kutzin (2013) affirme que pour qu'une politique de financement de la santé soit alignée sur la poursuite de la CSU, les réformes doivent viser explicitement à améliorer la couverture et à atteindre les objectifs intermédiaires associés, comme l'amélioration de l'efficacité, l'accroissement de l'équité dans la distribution des ressources de santé et l'augmentation de la transparence et de la redevabilité. Les fonctions de financement du système de santé telles que la perception des revenus, la mise en commun des risques et les achats doivent être conduites dans le cadre d'une approche coordonnée de chaque politique et de sa mise en œuvre pour assurer l'atteinte de ces objectifs.

Dans ce rapport, nous analysons les mécanismes de financement de la santé et la façon dont ils contribuent à la poursuite de la CSU par un gouvernement.

1.3 Description des activités

Le Bureau de l'United States Agency for International Development / West Africa Regional Health Office (USAID/WARHO) soutient le renforcement de l'engagement et de la capacité des pays à atteindre la CSU. Le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (HFG), un projet d'envergure mondiale financé par l'USAID, a été sollicité par l'USAID/WARHO pour :

- Améliorer la compréhension générale des programmes que les pays ont utilisés pour avancer vers leurs objectifs en matière de CSU, y compris les leçons apprises et les rôles potentiels du secteur privé.
- Accroître la capacité d'identification des lacunes et des opportunités dans les approches régionales et nationales de la poursuite de la CSU.
- Identifier les leçons tirées des interventions qui permettent de progresser vers la CSU et d'améliorer les résultats des politiques de promotion de la planification familiale dans le cadre des programmes de CSU.

Ce rapport présente les conclusions d'une étude panoramique sur le financement de la santé, qui inclut les tendances observées et les leçons tirées de quinze pays répartis entre plusieurs régions du monde et des analyses détaillées de huit de ces pays en Afrique de l'Ouest. 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 l'USAID/WARHO et le secteur privé.

Dans ce chapitre, l'équipe de l'étude présente les méthodes de l'étude panoramique et les constatations d'une analyse de multiples pays. Dans les Chapitres 2–9, nous présentons les constatations approfondies produites par l'étude de huit pays d'Afrique de l'Ouest. Pour chacun de

ces pays, nous décrivons le cadre de financement de la santé, les stratégies des gouvernements pour la CSU et la planification familiale, les points forts et les 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.

1.4 Méthodes

Le Projet HFG a entrepris une étude panoramique pour identifier des stratégies et politiques régionalement pertinentes pour le financement de la santé en liaison avec la CSU et la planification familiale. Des spécialistes en financement de la santé du Projet HFG ont passé en revue le cadre de financement de la santé pour la CSU et la planification familiale dans huit pays d'Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo (« pays ciblés »). Le Projet HFG a également examiné le cadre de financement de la santé de sept autres pays (« pays de référence ») qui en sont à des stades variés de la poursuite de la CSU afin de tirer les leçons de leurs expériences et éclairer des stratégies potentielles. Le **Error! Reference source not found.** résume les caractéristiques les plus importantes à ce sujet dans les quinze pays.

Le Projet HFG a sélectionné les quinze pays à étudier en utilisant un système de classement des sites d'étude potentiels. La matrice de sélection est présentée à l'Annexe A. Les pays pouvant faire l'objet de l'étude comme pays ciblés comprenaient les vingt-et-un pays de l'Afrique de l'Ouest qui sont inclus dans la stratégie de coopération et de développement régional de l'USAID/WARHO. Nous avons donné des scores en fonction de quatre critères de sélection et retenu les huit pays sur la base du total de leurs scores. Le Projet HFG a identifié les pays de référence possibles par le biais de consultations avec l'USAID/WARHO et l'Organisation Ouest Africaine de la Santé. À partir de treize candidats, nous avons sélectionné sept pays de référence sur la base de facteurs tels que les progrès d'ensemble de ces pays vers la CSU et les mécanismes de financement de la santé utilisés.

Tableau I. Caractéristiques de base des quinze pays inclus dans l'étude panoramique

		Niveau de revenus*	Population (2015)**	Besoin de planification familiale non satisfait**** (%)	Dépenses de santé des ménages en pourcentage des dépenses totales de santé ***** (%)
Pays ciblés	Bénin	Faible	10 879 800	32,6	42
	Burkina Faso	Faible	18 105 600	24,5	35
	Cameroun	Intermédiaire, tranche inférieure	23 344 200	23,5	52
	Guinée	Faible	12 608 600	23,7	62
	Mali	Faible	17 599 700	26,0	54
	Niger	Faible	19 899 100	16,0	56
	Sénégal	Faible	15 129 300	25,6	41
	Togo	Faible	7 304 600	33,6	60
Pays de référence	Éthiopie	Faible	99 390 800	26,3	34
	Ghana	Intermédiaire, tranche inférieure	27 409 900	29,9	45
	Indonésie	Intermédiaire, tranche inférieure	257 564 000	11,4	45
	Kenya	Intermédiaire, tranche inférieure	46 050 300	17,5	32
	Malaisie	Intermédiaire, tranche	30 331 000	15,4	48

		supérieure			
	Nigeria	Intermédiaire, tranche inférieure	182 202 000	16,1	72
	Afrique du Sud	Intermédiaire, tranche supérieure	54 490 400	16,5	52

* Banque mondiale. 2016. Banque de données sur les indicateurs du développement mondial. Accédé en août 2016 à <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>.

** Organisation mondiale de la Santé. Observatoire mondial de la santé. Accédé en juin 2016 à <http://www.who.int/gho/en/>.

*** Voir Tableau 3 pour les sources.

**** Voir Tableau 5 pour les sources.

Trois chercheurs du Projet HFG ont recueilli des données qualitatives descriptives sur les arrangements de financement de la santé dans les quinze pays en utilisant le modèle de collecte des données présenté à l'Annexe B. Ils ont effectué une étude documentaire des stratégies gouvernementales et comptes rendus d'études clés suivants : le plan stratégique du gouvernement pour le secteur de la santé ; la stratégie en matière de CSU, ou document équivalent ; la politique de financement de la santé du gouvernement, ou document équivalent ; la politique de santé de la reproduction ou de planification familiale du gouvernement, ou document équivalent ; les rapports des enquêtes démographiques et de santé pour le pays ; et les Comptes nationaux de santé pour le pays. Cet examen a également inclus la collecte de données provenant d'autres sources dans le domaine public identifiées par des recherches en ligne, y compris d'autres documents de stratégie, études et rapports, articles de revues universitaires, articles de presse et documents parallèles.

Trois spécialistes expérimentés en financement de la santé basés en Afrique de l'Ouest se sont rendus dans chacun des huit pays ciblés pour y recueillir en personne des données additionnelles qui n'avaient pas été identifiées par l'analyse documentaire. Ils ont eu des réunions avec des informateurs clés pour comprendre l'engagement de chaque gouvernement envers la CSU, la mise en place de structures pour le déploiement des initiatives associées, les obstacles à surmonter actuellement et d'autres sujets. Ces informateurs clés ont inclus des hauts fonctionnaires et des directeurs de programmes, des responsables d'organismes semi-publics ou de sociétés privées, des dirigeants d'associations nationales, des partenaires au développement et d'autres interlocuteurs. Les discussions lors des réunions se sont déroulées en français. Pendant ces réunions, les consultants ont également recueilli des documents qui n'étaient pas dans le domaine public. L'Annexe C énumère les principaux contacts identifiés par les consultants.

Ensuite, l'équipe de recherche du Projet HFG a analysé les données des quinze pays pour identifier ce qui suit :

- Thèmes communs à tous les pays.
- Modèles innovants de financement de la santé pouvant être applicables dans le contexte ouest-africain.
- Opportunités de renforcement du cadre de financement de la santé en vue d'atteindre la CSU et d'améliorer l'accès à la planification familiale.

Les conclusions de l'étude panoramique et plusieurs analyses s'y rapportant sont présentées dans les sections suivantes.

1.5 Le financement de la couverture sanitaire universelle et de l'accès à la planification familiale, et l'engagement du secteur privé dans les différents pays

Dans cette section, nous résumons les stratégies des gouvernements et effectuons des comparaisons entre les pays en ce qui concerne la poursuite de la CSU et l'atteinte de l'accès universel à la planification familiale.

De nombreux gouvernements annoncent publiquement leur stratégie pour atteindre la CSU dans un document de stratégie gouvernementale. Ils décrivent comment ils ont l'intention d'impliquer le secteur privé. Le **Error! Not a valid bookmark self-reference.** résume les stratégies des gouvernements pour progresser vers la CSU et la vision de ces gouvernements pour engager des agents de financement et des prestataires du secteur privé.

Tableau 2 : Les stratégies des gouvernements pour atteindre la CSU dans les quinze pays de l'étude

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
Pays ciblés			
Bénin	Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 Stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2016-2022	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'assurance maladie sociale (<i>Régime d'Assurance Maladie Universelle</i>) • Promotion de l'AMC • Renforcement de l'assistance médicale pour les pauvres et les personnes vulnérables (0-5 ans), notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la capacité des établissements de santé pour faire bénéficier ces segments de la population de la fourniture des services • Décentralisation des fonds octroyés aux indigents au niveau de toutes les municipalités • Accroissement du financement du fonds de santé pour les indigents afin de couvrir tous les domaines de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la collaboration des secteurs public et privé pour améliorer la mise en œuvre de la politique de santé • Réglementation et engagement sous contrat du secteur privé pour améliorer la couverture et la fourniture de services de qualité
Burkina Faso	Plan de CSU 2015-2017 Loi sur l'assurance maladie universelle adoptée en 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Fourniture d'un forfait de services subventionné entre 80 et 100 % par l'État • Assurance du secteur formel par le biais du Fonds National de Sécurité Sociale (y compris les travailleurs à leur compte) • Assurance des agents publics en activité et en retraite par le biais du Fonds de retraite pour les Fonctionnaires • Promotion de l'AMC pour les secteurs rural et informel 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuation de l'achat de services aux établissements privés • Augmentation du rôle du secteur privé dans le plaidoyer pour l'adoption des mutuelles par la population

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
Cameroun	Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement de mécanismes pour la mise en commun des risques • Soutien de l'établissement et du contrôle de l'AMC • Création de mécanismes financiers pour fournir de l'assistance aux indigents • Identification de nouveaux partenariats publics-privé • Élaboration d'un manuel de procédures pour passer des contrats avec les prestataires privés • Renforcement de la capacité de l'État pour la passation de marchés 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre d'une stratégie de partenariat avec le secteur privé et identification des partenariats public-privé • Passation de contrats avec les prestataires
Guinée	Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024	<ul style="list-style-type: none"> • Fourniture de soins gratuits aux personnes âgées dans les établissements de santé publics • Conduite d'une étude sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la CSU • Établissement de structures pour le contrôle technique, le pilotage et la mise en place de la CSU 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la coordination avec le secteur privé
Mali	Plan de développement sanitaire et social 2014-2023 Projet de la Stratégie de financement de la santé pour la CSU, 2014-2023	<ul style="list-style-type: none"> • Accroissement de la population couverte par des régimes de mise en commun des risques, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • AMC pour les travailleurs du secteur informel • Régime d'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires • Mécanisme d'assistance médicale pour les indigents 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'une stratégie officielle pour les partenariats public-privé
Niger	Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la CSU au Niger 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la mobilisation des ressources nationales et étrangères • Promotion de l'AMC • Promotion de l'assurance maladie (secteur public et secteur privé) • Mise en place d'un fonds de sécurité sociale pour la santé, y compris la détermination de la structure, de la gouvernance et des sources de financement 	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement de prestataires privés dans les centres urbains • Développement d'une structure pour affecter des professionnels de santé du secteur privé dans des régions mal desservies

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
Sénégal	<p>Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018</p> <p>Plan Sénégal Émergent</p> <p>Plan Stratégique pour le Développement de la Couverture Sanitaire Universelle au Sénégal (2013–2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre de programmes d'exemptions et d'assistance pour les groupes vulnérables, comme le Plan Sésame pour les personnes de 60 ans et plus, les subventions pour les indigents et les personnes souffrant de maladies spécifiques, les accouchements et césariennes sans frais (sauf dans la région de Dakar) et les formes alternatives de protection pour les personnes qui ne sont pas couvertes par des options de couverture formelle • Réforme du cadre institutionnel et juridique de la sécurité sociale pour les travailleurs et les retraités • Facilitation de l'accès des groupes vulnérables aux ressources • Renforcement du programme de réintégration sociale • Amélioration de l'accès aux équipements pour les handicapés et les pupilles de la nation • Consolidation et expansion des mécanismes de transferts sociaux • Mise en œuvre de l'initiative de CSU qui encourage le développement de l'AMC 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de partenariats public-privé en : • Identifiant les acteurs • Définissant le mandat, les objectifs, les résultats attendus, la méthodologie et le contrôle et l'évaluation des partenariats • Élaboration de directives pour passer des contrats
Togo	<p>Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien de l'accès universel aux services de santé essentiels par le biais de : <ul style="list-style-type: none"> • Dévolution et décentralisation • Amélioration des informations et du suivi de la santé • Renforcement des ressources humaines pour la santé (expansion des services de santé communautaires ; renforcement des partenariats public/public et public-privé, y compris les structures de la médecine traditionnelle, de la société civile et de la communauté, et mise à jour de la politique nationale de passation de contrats adoptée à l'origine en 2003) • Amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité • Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, banques de sang et technologies médicales essentielles • Renforcement du financement de la santé par le biais du financement basé sur les résultats, de la mobilisation des ressources, de l'affectation optimale des ressources et de l'augmentation de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de partenariats public-privé • Passation de contrats de services de santé avec le secteur privé • Augmentation du financement privé pour la santé

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
		<p>protection financière pour les groupes vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la participation communautaire par le biais de réseaux sociaux et de travailleurs de santé communautaires 	
Pays de référence			
Éthiopie	Plan de Transformation du Secteur de la Santé 2016-2020	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'équité, de la couverture et de l'utilisation des services de santé essentiels par le biais de : <ul style="list-style-type: none"> la promotion de l'engagement communautaire en utilisant des stratégies variées (certificat d'évaluation des compétences des ménages ; mouvements de promotion de l'autogestion des besoins ; éducation sanitaire et sensibilisation aux systèmes de santé ; déploiement de l'Armée du Développement sanitaire ; déploiement du programme de vulgarisation pour la santé de la deuxième génération) l'amélioration de l'efficacité (gestion financière ; programme de développement de la transparence et de la redevabilité ; audits financiers et opérationnels périodiques ; augmentation de l'efficacité ; utilisation plus efficace des revenus des établissements de santé ; mise en œuvre de l'assurance maladie sociale et de l'assurance maladie communautaire) 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place du cadre des partenariats public-privé pour la santé 2013
Ghana	Politique Nationale de la Santé 2007	<ul style="list-style-type: none"> Réduction de la mortalité maternelle et infantile ; prévention des maladies et traitement des maladies ; et amélioration de la qualité des soins Développement des ressources humaines Renforcement des partenariats dans le secteur et promotion de l'éthique en général et en médecine plus particulièrement Amélioration de la mobilisation des ressources auprès de toutes les sources de financement nationales aussi bien qu'étrangères Amélioration de l'équité dans le financement de la santé, y compris la mise en commun des risques, assistance pour les pauvres et les personnes vulnérables, et abaissement du coût catastrophique des soins Conduite d'une analyse annuelle de l'affectation des ressources et des mécanismes d'achat, et 	<ul style="list-style-type: none"> Promotion des investissements privés dans les services de santé et les établissements de promotion de la santé

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
		<p>réalignement de ceux-ci au lieu des priorités nationales et des sources de financement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de l'harmonisation et de l'efficacité de l'assistance, incitations, transparence, redevabilité et efficacité dans le secteur public • Renforcement de la gestion du secteur 	
Indonésie	Plan stratégique du Ministère de la Santé 2015-2019	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la santé publique • Amélioration du contrôle des maladies • Accroissement de l'accès aux établissements de santé et amélioration de la qualité de leurs soins • Augmentation du nombre, des types et de la qualité des prestataires • Amélioration de l'accès aux médicaments et aux dispositifs médicaux • Amélioration de la synergie entre le niveau national et le niveau local • Amélioration des partenariats, de la planification et du suivi et de l'évaluation • Accroissement de la recherche pour la santé • Renforcement d'une gouvernance transparente et d'une bonne gestion • Amélioration de la capacité du Ministère de la Santé • Intégration et amélioration du système d'information sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscription de grandes et petites entreprises privées et de ménages dans le régime national d'assurance maladie
Kenya	Plan stratégique et d'investissements pour le secteur de la santé au Kenya 2014-2018	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion du Forfait de services de santé essentiels au Kenya • Gestion du système de fourniture des services • Supervision des services communautaires • Fourniture de services de supervision et de mentorat (supervision de soutien intégrée en utilisant le Modèle de qualité pour la santé au Kenya mis à jour) • Supervision d'un système sanitaire pluraliste et intégré (p. ex., conduite d'évaluations du secteur privé pour mieux comprendre le rôle du secteur privé dans le domaine de la santé) • Développement de mécanismes visant à impliquer davantage les parties prenantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la participation du secteur privé au financement de la santé par le biais de partenariats public-privé et d'autres mécanismes

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
		<ul style="list-style-type: none"> • Conduite d'un développement conjoint de plans stratégiques et opérationnels ainsi que du passage en revue des processus • Réglementation des normes pour les services de santé, y compris concernant la qualité des services, et évaluation de ces normes • Élaboration d'un cadre législatif et réglementaire complet dans le secteur de la santé 	
Malaisie	Plan pour le pays 2016-2020	<ul style="list-style-type: none"> • Accroissement du soutien ciblé pour les communautés mal desservies (c.-à-d., développement de la téléphonie mobile pour la santé, amélioration des équipes de soins de santé primaires et établissement de programmes de soins à domicile) • Amélioration de la fourniture des services du système de santé pour produire de meilleurs résultats en matière de santé (c.-à-d., introduction des principes de « lean management » dans les hôpitaux publics et contrôle de l'application des règlements de santé) • Accroissement de la capacité du système de santé (c.-à-d., développement de nouveaux établissements de santé, mise à niveau d'établissements existants, augmentation de la capacité et des compétences des ressources humaines pour la santé) • Identification de possibilités de collaboration avec le secteur privé et les ONG pour sensibiliser davantage la population aux questions de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensification de la collaboration avec le secteur privé et les ONG pour sensibiliser davantage la population aux questions de santé
Nigeria	Plan National de Développement Stratégique pour la Santé 2010-2015 Loi nationale sur la santé de 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'un forfait minimum de services de base • Détermination de façons dont certains segments de la population peuvent être exemptés des obligations de paiement • Établissement d'un fonds pour la fourniture de soins de santé de base • Établissement de nouveaux organismes de réglementation pour le secteur de la santé au niveau fédéral 	<ul style="list-style-type: none"> • Passation de contrats avec des prestataires privés par le biais du Fonds national d'assurance maladie

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
Afrique du Sud	Assurance Maladie Nationale pour l'Afrique du Sud : Vers la CSU 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la mise en commun des risques par le biais de l'établissement d'une assurance maladie nationale • Mise en place de l'assurance maladie nationale en trois phases (y compris le renforcement de la plateforme de fourniture des services et l'amélioration de la qualité dans le secteur public de la santé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Par le biais de l'assurance maladie nationale, octroi d'agrèments aux prestataires privés et achat de services auprès de ceux-ci pour le compte des adhérents • Fourniture d'assistance aux régimes médicaux privés pour ajuster leur rôle après les réformes du secteur de la santé

Légende : ONG=organisation non gouvernementale

Tous les quinze gouvernements ont mentionné la CSU ou un concept similaire dans leurs stratégies, ce qui démontre la vague de fond en faveur de ce concept depuis 2015. Cependant, la plupart des pays ne prévoient pas d'atteindre la couverture universelle avant la fin du terme de cette stratégie. Au lieu de cela, les gouvernements ont généralement l'intention de prendre des mesures visant à étendre la couverture de la population dans le cadre des programmes existants. Toutefois, les stratégies des gouvernements pour étendre la couverture de la population impliquent généralement des initiatives à long terme avec un développement progressif. La plupart des pays avaient des stratégies spécifiques pour engager le secteur privé dans le cadre de leur stratégie globale en matière de CSU.

Il faut faire un choix entre des gains rapides en ce qui concerne la couverture de la population et des progrès parallèles le long des trois dimensions principales de la CSU : couverture de la population, couverture des services et protection financière (**Error! Reference source not found.**). La Commission du Lancet en 2013 a proposé un financement public d'approches progressives de la CSU qui sont pro-pauvres dès le début (Jamison et al. 2013). Gwatkin et Ergo (2011) ont créé l'expression *universalisme progressiste* pour désigner une « détermination d'inclure les personnes qui sont pauvres dès le début ». En général, les documents stratégiques des pays concernant la CSU adoptent le concept d'universalisme progressiste en incluant de multiples stratégies visant à améliorer la couverture pour les pauvres, le secteur informel et le secteur formel (ce qui implique une approche simultanée).

Le principe de l'universalisme progressiste s'applique également à la mise en œuvre. Si, pour atteindre la CSU, le gouvernement donne la priorité à la mise en œuvre de l'assurance maladie sociale pour les fonctionnaires et/ou les autres travailleurs du secteur formel parce qu'ils sont plus faciles à identifier et à inscrire, le principe en question n'est pas respecté.

Les stratégies visant à accroître ou atteindre l'accès universel à la **planification familiale** étaient souvent absentes des documents de haut niveau sur la CSU. Dans cette section, nous résumons les stratégies des gouvernements et effectuons des comparaisons entre les pays en ce qui concerne la poursuite de la CSU et l'atteinte de l'accès universel à la planification familiale.

De nombreux gouvernements annoncent publiquement leur stratégie pour atteindre la CSU dans un document de stratégie gouvernementale. Ils décrivent comment ils ont l'intention d'impliquer le secteur privé. Le **Error! Not a valid bookmark self-reference.** résume les stratégies des gouvernements pour progresser vers la CSU et la vision de ces gouvernements pour engager des agents de financement et des prestataires du secteur privé.

. Les services de planification familiale sont souvent inclus dans les forfaits de prestations essentielles de santé des gouvernements ; des politiques et stratégies visant à augmenter l'accès étaient souvent mentionnées dans les documents stratégiques pour la planification familiale ou la santé de la reproduction, ou dans les plans de mise en œuvre chiffrée et promus par le biais du mouvement Family Planning 2020.

Le besoin non satisfait de planification familiale est plus élevé dans les pays d'Afrique de l'Ouest que dans la plupart des pays de référence de l'étude (**Error! Reference source not found.**). Le Bénin et le Togo ont les taux les plus élevés de besoin non satisfait parmi les pays de l'étude, à 32,6 et 33,6 pour cent, respectivement. L'Indonésie, le Kenya, la Malaisie et l'Afrique du Sud — pays qui sont tous compris dans la catégorie des revenus intermédiaires — ont les taux les plus élevés d'emploi des contraceptifs chez les femmes mariées. Bien que les quinze pays varient en termes de couverture et d'utilisation de planification familiale, de nombreuses stratégies pour améliorer l'accès à la planification familiale sont des stratégies bien connues, comme la sensibilisation et la promotion de la demande par le biais du marketing social, la délégation des tâches pour permettre une distribution communautaire et l'augmentation du nombre des points de distribution pour les services de planification familiale, y compris par le biais du secteur privé.

Tableau 3 : Indicateurs de la planification familiale dans les quinze pays de l'étude

		Source des données*	Besoin non satisfait de planification familiale (%)	Femmes mariées utilisant actuellement une méthode moderne de contraception (%)	Femmes mariées utilisant actuellement des contraceptifs réversibles à action prolongée (stérilets, injections ou implants) (%)	Femmes non mariées sexuellement actives utilisant une méthode moderne de contraception (%)
Pays ciblés	Bénin	EDS 2011-12	32,6	7,9	3,5	24,4
	Burkina Faso	EDS 2010	24,5	15,0	9,9	58,7
	Cameroun	EDS 2011	23,5	14,4	3,9	48,0
	Guinée	EDS 2012	23,7	4,6	1,6	41,1
	Mali	EDS 2012-13	26,0	9,9	6,9	33,5
	Niger	EDS 2012	16,0	12,2	2,5	39,9
	Sénégal	EDS 2014	25,6	20,3	14,0	51,9
	Togo	EDS 2013-14	33,6	17,3	12,6	38,4
Pays de référence	Éthiopie	EDS 2011	26,3	27,3	24,5	52,3
	Ghana	EDS 2014	29,9	22,2	14,0	31,7
	Indonésie	EDS 2012	11,4	57,9	39,1	18,8
	Kenya	EDS 2014	17,5	53,2	39,7	60,9
	Malaisie	ONU, 2015**	15,4	41,7	Non disponible	Non disponible
	Nigeria	EDS 2013	16,1	9,8	4,7	54,9
	Afrique du Sud	EDS 1998***	16,5	55,1	25,0	67,8

Légende : EDS = Enquête démographique et de santé ; ONU = Organisation des Nations Unies.

* Sauf mention contraire, la source des indicateurs est ICF International. Le programme d'EDS STATcompiler. <http://www.statcompiler.com/>. Accédé en juin 2016.

** Nations Unies 2015.

*** En 2015 une EDS était en cours en Afrique du Sud au moment de l'analyse pour le rapport.

Les stratégies de financement et d'augmentation de la couverture de planification familiale sont parfois intégrées aux documents de stratégie générale couvrant le secteur de la santé. Parfois, ces stratégies sont énoncées dans des documents distincts de stratégie pour la santé de la reproduction et la planification familiale ou dans des plans de mise en œuvre chiffrée. Les gouvernements ayant des documents de stratégie distincts ou des plans de mise en œuvre chiffrée pour la planification familiale semblent avoir des plans d'action plus concrets et plus spécifiques pour la planification familiale, alors que les gouvernements qui déploient des stratégies de planification familiale dans le cadre d'un plan stratégique pour l'ensemble du système de santé ont des plans moins détaillés. **Error!**

Reference source not found. résume les stratégies pour progresser vers un accès accru à la planification familiale et la vision des gouvernements pour le rôle des agents de financement et des prestataires privés.^B

Tableau 4 : Stratégies des gouvernements pour accroître l'accès à la planification familiale dans les quinze pays de l'étude

	Document de stratégie pour la planification familiale ou plan de mise en œuvre chiffrée	Résumé des principales stratégies à poursuivre pour accroître l'accès à la planification familiale	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
Pays ciblés			
Bénin	Stratégie multisectorielle nationale pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes 2010-2020 Plan d'action national prévu au budget pour le repositionnement de la planification familiale au Bénin 2014-2018	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'environnement de développement institutionnel, socioculturel et politique pour la reproduction sexuelle chez les adolescents et les jeunes, et pour la lutte contre le VIH/sida Amélioration du niveau de connaissance et de compétences des adolescents et des jeunes en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles et le VIH/sida, y compris la fourniture de formation en santé de la reproduction Amélioration de la disponibilité et de l'accès à des services de qualité en vue d'utilisation accrue par les adolescents et les jeunes, y compris les méthodes modernes et gratuites de contraception dans les établissements publics de santé Augmentation des affectations budgétaires pour l'achat de contraceptifs jusqu'en 2018 pour atteindre 250 millions FCFA Renforcement des améliorations en santé de la reproduction par le biais de révision des politiques, normes et protocoles 	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la collaboration dans le cadre de la planification familiale Utilisation des réseaux communautaires pour assurer la disponibilité des contraceptifs et l'accès aux contraceptifs dans tout le pays
Burkina Faso	Plan national de stimulation de la planification	<ul style="list-style-type: none"> Promotion de la demande dans la population rurale par des actions de sensibilisation, dans la population urbaine 	<ul style="list-style-type: none"> Le Plan national de stimulation de la planification familiale

^B Le tableau inclut la stratégie de planification familiale ou le plan de mise en œuvre chiffrée le plus récent selon le site Web Family Planning 2020 dans la mesure des disponibilités (<http://progress.familyplanning2020.org/>). Pour les pays qui n'avaient pas adhéré au mouvement Family Planning 2020 au moment de l'étude, nous avons identifié le document dans le domaine public.

	<p>familiale 2013-2015 Plan stratégique pour la sécurité des produits de santé de la reproduction 2009-2015</p>	<p>par des campagnes médiatiques et communication d'informations aux adolescents et aux jeunes sur la PF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournitures (disponibilité des produits) : réduction des pénuries dans les établissements publics de santé grâce à un meilleur contrôle et une meilleure gestion des produits de PF • Accroissement de l'accès aux services de PF en améliorant la qualité des services de PF, en améliorant la couverture des populations suburbaines et rurales grâce à des unités mobiles et des stratégies plus perfectionnées (personnel plus compétent et meilleurs équipements affectés aux établissements défavorisés par le biais de visites mensuelles pour fournir des services) et amélioration de la couverture de la population rurale en renforçant les services communautaires. • Création d'un poste budgétaire individuel pour les produits de SR, et exonération des impôts et droits de douane pour les produits de SR (réactifs, kits pour les accouchements, méthodes de PF) 	<p>mentionne davantage le secteur privé, mais il ne donne pas de détails</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la disponibilité des services dans le secteur privé • Amélioration de la coordination intersectorielle et inclusion de représentants du secteur privé dans les comités de coordination
Cameroun	<p>Plan National d'Action pour la Planification Familiale 2015-2020 Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 Plan stratégique pour le Programme National Multisectoriel pour combattre la mortalité maternelle et la mortalité des nouveau-nés et des enfants au Cameroun 2014-2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des contributions de l'État et des collectivités locales à la PF • Amélioration de l'administration des contraceptifs et du traitement des effets secondaires par le biais de la mobilisation communautaire, de la formation des travailleurs de santé eu égard aux stérilets et de l'amélioration de la fourniture des contraceptifs • Amélioration des services post-partum, de la planification familiale après IVG et de la planification familiale pour les adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition d'un cadre de travail pour la coopération avec le secteur privé afin que plus d'établissements privés puissent fournir des services de PF d'une manière que le MdS puisse contrôler. Augmentation des franchises sociales par 100 unités pour chaque année du Plan
Guinée	<p>Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 Plan National d'Action pour le Repositionnement de la Planification Familiale en Guinée 2014-2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la prévalence des contraceptifs pour la planification familiale par les méthodes suivantes : • Intégration de la planification familiale aux services fournis par les établissements de santé publics et privés • Mise en œuvre de services de planification familiale dans le cadre de forfaits de services de santé communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration de la planification familiale aux services fournis par les établissements de santé privés

		<ul style="list-style-type: none"> Mise de toutes les méthodes modernes de contraception à la disposition des femmes en âge de procréer Fourniture de contraceptifs et d'outils de gestion aux établissements publics et privés Organisation de campagnes de sensibilisation à la planification familiale Amélioration de l'environnement d'utilisation des services de planification familiale pour accroître le taux d'utilisation de ces services Amélioration du contrôle et de la coordination des services de planification familiale 	
Mali	Plan National d'Action pour la Planification Familiale 2014-2018*	<ul style="list-style-type: none"> Intégration des messages de PF dans les mutuelles Élaboration d'une politique afin d'introduire un payeur tiers pour les services de PF pour le compte des adolescentes et des femmes pauvres Élaboration d'une stratégie de financement basée sur les résultats qui inclura la PF Le Gouvernement du Mali s'est engagé à financer 10 % des coûts des contraceptifs. 	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration d'une stratégie pour impliquer le secteur privé dans la fourniture de services de PF et augmenter le nombre des franchises sociales avec le secteur privé dans toutes les régions
Niger	Plan de développement sanitaire 2011-2015 La planification familiale au Niger : Plan d'action 2012-2020	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la disponibilité des contraceptifs, équipements et autres intrants nécessaires à la planification familiale Promotion de la distribution de contraceptifs à grande échelle et au niveau communautaire par le biais des établissements de santé publics et privés, y compris par du marketing social Intégration de la planification familiale aux forfaits des soins de santé de base Promotion d'un environnement favorable à la planification familiale Emploi de stratégies utilisant des technologies mobiles et d'autres stratégies avancées pour la fourniture de services de planification familiale et de santé de la reproduction 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien des ONG conduisant des campagnes de marketing social
Sénégal	Plan National d'Action pour la Planification Familiale, 2012-2015**	<ul style="list-style-type: none"> Élargissement de la gamme des produits de marketing social Conduite d'une mise en œuvre efficace de la fourniture des produits par le biais de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement 	<ul style="list-style-type: none"> Établissement d'une structure multisectorielle consacrée aux partenariats public-privé Fourniture de

		<ul style="list-style-type: none"> • Constitution d'unités mobiles • Amélioration du cadre réglementaire et amélioration de la réglementation du marché • Fourniture d'assurance pour les services de PF par le biais de régimes d'AMC et de la sécurité sociale • Établissement de franchises sociales • Augmentation du nombre des points de service dans le secteur privé 	<p>formation directe aux acteurs privés, en particulier pour l'administration de méthodes à longue durée d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégration systématique des données du secteur privé
Togo	Plan d'Action pour le Repositionnement de la Planification Familiale, 2013-2017	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de la distribution communautaire des services de planification familiale • Développement de stratégies basées sur la technologie mobile et de stratégies de sensibilisation pour atteindre la population rurale • Élaboration de plans pour renforcer la logistique et la gestion des produits 	<ul style="list-style-type: none"> • Signature de protocoles d'accord avec des organisations de la société civile pour demander une augmentation du financement par le gouvernement • Passation de contrats avec des médias privés • Intégration des services de PF aux services fournis par les cliniques privées • Élaboration d'une stratégie pour l'implication de la société civile et du secteur privé ; passation de contrats avec des prestataires du secteur privé
Pays de référence			
Éthiopie	Stratégie Nationale pour la Santé de la Reproduction, 2005-2015	<ul style="list-style-type: none"> • Rationalisation du mélange actuel de méthodes grâce à une évaluation stratégique des besoins contraceptifs • Identification de sources de financement par de nouveaux bailleurs pour l'achat de produits de base • Dans le cadre du budget du Ministère fédéral de la Santé et des budgets régionaux, affectation de fonds pour financer au moins la moitié des stocks de contraceptifs dont a besoin le secteur public • Documentation des coûts/bénéfices de l'élimination des droits d'importation sur les produits de PF achetés à des fins non commerciales 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la distribution dans les établissements privés et par les ONG
Ghana	Plan de mise en	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion et encouragement du 	<ul style="list-style-type: none"> • Encouragement du

	œuvre chiffrée de la Planification familiale au Ghana 2016-2020	<p>changement dans les comportements collectifs et individuels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la communication d'informations appropriées pour l'âge des personnes ciblées (jeunes de 10 à 24 ans) sur les droits d'accès et d'utilisation de contraceptifs • Amélioration de la disponibilité et de l'accès à l'ensemble des méthodes ainsi que de la qualité des interactions entre clients et prestataires, en accordant la priorité à l'amélioration des conseils pour le report ou l'espacement, et pour les limites, à toutes les tranches d'âges et tous les segments de la population • Amélioration de la distribution et obtention d'un financement complet pour la mise à disposition des produits pertinents dans le secteur public comme dans le secteur privé • Intensification du plaidoyer pour influencer les décisions politiques favorables à la planification familiale considérée comme un droit en s'adressant aux responsables communautaires et religieux, aux institutions culturelles et aux décideurs à tous les niveaux • Renforcement de la fourniture des services de planification familiale et des informations associées par le biais de planification et de services de santé à base communautaire 	<p>secteur commercial privé à s'impliquer davantage dans l'achat, la distribution, la vente et la promotion de produits de planification familiale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implication de la Société pour les Médecins et Dentistes Privés • Renforcement de la formation et de la supervision pour promouvoir les droits des clientes et leur fournir de l'assistance, conduire des suivis des clientes, pour fournir des contraceptifs réversibles à longue durée d'action ainsi que des méthodes permanentes, et pour normaliser les procédures de comptabilisation et de transmission de rapports • Développement des partenariats public-privé comme source alternative de mécanismes d'approvisionnement et de distribution
Indonésie	Plan Stratégique National pour la Population et le Développement de la Planification Familiale 2010-2014	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction du taux total de fécondité de 2,1 naissances par femme et un taux net de reproduction de 1,0 par 2015 • Réduction du nombre des grossesses d'adolescentes par la prévention des relations sexuelles avant le mariage, des mariages en bas âge et de l'abus de drogues 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien d'un registre des établissements de santé qui fournissent régulièrement des services de PF et d'un Système d'information sur les familles
Kenya	Cadre d'investissements dans la santé reproductive maternelle et néonatale ainsi que dans la santé des adolescents	<ul style="list-style-type: none"> • Abaissement des barrières à la fourniture des diverses méthodes de contraception du côté de l'offre, incluant : les méthodes réversibles à longue durée d'action, des systèmes de distribution efficaces et des formations et mises à jour basées sur les compétences en utilisant les principes d'admissibilité médicale de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'utilisation des contraceptifs à l'intention des infirmiers, des responsables cliniques et 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de services de santé adaptés pour les jeunes et utilisation des ONG, des organisations communautaires et des médias sociaux pour sensibiliser plus efficacement les jeunes • Implication de parties

		<p>des médecins en matière de méthodes réversibles à longue durée d'action, de conseils en PF/contraception et de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantie de la sécurité des produits de contraception et d'un financement adéquat pour les contraceptifs • Formation du personnel des pharmacies pour la fourniture de méthodes de PF • Augmentation/expansion de la distribution communautaire de produits et de services de PF par le biais de diverses initiatives incluant notamment le partage des tâches • Développement du programme de bons d'assistance basé sur les extrants pour inclure une gamme plus étendue de services de PF axés sur les jeunes et les groupes défavorisés • Accroissement de la couverture de services de PF/post-partum dans les établissements de santé • Promotion des méthodes réversibles et à longue durée d'action dans les groupes ne recevant pas de services adéquats tels que les adolescents/jeunes • Augmentation de la disponibilité des établissements fournissant des services de PF volontaires en liaison avec d'autres services, y compris le VIH/sida et des services en dehors de la santé, et promotion de l'utilisation de préservatifs pour la prévention du VIH 	<p>prenantes variées, comme le secteur privé, les écoles, les universités et les forces en uniformes pour augmenter la disponibilité et la qualité des services de PF/contraception volontaires</p>
Malaisie	Aucun document identifié	Aucune stratégie identifiée	Non spécifié
Nigeria	Projet de planification familiale pour le Nigeria (Plan d'intervention renforcée)	<ul style="list-style-type: none"> • Fourniture de produits gratuits dans les établissements publics • Autorisation de la fourniture de produits injectables par des agents communautaires d'extension de la santé afin d'augmenter considérablement le nombre potentiel des prestataires de services 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des filières de distribution du secteur privé, y compris les organisations confessionnelles, les cliniques et hôpitaux privés et les pharmacies
Afrique du Sud	Plan Stratégique National de l'Afrique du Sud pour le VIH, les IST et la TB 2012-2016	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration de la planification familiale aux services de santé maternelle et infantile dans le cadre de la prévention de nouvelles infections (VIH, IST et TB) 	<ul style="list-style-type: none"> • Non spécifié

Légende : AMC = Assurance maladie communautaire ; PF = planification familiale ; VIH/sida = virus d'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise ; ONG = Organisation non gouvernementale ; SR = santé de la reproduction ; IST = infection sexuellement transmissible ; TB = tuberculose.

* Le Plan de Développement Sanitaire et Social, 2014-2023 reconnaît une distribution inéquitable de l'accès aux services de PF dans le pays et mentionne de façon générique l'objectif d'augmentation de la demande pour les services de PF.

** Le Plan d'Action énonce 51 actions stratégiques, y compris, entre autres, celles qui sont indiquées.

1.6 Mécanismes de financement de la santé dans les pays ciblés et les pays de référence, et engagement du secteur privé

Dans cette section, nous présentons les mécanismes identifiés dans l'étude panoramique sur le financement de la santé et nous faisons des comparaisons entre les pays de l'étude.

Même dans les systèmes de santé les moins fragmentés, les services de santé sont financés par des mécanismes variés. Le **Error! Reference source not found.** montre les diverses sources de financement dans chacun des quinze pays, ainsi que le pourcentage des dépenses totales de santé gérées par les régimes d'assurance privés basés sur le paiement de primes. L'importance respective des sources de financement de la santé varie d'un pays à l'autre. Le tableau montre comment les ménages doivent payer une proportion plus importante des dépenses de financement de la santé dans les pays où le gouvernement et les bailleurs financent une proportion plus faible des coûts des soins de santé. Dans tous les pays, les ménages paient la partie la plus importante des dépenses de santé. En général, les ménages en Afrique de l'Ouest (les huit pays ciblés plus le Ghana et le Nigeria) paient une part plus importante des dépenses de santé totales que les ménages de la plupart des pays en dehors de cette région.

Tableau 5 : Sources de financement des dépenses de santé totales dans les quinze pays de l'étude

	Source de données	Ménages (%)	Autres (ONG, employeurs) (%)	Gouvernement (%)	Reste du monde (bailleurs) (%)	Total (%)	Régimes d'assurance privés en pourcentage des dépenses totales de santé	
Pays ciblés	Bénin	CNS 2012	42	5	24	29	100	<1
	Burkina Faso	CNS 2013	35	7	30	26	100	2
	Cameroun	CNS 2011	52	1	33	14	100	1
	Guinée	OMS, Fiche technique Guinée 2014	62	2	9	27	100	Non disponible
	Mali	CNS 2013	54	6	12	28	100	<1
	Niger	CNS 2013	56	1	30	12	100	<1
	Sénégal	CNS 2008	41	5	37	17	100	21.1
	Togo	CNS 2008	60	0	23	17	100	2
Pays de référence	Éthiopie	CNS 2010/11	34	1	16	50	100	Non disponible
	Ghana	CNS 2012	45	6	40	5	100	2
	Indonésie	CNS 2014	47	14	39	0	100	2
	Kenya	CNS 2012/13	32	11	31	26	100	9
	Malaisie	CNS 1997-2014	48		52	0	100	7
	Nigeria	Base de données sur les	72	21		7	100	2

Source de données	Ménages (%)	Autres (ONG, employeurs) (%)	Gouvernement (%)	Reste du monde (bailleurs) (%)	Total (%)	Régimes d'assurance privés en pourcentage des dépenses totales de santé
dépenses de santé dans le monde, estimation pour l'année 2014						
Afrique du Sud	52		4	0	100	Non disponible
Base de données sur les dépenses de santé dans le monde, estimation pour l'année 2014						

Légende : ONG = organisation non gouvernementale ; CNS =Comptes nationaux de santé ; OMS = Organisation mondiale de la Santé.

Nota : Les pourcentages dans le tableau représentent le pourcentage des dépenses totales de santé financées par cette source dans ce pays.

Pour mieux comprendre le rôle de financement du secteur privé dans un système de santé, il est utile de comprendre la mesure dans laquelle les services de santé financés par l'État répondent aux besoins de soins de santé des ménages dans ce pays. Si le financement public des services de santé ne couvre pas totalement les coûts encourus par les établissements de santé pour fournir les services, les établissements mobiliseront habituellement un financement privé en imposant des paiements aux usagers pour combler le déficit de leur budget d'exploitation. En outre, si le système de fourniture de services à financement public ne dispose pas de ressources suffisantes et ne peut pas fournir des services de qualité, de nombreux ménages qui peuvent se le permettre sortiront du système pour rechercher des soins dans le secteur privé. Cependant, en l'absence de la réglementation et de la supervision appropriées, les prestataires de services privés et les assureurs privés ne peuvent souvent pas répondre aux besoins des ménages pauvres et vulnérables, ou à ceux des travailleurs non pauvres du secteur informel.

Tous, ou presque tous, les mécanismes de financement de la santé décrits ci-dessous sont inclus dans l'étude panoramique du financement de la santé des quinze pays. Les niveaux de couverture des services et de la population, ainsi que le niveau de protection financière, varient. Ces niveaux de couverture sont une excellente méthode pour mesurer la progression d'un pays vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale.^c Pour évaluer ce dernier, on peut évaluer le degré auquel

^c L'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale ont publié un cadre de travail pour suivre les progrès vers la CSU avec l'aide de la communauté mondiale (OMS et Banque mondiale 2014). Les indicateurs incluent des mesures de suivi de la couverture des services de santé essentiels et des mesures de la protection financière. Les deux catégories de mesures incluent des mesures de l'équité en matière de distribution dans la population. Le Projet HFG a appliqué la méthodologie dans 2 des 15 pays de l'étude : Éthiopie et Sénégal (Alebachew et al. 2014 ; Tine et al. 2014).

les mécanismes de financement de la santé « couvrent » les services de planification familiale (c.-à-d., s'efforcent d'assurer la fourniture de tels services), le pourcentage de la population qui peut accéder (et accède) à ces services en vertu de chaque mécanisme, et le degré de protection financière fourni pour la planification familiale.

Les Chapitres 2–9 de ce rapport décrivent chacun de ces mécanismes dans chacun des huit pays ciblés, et ils présentent une image plus complète de la couverture de santé dans ces pays. Les encadrés de cette section mettent en lumière les réformes du financement de la santé mises en œuvre dans les pays de référence en fournissant des leçons qui pourraient être appropriées pour le contexte de l'Afrique de l'Ouest.

1.6.1 Services de santé financés par l'État

La fourniture de services de santé financés par l'État est une réalité dans tous les pays de l'étude. Bien que les détails et le degré des subventions publiques varient entre les pays, les gouvernements reconnaissent que les services de santé sont un bien public. Les services de santé fournis par le secteur public sont financés par les recettes fiscales générales, d'autres fonds publics ou des fonds de bailleurs. Même si le gouvernement peut être considéré comme une source de financement en liaison avec les recettes fiscales générales, ces fonds sont réellement fournis par les ménages et les employeurs privés qui sont des contribuables. Les gouvernements peuvent subventionner les services préventifs, basiques, secondaires et parfois tertiaires fournis dans les établissements de santé publics ou par des travailleurs de santé communautaires. L'Encadré 1 décrit comment le gouvernement de la Malaisie a accordé la priorité au financement des établissements publics pour atteindre une couverture quasi universelle des services de santé de base dans tout le pays. L'Encadré 2 décrit comment le gouvernement éthiopien finance les services de santé essentiels, y compris les services de planification familiale, fournis par les établissements publics.

Le financement de ces établissements par l'État leur permet de fonctionner sans imposer à leurs patients le coût total de la fourniture des services, à la différence d'un système financé intégralement par les dépenses à la charge des ménages. Le financement public a tendance à être affecté directement aux établissements de santé appartenant au secteur public et gérés par celui-ci ; cependant, en plus du financement public, les gouvernements passent de plus en plus de contrats avec des établissements privés à but lucratif et à but non lucratif pour augmenter l'accès aux services. Le financement public des travailleurs de santé communautaires permet aux citoyens, en particulier ceux des régions rurales et des régions dans lesquelles les services sont insuffisants, de recevoir des services de santé publique essentiels sans devoir encourir de coût direct ou de coût de transport pour se rendre dans un établissement éloigné.

Les ressources pour le financement des établissements sont généralement mobilisées par différents moyens : recettes fiscales générales, budget des collectivités locales, taxes sur l'alcool, le tabac et le sucre, ou mécanismes de récupération des coûts tels que les frais à la charge des usagers payés par les patients. La mise en commun des risques se produit lorsque les personnes en bonne santé subventionnent les personnes en mauvaise santé : les coûts des soins d'un patient quelconque sont payés en utilisant les fonds rendus disponibles par les contributions du reste de la population. C'est souvent le gouvernement qui achète les produits et services ; toutefois, dans certains pays, des comités communautaires sont établis pour conseiller les établissements de santé en matière d'affectation des fonds disponibles. Dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, le mécanisme d'achat employé par les acheteurs du gouvernement est appelé *financement basé sur les intrants*. Cela signifie que le gouvernement paie pour des intrants tels que les salaires des travailleurs de santé, les produits de base et l'infrastructure au lieu de payer pour des extrants tels que le nombre de services fournis ou le nombre de patients traités (*financement basé sur les extrants*). Le gouvernement togolais, par exemple, emploie exclusivement le mécanisme d'achat basé sur les intrants. Par contre, le gouvernement sénégalais achète des services dans les établissements publics en utilisant une combinaison de financement basé sur les intrants et de financement basé sur les résultats (à savoir un paiement sur la base des extrants plus une évaluation de la qualité).

Les gouvernements associent souvent le financement direct des services de santé au financement de la demande pour améliorer l'équité de l'accès à ces services. Les renoncements à l'obligation de paiement des frais à la charge des usagers et l'octroi de bons constituent deux exemples de mécanismes de financements aux pauvres en réduisant la part des coûts encourus par les ménages pauvres et vulnérables pour avoir accès aux services. L'Encadré 3 décrit un mécanisme d'octroi de bons au Kenya qui fournit des subventions ciblées aux femmes pauvres pour leur permettre d'avoir accès à la planification familiale et à d'autres services. Si un gouvernement a une politique pro-pauvres, il doit s'assurer que ses subventions bénéficient réellement aux personnes qui en ont besoin. Bien que théoriquement un ciblage efficace permette d'affecter le peu de ressources disponibles aux personnes en ayant besoin, la mise en œuvre d'un tel programme peut être administrativement difficile et donc coûteuse. Au lieu de cela, certains gouvernements fournissent des subventions universelles pour certains services de santé prioritaires comme les accouchements dans les maternités et les produits de planification familiale.

(Encadré 1) Malaisie : Adaptation des stratégies de financement en cas de changement de la demande

Les pays d'Afrique de l'Ouest ont démontré une volonté politique d'adoption de nouvelles stratégies de financement de la santé ou d'adaptation de stratégies existantes pour augmenter la couverture des services et de la population, ainsi que la protection financière. Les gouvernements de ces pays ont publié récemment des plans stratégiques pour le secteur de la santé ou des stratégies de couverture sanitaire universelle qui montrent un engagement de passer en revue la situation actuelle, d'identifier les pénuries et les faiblesses dans le système de financement de la santé, et d'y remédier par le biais d'un plan stratégique sur plusieurs années.

L'expérience de la Malaisie en tant que pays à revenus intermédiaires tranche supérieure avec une couverture sanitaire quasi universelle par le biais du système public de fourniture de soins de santé contient des leçons utiles pour les pays de l'Afrique de l'Ouest, car au fur et à mesure que leurs économies se développent, leurs systèmes de santé atteignent un stade de maturité supérieur et leurs gouvernements sont confrontés à de nouveaux défis causés par une transition épidémiologique et le vieillissement de la population.

La Malaisie n'a pas de régime d'assurance maladie géré et financé par le secteur public. Environ 95 % du coût des traitements dans les établissements publics sont financés par l'État ; les patients paient simplement le ticket modérateur. Le gouvernement utilise les recettes fiscales générales pour acheter des services pour le compte de la population par le biais d'un financement basé sur les intrants. Les établissements de santé publique en Malaisie reçoivent des fonds affectés aux postes budgétaires correspondants en fonction des dépenses historiques, et les travailleurs de santé de ces établissements reçoivent des salaires de fonctionnaires. Des sources gouvernementales indiquent que 90 % des Malaisiens ont accès à certains soins grâce à ce système (Ministère de la Santé de Malaisie, n.d.). Le taux d'utilisation est apparemment élevé, et il est similaire quelles que soient les tranches de revenus. Les groupes pauvres et vulnérables n'ont pas de frais importants à payer pour les services reçus.

Cependant, l'expérience de la Malaisie montre que la CSU n'est jamais complètement atteinte et que les gouvernements doivent continuer à appliquer la réforme des systèmes de santé pour répondre à des besoins changeants. La Malaisie fait actuellement l'objet d'une transition épidémiologique, du vieillissement de sa population et de l'augmentation de la demande pour des technologies et procédures de soins de santé coûteuses et très pointues, comme une dialyse rénale. Le gouvernement craint également que le niveau élevé des subventions n'encourage une utilisation excessive des services de santé (Ministère de la Santé de Malaisie). Pour maintenir une couverture maladie quasi universelle, le système de santé doit devenir plus efficace. Selon certains rapports, l'accès aux services de santé est limité par les temps d'attente très longs et le manque de disponibilité de certains médicaments essentiels dans les établissements publics ; ces problèmes ne feront qu'empirer si les ressources sont réduites. La qualité supérieure, ou perçue comme étant supérieure, des soins fournis par les établissements privés a créé une situation dans laquelle les personnes les plus aisées cessent d'utiliser les établissements publics. Bien que cette tendance puisse alléger la pression sur les établissements publics en conséquence du fait qu'ils traiteraient moins de patients, elle peut également avoir des effets négatifs en fragmentant la fourniture des services et en réduisant l'équité.

Les pays d'Afrique de l'Ouest peuvent prévoir la survenance de certains de ces problèmes durant leur progression vers la CSU, parallèlement à l'évolution de leurs systèmes de santé et du fardeau des maladies. Les gouvernements peuvent créer des cadres juridiques dès maintenant pour permettre à des réformes des systèmes de santé de répondre à ces besoins changeants.

(Encadré 2) Financement public pour les services de santé essentiels en Éthiopie

Les gouvernements d'Afrique de l'Ouest financent en partie les services de santé essentiels en fournissant un financement basé sur les intrants pour permettre aux établissements de santé publique de fournir leurs services, sous le contrôle et la supervision des collectivités locales et de la communauté. Cette stratégie est partagée par de nombreux gouvernements dans le monde.

Le gouvernement éthiopien fournit un financement basé sur les intrants aux établissements publics de santé dans tout le pays. Les établissements de santé fournissent des services essentiels à la population locale sous le contrôle et la supervision des collectivités locales et de la communauté. Le forfait de services de santé essentiels

pour l'Éthiopie, publié par le gouvernement central en 2005, contient des directives à l'intention des collectivités locales et des établissements de santé indiquant quels services doivent être disponibles et fournis à un niveau de qualité standard minimum dans les établissements de santé publique. Plusieurs services de planification familiale sont inclus dans le forfait, notamment la promotion de la planification familiale et des conseils à ce sujet ; des informations de sensibilisation et des consultations avec des professionnels au sujet de la planification familiale ; la mise à disposition de préservatifs, de pilules, de contraceptifs mixtes (pilules et injectables) et la fourniture de contraceptifs à longue durée d'action dans les centres de santé ; et la fourniture de méthodes permanentes dans les hôpitaux de district. Le forfait est conçu pour promouvoir une approche de fourniture intégrée de services qui est essentielle pour améliorer la santé de la population.

Le financement public basé sur les intrants est transféré aux établissements de santé pour leur permettre de fournir le forfait de services de santé essentiels. Bien que les patients doivent payer pour avoir accès à certains services, beaucoup des services compris dans le forfait, y compris les services de planification familiale, sont exonérés de l'obligation de paiement du ticket modérateur.

(Encadré 3) Kenya : Octroi de bons pour la maternité sans risque, la planification familiale et les services d'assistance en cas de violences

Un régime d'octroi de bons au Kenya fournit des subventions ciblées pour la maternité sans risque, les méthodes de planification familiale à longue durée d'action et les services d'assistance en cas de violences sexuelles. Ces subventions sont bénéfiques à la fois pour les ménages et pour les prestataires publics et privés. Elles peuvent également être applicables dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest, où les gouvernements cherchent à réduire les barrières financières à des services prioritaires tels que la planification familiale et à encourager la demande et l'amélioration de la qualité des services par les prestataires publics et privés.

Le « régime d'octroi de bons d'assistance basé sur les extrants », créé par la Banque allemande de Développement et le Gouvernement du Kenya, a été lancé en 2006. Ce régime a été mis en place dans les comtés de Kisumu, Kitui, Kiambu et Kilifi ainsi que dans les quartiers pauvres de Korogocho et de Viwandani, dans l'agglomération de Nairobi. Les bons pour la maternité sans risque et la planification familiale sont vendus par des distributeurs à des femmes pauvres dans les districts ruraux et dans les quartiers pauvres de Nairobi à un prix très bas rendu possible par les subventions de l'État. Les bons pour les services d'assistance en cas de violences sexuelles sont fournis gratuitement, quel que soit le statut socio-économique des victimes.

Le régime d'octroi de bons d'assistance basé sur les extrants permet au gouvernement de mobiliser des ressources du secteur privé pour fournir des services de santé prioritaires. Il renforce également le système de fourniture de services de santé en encourageant l'utilisation des services de santé publique prioritaires du côté de la demande avec des subventions ciblées, car il fournit des revenus supplémentaires aux prestataires. Ces revenus peuvent être utilisés pour couvrir les coûts d'exploitation de l'établissement et améliorer la qualité des soins. Les dirigeants des établissements privés à but lucratif et confessionnels indiquent que ces revenus supplémentaires sont le bénéfice le plus important du programme. La majorité a déclaré que ces revenus supplémentaires avaient permis d'améliorer la disponibilité des fournitures, des médicaments et des équipements ; il en est résulté une amélioration du confort des clients grâce à la fourniture de repas et de chambres, et la propreté de ces établissements a également été améliorée. Les dirigeants des établissements publics ont eux aussi indiqué que les revenus du programme étaient bénéfiques, mais la majorité a déclaré être déçue par l'incapacité d'utiliser ces fonds pour améliorer les services publics en raison des directives restrictives du Ministère de la Santé (Njuki et al. 2015).

Un bénéfice secondaire du régime d'octroi de bons d'assistance basé sur les extrants est qu'il aide le gouvernement à améliorer son expérience de la gestion du secteur de la santé dans les domaines de l'identification des services/patients, des agréments, des indemnités, des remboursements et de l'évaluation de la qualité – des capacités très utiles pour le Fonds national d'assurance maladie du gouvernement.

L'étude panoramique a révélé qu'en général au moins certains produits de planification familiale sont fournis gratuitement dans les établissements de santé et par les travailleurs de santé communautaires qui reçoivent un financement public. Le Ghana, par exemple, fournit des produits et services de planification familiale par le biais de prestataires publics et de certains prestataires privés. Les bailleurs internationaux financent souvent de tels produits, qui sont alors distribués par le système de fourniture de soins de santé. Ces systèmes de distribution pourraient toutefois mieux faire, comme le montrent les niveaux constamment élevés de besoins de planification familiale non satisfaits. De plus, de nombreuses stratégies gouvernementales reconnaissent un besoin urgent d'augmenter l'adoption de la planification familiale et d'améliorer les compétences des travailleurs de

santé pour administrer certaines méthodes de planification familiale à longue durée d'action ou permanentes tels que les stérilets et les vasectomies (**Error! Reference source not found.**).

1.6.2 Assurance maladie sociale

L'assurance maladie sociale est un terme global décrivant un mécanisme de financement de la santé utilisé par les gouvernements afin d'acheter des services de santé pour les membres en mobilisant et mettant en commun des fonds de sources publiques et privées. L'assurance maladie sociale est différente des autres types d'assurance en ce sens que les citoyens effectuent des paiements anticipés périodiques (« primes ») en fonction de leur capacité de paiement. Par conséquent, les personnes aisées contribuent plus à ce régime et subventionnent les personnes plus pauvres ; c'est donc un système de financement *progressiste* plutôt que *régressif*. En outre, un régime d'assurance maladie sociale, comme tout autre régime d'assurance, met en commun les risques de tous ses membres en matière de santé. Cela signifie que les membres en bonne santé subventionnent les coûts des soins des malades ; tous les membres reçoivent le même niveau de protection financière contre les événements de santé imprévisibles, sans qu'il soit tenu compte de leurs contributions ou de leur état de santé. Lorsque la participation à un régime d'assurance maladie sociale est obligatoire et que ce régime compte suffisamment de membres, l'antisélection est minimisée.^D

De nombreux gouvernements ont l'intention de mettre en œuvre ou d'étendre des régimes d'assurance maladie sociale et ont adopté des lois dans ce but. Néanmoins, la mobilisation des ressources nécessaires pour subventionner adéquatement même les prestations basiques pour les citoyens dont les contributions financières au régime sont nulles ou faibles peut être un processus difficile à gérer et prenant beaucoup plus longtemps (voir Encadré 4). Ceci est particulièrement vrai pour les pays ayant une assiette fiscale limitée et un secteur formel faible.

Pour cette raison, de nombreux pays privilégient les programmes d'assurance maladie sociale pour les travailleurs du secteur formel. Ces travailleurs, ainsi que leurs employeurs, ont une capacité de contribution plus élevée et parviennent mieux à solliciter des fonds du gouvernement. En outre, il est plus facile pour un régime d'identifier et d'inscrire des membres, et de recouvrer des primes, dans le secteur formel. Les régimes mobilisent souvent des ressources par le biais des contributions des employeurs (taxe sur les salaires) et des contributions des employés (retenues à la source obligatoires sur les salaires). Les contributions des employeurs et des employés représentent habituellement un pourcentage fixe du salaire de l'employé, de telle sorte que les employés les mieux payés apportent des contributions supérieures en valeur absolue que les employés moins bien payés. Cependant, les gouvernements qui mettent en place des régimes d'assurance maladie sociale pour les employés du secteur formel en premier ne respectent pas toujours le concept d'*universalisme progressiste*. Une protection financière inégale entre le secteur formel (comprenant souvent les ménages les plus aisés) et le reste de la population peut créer un cycle d'iniquité et des niveaux plus élevés de fragmentation dans le système de santé.

La plupart des pays de l'étude offrent un régime d'assurance maladie sociale ou prévoient d'en lancer un, mais les détails des régimes et leur couverture de la population varient dans une large mesure. Par exemple, au Togo, le régime couvre les fonctionnaires et les retraités de l'administration publique, alors qu'au Kenya, le régime couvre non seulement les fonctionnaires et les retraités, mais également les travailleurs du secteur privé, et en Indonésie le gouvernement est en train d'établir un système de santé à « payeur unique » qui couvrira toute la population. L'encadré 5 décrit le plan sud-africain visant à établir une assurance maladie sociale. Selon une autre variante, le gouvernement peut exiger que certains segments de la population s'inscrivent à des régimes de mise en commun des risques gérés par le secteur privé. Par exemple, au Sénégal, une loi stipule que les grandes entreprises doivent inscrire leurs employés dans des Institutions de Prévoyance Maladie. Le Chapitre 8 présente ce modèle sénégalais plus en détail.

^D L'antisélection peut être définie comme un comportement stratégique par le partenaire mieux informé dans un contrat contre l'intérêt des partenaires moins bien informés (Belli 2001). Dans cet exemple, il est fait référence à la tendance par les malades de s'inscrire au régime d'assurance maladie sociale alors que les personnes en bonne santé préfèrent une autre assurance.

(Encadré 4) Ghana, Indonésie et Nigeria : comment l'engagement envers la CSU a transformé celle-ci en réalité

Une législation favorable est un premier pas vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Pour transformer un engagement politique en réalité, les pays doivent déterminer comment financer l'expansion de la couverture par le biais des processus d'appropriations budgétaires annuelles.

Dans toute l'Afrique de l'Ouest, les gouvernements sont en train de mettre en œuvre des réformes du financement de la santé en vue d'atteindre la CSU. La phase de mise en œuvre comprend de nombreuses étapes, comme la mise en place d'un flux de financement pour une organisation telle que l'Institut National d'Assurance Maladie du Togo afin de pouvoir superviser et exploiter un régime d'assurance maladie sociale ou l'établissement d'un organe de coordination comme la Fédération des Mutuelles de Santé du Niger. On trouvera ci-dessous trois exemples de manières dont les gouvernements des pays de référence de l'étude ont pris des initiatives suivant la publication d'une stratégie pour le secteur de la santé ou l'adoption d'une loi pour mettre une réforme en œuvre.

Les partisans de la planification familiale au Ghana ont fait pression avec succès sur les législateurs de ce pays pour remédier aux problèmes d'accès en intégrant l'apprentissage et les services de planification familiale au Régime National d'Assurance Maladie, qui comprend des soins gratuits de santé pour les mères. En 2012, la loi sur la réforme a stipulé l'inclusion des services de planification familiale qui seraient déterminés par le ministre de la Santé (Naik, Morgan et Wright 2014). Cependant, un mandat légal pour l'expansion de la couverture ne suffit pas à assurer une expansion efficace de la couverture. Trois ans plus tard, le gouvernement n'avait toujours pas produit la directive d'application ou les consignes de mise en œuvre nécessaires pour intégrer dans la pratique les méthodes de planification familiale au forfait de services du Régime National d'Assurance Maladie (IPPF 2015).

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 pour rendre le gouvernement responsable de l'application de la loi de 2004 sur le Système National de Sécurité Sociale. Cette loi stipulait que le gouvernement devait établir des organismes à but non lucratif pour mettre en œuvre cinq programmes d'assurances sociales obligatoires couvrant les soins de santé, les accidents du travail, les décès, les risques associés aux personnes âgées et les pensions de retraite, le financement étant assuré par les cotisations des bénéficiaires. En 2011, le gouvernement a été critiqué pour son retard dans la transformation des quatre compagnies d'assurances publiques en entités à but non lucratif. Ce retard avait été la raison pour laquelle des groupes de citoyens avaient porté plainte et organisé des manifestations dans les rues (Hatt et al. 2015).

L'ancien gouvernement du Nigeria avait fait pression avec succès sur le Sénat pour qu'il adopte la Loi nationale sur la Santé en 2014. Cette loi a établi un fonds pour la fourniture de soins de santé de base et d'autres structures pour l'expansion de la couverture au secteur informel et aux pauvres dans le cadre du Régime National d'Assurance Maladie. Cependant, le Fonds pour la fourniture de soins de santé de base a besoin d'appropriations budgétaires annuelles pour pouvoir fonctionner, et cela rend le Fonds sensible aux changements du gouvernement et dans les priorités budgétaires du gouvernement. La société civile, effectivement, a fait état de préoccupations parce que un an après l'adoption de la Loi nationale sur la Santé et après l'arrivée au pouvoir d'un nouveau gouvernement, ce nouveau gouvernement n'avait toujours pas pris les mesures nécessaires pour financer l'application de cette loi par des appropriations dans le budget de l'État de 2016 (Ikhuoria 2016).

(Encadré 5) Mise en œuvre de l'assurance maladie sociale en plusieurs phases : l'expérience de l'Afrique du Sud

La plupart des gouvernements de l'Afrique de l'Ouest sont engagés ou sur le point de s'engager dans la mise en place de l'assurance maladie sociale. La mise en place d'un régime d'assurance maladie sociale nécessite des efforts considérables, y compris le renforcement des systèmes de santé complémentaires, pour augmenter les chances du succès du système. L'introduction de l'assurance maladie sociale peut également perturber d'autres parties du secteur de la santé. En réponse à cette perturbation, les gouvernements doivent prévoir et gérer de façon appropriée. Le gouvernement de l'Afrique du Sud a préparé un plan détaillé pour la mise en œuvre de son régime d'assurance maladie qui illustre la complexité d'un tel effort et fournit des leçons utiles pour les pays de l'Afrique de l'Ouest.

Le Gouvernement sud-africain en est à un stade avancé des préparations pour la réforme du système de santé afin de pouvoir mettre en œuvre l'assurance maladie nationale, dans le cadre de sa stratégie d'atteinte de la CSU. Actuellement, le système de santé est très fragmenté : 83 régimes médicaux représentent des groupes de risques

relativement petits qui fournissent une protection financière contre les coûts catastrophiques. Les membres de ces régimes sont surtout des salariés. Le secteur informel et les pauvres ont peu d'options pour accéder aux soins de santé et en payer le coût. En 2011, le gouvernement a publié un Livre vert qui a fait l'objet de nombreux commentaires des parties prenantes ; puis il a publié un Livre blanc révisé en 2015. Le Livre blanc détaillé présente une feuille de route pour réformer tous les aspects du système de santé complexe actuel afin de l'aligner sur l'assurance maladie nationale d'ici 2025 (Ministère de la Santé 2015). La feuille de route illustre toutes les composantes à intégrer dans une initiative de réforme d'un système de santé.

Lors de la phase 1, le gouvernement établira un Fonds de transition pour financer les activités liminaires du régime d'assurance maladie nationale avant de pouvoir commencer à mobiliser des revenus par le biais de paiements anticipés. Il lancera plusieurs initiatives de renforcement des systèmes de santé telles que l'intensification des efforts d'amélioration de la qualité des services des cliniques et hôpitaux publics, la mise en œuvre d'un programme centralisé de distribution de médicaments pour les maladies chroniques, la révision des lois applicables, et bien d'autres. Il développera également des systèmes et processus pour un système de paiement des prestataires, un système d'enregistrement des patients, un système d'agrément et d'inscription des prestataires et un système de réduction des fraudes et des risques.

Lors de la phase 2, le gouvernement utilisera le Fonds de transition pour acheter des services de santé primaires pour le compte des membres. Plus tard, le gouvernement commencera à acheter des services hospitaliers et d'urgence pour le compte des membres. Le régime d'assurance maladie nationale commencera à mobiliser des ressources pour remplir à nouveau ses caisses en réalignant les fonds publics qui ne seront plus nécessaires une fois que le régime d'assurance maladie nationale sera opérationnel, comme les Fonds de compensation et les subventions de l'État aux régimes médicaux. Le gouvernement déploiera le système d'inscription des patients dans les établissements de santé publics et il commencera à enregistrer la population, les groupes vulnérables en premier.

Lors de la phase 3, le gouvernement commencera à encaisser des paiements anticipés obligatoires, à fournir des agréments à des hôpitaux et spécialistes du secteur privé, et à acheter leurs services.

Les réformes nécessiteront peut-être que les régimes médicaux privés ajustent leur rôle dans le système de santé sous peine de faire faillite. Le Livre blanc indique des options possibles, comme la création d'un arrangement virtuel unique de mise en commun des risques pour tous les régimes, la transition du rôle des régimes pour passer d'une couverture complète à une couverture complémentaire, et l'embauche de spécialistes provenant du secteur des régimes médicaux en perte de vitesse pour participer à l'administration du régime d'assurance maladie nationale.

1.6.3 L'assurance maladie communautaire

Des mutuelles de santé existaient dans tous les pays de l'étude, bien que leur présence soit très limitée au Togo, en Indonésie et en Malaisie. L'assurance maladie communautaire est souvent comprise dans les stratégies de CSU dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires en raison de son avantage comparatif perçu pour identifier et inscrire dans des régimes de mise en commun des risques les segments de la population non assurés, n'ayant pas un accès adéquat aux services de santé et comprenant essentiellement des travailleurs du secteur informel.

Le modèle de l'assurance maladie communautaire a tendance à être populaire dans les pays où les mécanismes de coordination des systèmes de santé (p ex., les systèmes de gestion des informations sanitaires ayant des données de qualité élevée sur les patients) sont moins développés et où la sécurité sociale est une valeur sociale très en vue. Des membres de la communauté se portent volontaires pour gérer les régimes et exercent la plupart des fonctions de financement de la santé, y compris la mobilisation des ressources (auprès de leurs membres), la mise en commun des risques, les achats et le règlement des demandes de paiement. Les agences régionales, nationales ou semi-publiques qui ne sont pas établies physiquement dans les zones de travail des mutuelles de santé sont souvent mal placées pour exercer de telles fonctions.

Dans certains pays tels que l'Éthiopie, le Ghana et le Nigeria, l'agence centrale chargée de l'exploitation d'un grand régime d'assurance maladie sociale a des responsabilités de gestion et de

supervision des mutuelles de santé, et celles-ci sont tenues de fonctionner et de fournir une couverture conformément aux normes de l'agence centrale. Au Mali, l'Union Technique de la Mutualité Malienne a lancé une application d'argent mobile qui est de plus en plus populaire auprès des membres (voir Chapitre 6). Dans d'autres pays, bien que les gouvernements soient en train d'intégrer les mutuelles de santé dans le cadre des initiatives de financement de la santé du gouvernement, elles sont toujours très mal coordonnées (ou pas coordonnées du tout) avec le gouvernement. Au Bénin, le gouvernement a l'intention d'incorporer les mutuelles de santé existantes au Régime d'Assurance Maladie Universelle.

L'augmentation du nombre des mutuelles de santé peut sembler faisable pour les gouvernements à court terme, mais le modèle finit souvent par produire des mécanismes de financement de la santé sous l'égide de l'État. Par exemple, des membres de la communauté au Ghana se sont initialement portés volontaires pour gérer les mutuelles, mais en fin de compte un arrangement de gestion plus professionnelle a été conclu et les responsables de la gestion des mutuelles sont devenus des fonctionnaires payés par l'État. L'Encadré 6 montre l'évolution de l'initiative d'assurance maladie communautaire de l'Éthiopie.

L'expérience montre également que la mobilisation des ressources, la mise en commun des fonds et les achats peuvent être difficiles à administrer. De nombreuses communautés ont du mal à exercer ces fonctions d'une manière qui assurera la viabilité financière des mutuelles. Les mutuelles encaissent des primes de leurs membres, mettent les fonds en commun et utilisent ensuite les fonds mis en commun afin de payer les prestataires pour leurs services. Une mutuelle de santé doit donc déterminer quels services elle peut se permettre de couvrir en fonction du montant des primes encaissées. Les mutuelles ont souvent des difficultés à encaisser suffisamment de fonds de leurs membres pour couvrir complètement le coût des services dont bénéficieront leurs membres. Au lieu de cela, certains gouvernements subventionnent considérablement les mutuelles de santé et établissent une liste minimum de services couverts, à savoir les services que les mutuelles doivent couvrir. Dans le cadre de cet arrangement différent, les mutuelles peuvent toujours exercer leurs fonctions administratives de mobilisation des primes auprès de la communauté et de paiement des prestataires, en particulier dans les régions éloignées et n'ayant pas un accès adéquat aux services de santé, que les agences régionales et nationales auraient du mal à exercer. L'adhésion aux mutuelles est généralement facultative (ou, quand elle est obligatoire, les administrateurs des mutuelles ont tendance à ne pas imposer le respect de cette obligation). Les mutuelles sont donc particulièrement vulnérables à l'antisélection lorsque des adhésions disproportionnées par des personnes à risque élevé sont accompagnées par l'absence de participation par les personnes à faible risque. Des initiatives d'AMC comme celle de l'Éthiopie aboutiront peut-être à la création de grands groupes de risques une fois que la transition aura pu être gérée par le gouvernement. Cette transition peut être bénéfique pour assurer que les membres des mutuelles de santé obtiennent une protection financière pour les services de santé fournis par les hôpitaux régionaux ou nationaux.

(Encadré 6) Comment l'initiative d'AMC de l'Éthiopie est en train d'évoluer pour incorporer des groupes de risques régionaux et nationaux

Les gouvernements de l'Afrique de l'Ouest ont adopté publiquement l'AMC comme stratégie pour étendre la couverture des soins de santé aux indigents et aux travailleurs du secteur informel, mais de nombreuses mutuelles de santé dans ces pays fonctionnent toujours avec de petits groupes de risques. Une tendance observée dans cette étude est que les gouvernements s'efforcent de consolider ces petits groupes de risques afin d'améliorer la stabilité financière et de gagner d'autres avantages. Le Gouvernement éthiopien est engagé actuellement dans une telle stratégie. Son expérience pourra fournir des leçons utiles aux autres gouvernements alors qu'ils s'engagent dans la même voie.

Le Gouvernement éthiopien montre comment les mécanismes de financement de la santé peuvent évoluer progressivement pour améliorer la couverture de santé sur la voie de la CSU. Comme l'initiative d'AMC de l'Éthiopie a déjà bien progressé, le gouvernement recherche maintenant des moyens d'améliorer la stabilité financière du modèle et continue à améliorer l'accès aux services. En juin 2016, des mutuelles de santé fournissaient des services à des bénéficiaires dans 181 districts au total, couvrant plus de 10 millions de personnes dans toute l'Éthiopie (HFG 2016). En s'appuyant sur les gains de couverture déjà réalisés grâce au déploiement de mutuelles au niveau des districts, le Gouvernement éthiopien s'attend à ce que les réformes créent des groupes de risques régionaux et nationaux de plus grande taille et augmentent la couverture des services. Bien que les mutuelles du niveau des districts aient aidé le gouvernement à mobiliser des ressources cruciales et à identifier les communautés de personnes non assurées, ayant de faibles revenus et appartenant au secteur informel, ces petites mutuelles sont exposées à une instabilité financière en raison de la petite taille de leurs groupes de risques. La consolidation des groupes de risques améliorera la viabilité d'ensemble des mutuelles en optimisant la subvention croisée des risques et en permettant aux mutuelles de santé d'augmenter l'accès aux soins et de fournir des soins continus dans des établissements de santé secondaires et tertiaires.

Pour exécuter cette initiative de réforme, le Ministère fédéral de la Santé a publié une Directive demandant aux collectivités locales de lier les groupes de risques au niveau des districts à un groupe de risques régional ou national. Il est attendu de chaque région qu'elle établisse un groupe de risques régional. Le groupe de risques fédéral sera formé ultérieurement pour incorporer l'expérience tirée de l'exploitation des groupes de risques régionaux. Les groupes de risques communautaires régionaux concluront des contrats avec des hôpitaux de niveau secondaire ou tertiaire dans leur région. Les membres des mutuelles obtiendront une orientation de leur établissement de district pour recevoir tous les avantages des services hospitaliers régionaux ou tertiaires, payés par le groupe de risques communautaire régional. L'absence d'obtention d'une orientation appropriée entraînerait la réduction des prestations fournies, avec une obligation de participation aux coûts pour le patient. Il est proposé que le groupe de risques communautaire régional soit financé par une subvention fixe du gouvernement fédéral et par une partie des primes payées par les membres ou des paiements effectués pour le compte des membres indigents mobilisés par les mutuelles du niveau des districts.

1.6.4 L'assurance maladie privée

L'assurance maladie privée est un mécanisme de financement de la santé qui existe dans tous les quinze pays de l'étude, bien que son rôle varie d'un pays à l'autre. L'assurance maladie privée a tendance à couvrir les ménages aisés et les travailleurs du secteur formel, même si on peut noter quelques exemples d'assureurs privés et de mutuelles de santé privées qui couvrent des ménages à faibles revenus ou des travailleurs du secteur informel.

Les assureurs privés offrant des prestations de santé complètes ciblent généralement des personnes jeunes, aisées et en bonne santé, et ils évitent les personnes à risque élevé qui pourraient avoir besoin d'utiliser des services de santé coûteux (une pratique appelée « sélection des bons risques »). Dans les pays caractérisés par une faible pénétration du marché, les groupes de risques sont également petits et assez instables, ce qui motive encore plus les assureurs privés à éviter les assurés risquant de leur coûter cher. En l'absence de réglementation et d'application stricte de cette réglementation, le marché de l'assurance privée exclut la grande majorité de la population.

La pénétration du marché par l'assurance maladie privée est limitée dans la plupart des pays de l'étude, en particulier dans les pays ciblés de l'Afrique de l'Ouest (**Error! Reference source not found.**). Le Sénégal est une exception comme on peut le voir au **Error! Reference source not found.** en matière de pénétration du marché par l'assurance maladie privée parce que les Institutions de Prévoyance Maladie sont considérées techniquement comme des compagnies d'assurances privées. Cependant, comme le gouvernement les régleme et impose les adhésions, elles ressemblent plus à des organisations d'assurance maladie sociale qu'à des compagnies d'assurances privées à adhésion libre. Quelques produits optionnels d'assurance privée offerts au Sénégal ont une pénétration du marché qui est plus proche que ce qui est observé dans les autres pays de l'étude.

Certaines entreprises privées offrent de leur plein gré à leurs employés des contributions pour le paiement de primes d'assurance ou d'autres prestations de santé proposées par des compagnies d'assurances privées afin d'attirer et de fidéliser des employés compétents, notamment au Kenya et au Nigeria. Mais de façon générale le modèle de l'assurance maladie privée ne contribue pas dans une large mesure à la couverture de la population dans les pays ayant de petits secteurs formels. L'assurance maladie privée pourrait également offrir une couverture supplémentaire si le secteur formel est déjà contraint de cotiser à un régime d'assurance maladie sociale, comme c'est le cas selon la feuille de route vers la CSU de l'Afrique du Sud. Les assureurs privés peuvent offrir une couverture alternative plutôt qu'un régime d'assurance maladie sociale, comme au Kenya, où les ménages aisés qui préfèrent recevoir des services de santé dans des établissements privés non couverts par le régime d'assurance maladie sociale obligatoire souscrivent des polices d'assurance maladie privée.

Les produits d'assurance privée adaptés aux besoins et aux revenus des ménages à faibles revenus sont assez rares dans le cadre de financement de la santé de la plupart des pays de l'étude, mais ils peuvent néanmoins jouer un certain rôle. Certaines mutuelles de santé privées existent au Burkina Faso et dans d'autres pays, mais les informations à leur sujet sont très limitées dans les documents disponibles. Le Ghana avait un grand nombre de mutuelles de santé privées avant qu'elles ne soient regroupées dans le cadre du Régime national d'assurance maladie organisé sous l'égide de l'État. Au Kenya, certains assureurs privés offrent des produits d'assurance maladie ayant des prestations limitées, des réseaux de prestataires à faible coût (p. ex., des hôpitaux d'organisations confessionnelles ou des établissements publics) et des primes plus faibles qui ciblent les travailleurs non pauvres du secteur informel.

Des produits d'assurance maladie simples à faible prix peuvent jouer un rôle en réduisant les coûts élevés associés aux soins de santé (p. ex., pour le transport ou pour compenser la perte de salaire). Cependant, les régimes d'assurance maladie privée non subventionnés sont habituellement hors de portée pour la grande majorité des ménages.

1.6.5 Dépenses directes à la charge des ménages

Les dépenses directes à la charge des ménages constituent le mécanisme de financement dominant dans la plupart des pays de l'étude, ce qui signifie que les ménages paient les prestataires pour les produits et services spécifiques reçus au moment de la consultation. Le ménage mobilise des ressources et achète les services. La mise en commun des risques est essentiellement absente, ce qui expose le ménage à des coûts de santé catastrophiques. Comme indiqué précédemment, un système de santé qui compte dans une large mesure sur le fait que la plupart des ménages doivent payer directement pour leurs soins de santé est économiquement inefficace, n'est pas équitable et ralentit le développement.

Dans tous les pays, les ménages paient toujours directement le coût de certains produits ou services de santé, comme on peut le voir même en Malaisie, où la plupart des services de santé sont fournis gratuitement ou à très faible coût par un réseau étendu d'établissements de santé publics. Le choix est important pour les consommateurs, et les consommateurs peuvent choisir de payer plus eux-

mêmes pour des services fournis par des prestataires privés ou non couverts, ou pour des services ou produits non couverts, comme des médicaments de grandes marques.

Le **Error! Reference source not found.** montre le pourcentage des dépenses totales de santé à la charge des ménages dans chacun des pays de l'étude. Les dépenses totales de santé comprennent à la fois les dépenses directes pour des produits et services et le paiement des primes de cotisation à des régimes de mise en commun des risques. Dans les pays ayant de faibles niveaux d'autres mécanismes de financement de la santé et de mise en commun des risques, les dépenses directes à la charge des usagers représentent la majorité des dépenses des ménages, et les dépenses des ménages en proportion des dépenses totales de santé sont généralement fort élevées. Le but de la CSU n'est pas d'éliminer complètement les dépenses à la charge des usagers pour la santé, mais d'assurer que les ménages ont une protection financière adéquate contre les coûts catastrophiques quand un membre du ménage a un problème médical.

1.7 Discussion

La poursuite de la CSU et de l'accès universel à la planification familiale nécessite souvent de grandes réformes du financement de la santé pour renforcer le système de soins de santé, mobiliser de nouvelles sources de financement et améliorer l'efficacité. Les gouvernements peuvent améliorer l'équité et augmenter l'efficacité en mettant en place des mécanismes de financement de la santé qui répartissent les risques entre un groupe d'assurés important et protègent les ménages contre des coûts catastrophiques. De tels mécanismes peuvent également encourager les ménages à rechercher des soins qui abaissent la morbidité et peuvent améliorer les résultats sur les plans microéconomique et macroéconomique. Aucun pays ne peut affirmer avoir un système de financement de la santé totalement équitable et efficace. L'étude des façons dont d'autres pays ont réalisé des gains en équité, en couverture des services et en protection financière peut être très utile. Le passage en revue des leçons tirées d'autres pays peut aider un gouvernement à concevoir des réformes anticipant les futurs besoins et problèmes.

Néanmoins, les gouvernements doivent surmonter bien des difficultés afin de mobiliser les ressources nécessaires pour étendre de façon équitable la couverture des services et la protection financière. L'étude a identifié des preuves de ceci dans les pays d'Afrique de l'Ouest ciblés ainsi que dans les pays de référence en dehors de la région (l'Encadré 6 montre la situation au Ghana, en Indonésie et au Nigeria). L'Organisation mondiale de la Santé (2011) a indiqué qu'aucun des pays de l'étude qui ayant souscrit à la Déclaration d'Abuja de 2001, et qui, en conséquence, s'étaient ainsi engagés à allouer au moins 15 % de leurs budgets des États à la santé, n'a atteint cet objectif dix ans plus tard. Comme les gouvernements ne financent pas les soins de santé aux niveaux recommandés, et comme les réformes de la santé peuvent être coûteuses, la mobilisation d'un financement privé est de plus en plus souvent évoquée. Cependant, le **Error! Reference source not found.** montre que les sources privées (ménages, employeurs, agences non gouvernementales dans le pays même) financent d'ores et déjà la plus grande partie des services de santé (sans même parler du fait que le financement par l'État est issu essentiellement des recettes fiscales générales, qui proviennent des ménages et des entreprises).

Les gouvernements ont des opportunités d'améliorer l'efficacité et l'équité du financement privé en éliminant les barrières existantes et en mettant en œuvre des mécanismes de financement de la santé plus efficaces. Les pays de référence de cette étude n'ont pas montré beaucoup d'exemples utiles de façons d'engager le secteur privé dans le financement de la santé.

La voie menant à la CSU est longue et changeante. Les gouvernements doivent continuellement réformer le système de soins de santé pour mettre en place une meilleure couverture, une couverture plus équitable, pour leurs populations. Les besoins et demandes de la population changent, comme on le voit en Malaisie, où le gouvernement réforme actuellement le système de santé pour introduire de nouveaux mécanismes de financement (ou renforcer des mécanismes existants) comme compléments à ceux du système de services de santé à financement public. En Afrique du Sud, le financement de la santé qui a évolué sous l'Apartheid couvre bien une partie de la

population mais une autre partie de la population en est exclue. Au lieu de construire des systèmes parallèles et séparés pour des populations différentes, ce gouvernement essaie maintenant de réformer le système de santé de façon à introduire une assurance maladie nationale qui couvrira tout le monde. En Éthiopie, le gouvernement a l'intention de réformer le cadre communautaire existant en intégrant des mutuelles communautaires à des groupes de risques de niveaux régional et national, tout comme le Ghana a permis aux mutuelles de faire partie de son Régime national d'assurance maladie.

Les programmes subventionnés par l'État qui n'ont pas assez de ressources pour couvrir tous les citoyens couvriront nécessairement ou à dessein une partie seulement de la population. Ceci peut affaiblir la solidarité sociale et l'équité, et éventuellement aller à l'encontre du principe d'universalisme progressiste. Une protection financière inégale entre le secteur formel (comprenant souvent les ménages aisés) et le reste de la population peut créer un cycle d'iniquité et une fragmentation accrue du système de santé. Si des ménages aisés sont exclus ou sont autorisés à se retirer du système, ils ne pourront plus subventionner efficacement la fourniture des soins pour les personnes pauvres et vulnérables. Si les gens ayant suffisamment de revenus obtiennent leurs services de santé dans des établissements privés au lieu du système public de fourniture de services de santé, les systèmes parallèles pourront fournir des soins de qualité inégale. De même, si un mécanisme de financement tel qu'un régime d'assurance maladie sociale exclut le secteur informel en raison de difficultés logistiques eu égard à l'identification des personnes à inscrire et à la mobilisation des ressources, une grande proportion de la population n'aura aucune protection financière. De plus, une approche de financement efficace affecte les ressources limitées à la distribution de subventions aux personnes qui en ont besoin, mais il n'est pas facile de faire cela en raison de difficultés logistiques.

De nombreux pays ont renforcé l'AMC comme stratégie pour couvrir le secteur informel et les segments pauvres et vulnérables de la population. L'AMC est populaire parce qu'elle est plus facile à utiliser pour mettre en œuvre les fonctions de financement de la santé (mobilisation des ressources, mise en commun des risques et achats) en mobilisant des ressources humaines au sein des communautés. Cependant, les mutuelles offrent souvent des forfaits de prestations limités et doivent surmonter de nombreux problèmes administratifs et financiers. Lorsque les systèmes de santé atteignent un certain stade dans leur développement, les mutuelles de santé privées sont souvent consolidées et peuvent fournir une fondation pour un programme d'assurance plus étendu sous l'égide de l'État, comme on peut le voir au Ghana. En utilisant une autre approche, l'Éthiopie est en train d'étendre l'assurance maladie pour les ménages ruraux et du secteur informel à faibles revenus au moyen de mutuelles au niveau des districts qui sont dirigées au niveau de la communauté. L'AMC peut servir de tremplin pour atteindre des niveaux supérieurs de couverture – en commençant par l'inscription de populations difficiles à atteindre et en s'appuyant sur les principes de solidarité communautaire pour la santé, pour se transformer ensuite en des régimes plus durables subventionnés et supervisés par l'État. Selon un scénario similaire, l'Indonésie consolide actuellement des régimes d'assurances sociales gérés au niveau des districts pour constituer un système national à payeur unique.

Des mécanismes de financement de la santé à plus petite échelle ou mieux ciblés peuvent promouvoir un accès équitable aux services essentiels. Un régime d'octroi de bons au Kenya est bénéfique à la fois pour les prestataires et pour les patients. Il fournit des revenus additionnels aux prestataires et il aide les patients à accéder aux services de planification familiale et d'assistance en cas de violences sexuelles en éliminant certaines des barrières financières et en encourageant les personnes concernées à obtenir des services appropriés. Le régime d'octroi de bons au Kenya comble une lacune dans le financement de la santé de ce pays et lui permet d'assurer l'accès aux services de planification familiale, et il sert de complément à d'autres programmes de financement de la santé tels que le Fonds national d'assurance maladie.

Il est essentiel d'assurer un accès universel à la planification familiale par le biais des initiatives de CSU. La plupart des pays de l'étude n'ont pas mentionné la planification familiale dans leur document stratégique de haut niveau concernant la CSU, bien que beaucoup aient des documents stratégiques

de haut niveau séparés pour la planification familiale ou la santé de la reproduction. Comme la CSU permet de réaliser des gains en termes de santé, de bien-être, d'économie et de développement, l'intégration des services de planification familiale aux régimes de CSU et à tous les mécanismes de financement de la santé du pays n'est pas seulement un impératif moral. C'est également un impératif stratégique. Lorsque les ressources fournies par les bailleurs pour la planification familiale déclineront, les gouvernements devront remplacer certains mécanismes ou renforcer des mécanismes alternatifs de financement pour réduire à la fois les besoins non satisfaits et les décès des mères, des nouveau-nés et des enfants.

La plupart des pays d'Afrique de l'Ouest ciblés dans cette étude ont des caractéristiques communes. De nombreux gouvernements envisagent des interventions simultanées pour améliorer la protection financière pour la santé et poursuivre la CSU : financement des établissements de santé avec des fonds publics, expansion de l'assurance maladie sociale et encouragement de l'établissement de mutuelles pour contribuer à la couverture de segments de la population difficiles à atteindre. Avec des secteurs formels relativement faibles, les pays ciblés devront augmenter considérablement le nombre des mutuelles de santé pour atteindre un niveau d'inscription presque universel pour leur population. La couverture de la population par l'AMC et d'autres formes d'assurance est faible dans la plupart des pays ciblés. Les dépenses directes à la charge des usagers pour les services de santé représentent une proportion très élevée des dépenses totales de santé des ménages, et souvent une proportion élevée des dépenses de santé totales du pays, alors que les dépenses des ménages pour l'assurance maladie sont relativement faibles. Les affectations budgétaires des gouvernements pour la santé sont toujours inférieures aux objectifs de la Déclaration d'Abuja. Le financement de la planification familiale provient toujours essentiellement des bailleurs, bien que les gouvernements gèrent une partie de la distribution des produits de planification familiale par le biais d'établissements publics de santé ou d'autres mécanismes. L'examen par cette étude des cadres de financement de la santé dans tous les pays ciblés révèle plusieurs opportunités pour chaque pays d'introduire de nouveaux mécanismes de financement de la santé ou de renforcer des mécanismes existants de financement de la santé qui augmenteront la couverture pour les soins de santé et la planification familiale.

Les sections suivantes de ce rapport examinent en détail les mécanismes de financement de la santé et la couverture de la planification familiale dans les huit pays ciblés d'Afrique de l'Ouest. Pour chaque pays, les auteurs identifient des opportunités d'étendre la couverture dans les trois dimensions de la couverture.

1.8 Sources

Alebachew, Abebe, Laurel Hatt, Matt Kukla et Sharon Nakhimovsky. Avril 2014. *Universal Health Coverage Measurement in a Low-Income Context: An Ethiopian Case Study*. Rapport préparé par Abt Associates. Washington, DC: United States Agency for International Development, Health Finance & Governance Project.

Belli, Paolo. Mars 2001. *How Adverse Selection Affects the Health Insurance Market* (Policy Research Working Papers). <http://dx.doi.org/10.1596/1813-9450-2574>

Ministère de la Santé, République d'Afrique du Sud. 2015. *National Health Insurance for South Africa: Towards Universal Health Coverage. Version 40. White Paper*. Publié dans la Government Gazette le 11 décembre 2015. http://www.gov.za/sites/www.gov.za/files/39506_gon1230.pdf

Gwatkin, D. R. et A. Ergo. 2011. Universal Health Coverage: Friend or Foe of Equity? *The Lancet* 377: 2160–2161.

Hatt, Laurel, et al. Décembre 2015. *Rapid Analytical Review and Assessment of Health System Opportunities and Gaps in Indonesia*. Rapport préparé par Abt Associates. Washington, DC: United States Agency for International Development, Health Finance & Governance Project. <https://www.hfgproject.org/rapid-analytical-review-assessment-health-system-opportunities-gaps-indonesia/>

- Health Finance & Governance Project (HFG). 2016. News and Announcements: Empowering women through community based health insurance. Accédé en octobre 2016 à <https://www.hfgproject.org/ethiopia-empowering-women-community-based-health-insurance/>.
- Ikhuoria, Edwin. 2016. *Nigeria: Will the 2016 Health Budget Fund the 2014 National Health Act?* Billet de blog publié le 2 février 2016 à <http://allafrica.com/stories/201602041407.html>.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). 2015. *Ghana Spotlight on Family Planning: Tracking Progress on the FP2020 Pledges*. [Brochure]. http://www.ippf.org/sites/default/files/spotlight_ghana_v301_web.pdf.
- Jamison, Dean T., et al. 2013. Global Health 2035: A World Converging within a Generation. *The Lancet* 382 (9908) : 1898–1955.
- Kutzin, Joseph. 2013. Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 91: 602-611. doi : <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- Ministère de la Santé, Malaisie. Non daté. *Country Health Plan (2011–2015)*. http://www.moh.gov.my/images/gallery/Report/Country_health.pdf
- Naik, Reshma, Lindsay Morgan et Jenna Wright. 2014, Décembre. The Role of Health Insurance in Family Planning (Policy Brief). Washington, DC: Population Reference Bureau. <http://www.prb.org/pdf15/health-insurance-family-planning.pdf>
- Njuki, Rebecca, et al. 2015. Does a Voucher Program Improve Reproductive Health Service Delivery and Access in Kenya? *BMC Health Services Research* 15:206. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0860-x>
- Tine, Justin, Sophie Faye, Sharon Nakhimovsky et Laurel Hatt. 2014, April. *Universal Health Coverage Measurement in a Lower-Middle-Income Context: A Senegalese Case Study*. Rapport préparé par Abt Associates. Washington, DC: United States Agency for International Development, Health Finance & Governance Project.
- Nations Unies. 2000. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14 on Article 12 of International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York : Auteur.
- Nations Unies, Département des Affaires Économiques et Sociales, Division de la Population. 2015. *Model-Based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2015*. « Unmet Need for Family Planning. Median Estimate, 2014 ». New York : Nations Unies.
- Nations Unies, Assemblée générale. 2015, 21 octobre. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Résolution adoptée lors de la soixante-dixième session de l'Assemblée générale le 25 septembre 2015. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
- Banque mondiale. 2016. *Universal Health Coverage (UHC) in Africa: A Framework for Action*. Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/735071472096342073/Universal-Health-Coverage-UHC-in-Africa-a-framework-for-action>
- Organisation mondiale de la Santé. 2011. *The Abuja Declaration: Ten Years On*. http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Banque mondiale. 2014. *Monitoring Progress Toward Universal Health Coverage at Country and Global Levels: Framework, Measures and Targets*. Genève : WHO Press. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?ua=1

2. BÉNIN

2.1 Un aperçu bref de pays



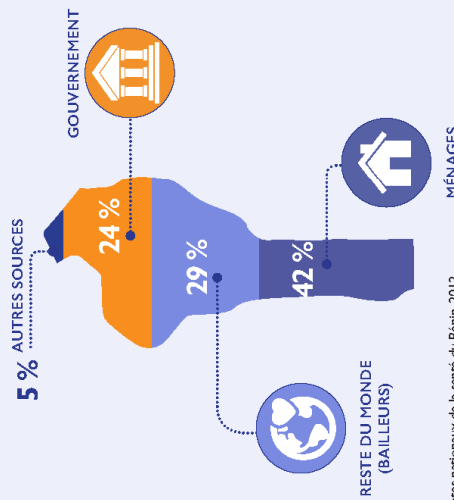


Benin

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

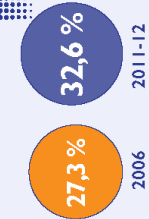
Les stratégies du Bénin pour améliorer la couverture des services de santé

DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ PAR SOURCE^a



PLANIFICATION FAMILIALE

BESOIN DE PLANIFICATION FAMILIALE NON SATISFAIT AU BÉNIN



FOURNI PRINCIPALEMENT PAR DES BAILLEURS INTERNATIONAUX



INDICATEURS CLÉS

Indicateur	Valeur (Année)
Population	10 879 800 (2015) ⁱ
Dépenses générales de santé de l'État en pourcentage des dépenses totales de l'État	8 % (2012) ⁱⁱ *
Dépenses totales de santé actuelles par tête d'habitant	34 UD (2012) ⁱⁱⁱ *
Régimes privés prépayés en pourcentage des dépenses totales de santé	0,05 % ^{iv} *
Besoins de planification familiale non satisfaits	32,6 % (2011-12) ^v **
Femmes mariées utilisant actuellement une méthode moderne quelconque de contraception	7,9 % (2011-12) ^{vi} **
Femmes mariées utilisant actuellement des contraceptifs réversibles à longue durée d'action (stérilets, injections ou implants)	3,5 % (2011-12) ^{vii} **
Femmes non mariées sexuellement actives utilisant actuellement une méthode moderne quelconque de contraception	24,4 % (2011-12) ^{viii} **

* Organisation Mondiale de la Santé, Global Health Observatory, <http://www.who.int/gho/ben>. Accès : juillet 2016.

** Comptes nationaux de la santé du Bénin, 2012.

*** ICF International, 2012, The DHS Program STATcompiler, <http://www.statcompiler.com>. Accès : juin 2016.

La stratégie de Couverture Maladie Universelle (CMU) du Bénin est élaborée dans son Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 (PNDS). Le PNDS utilise le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) comme instrument pour accroître l'accès aux services de santé et la protection financière contre les dépenses de santé par le biais d'un réseau de régimes d'assurance maladie communautairesⁱ ; la mise en œuvre du RAMU a commencé en juillet 2016. Au-delà du RAMU, les stratégies du gouvernement portent sur la mobilisation des ressources, y compris les envois de fonds de la diaspora, les services aux populations vulnérables et l'engagement du secteur privé. En 2013, le Bénin a établi une plateforme pour les partenariats public-privé dans le but d'améliorer la réglementation du secteur privé et la passation de contrats avec le secteur privé. À l'heure actuelle, 49 % des dépenses totales de santé sont des dépenses privées, principalement des frais à la charge des usagers payés par les ménages. Il existe cinq compagnies d'assurance maladie privées.ⁱⁱ Le Bénin reconnaît le besoin d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de planification familiale.ⁱⁱⁱ Dans l'ensemble du pays, les besoins de services de planification familiale non satisfaits ont augmenté de 27,3 % en 2006 à 32,6 % en 2011-12. Le gouvernement s'est engagé à identifier les besoins de planification familiale et à augmenter le taux de prévalence des contraceptifs de 20 % d'ici 2018.^{iv} À présent, les produits de planification familiale sont financés principalement par les bailleurs internationaux et mis à la disposition de la population par des centres de santé du secteur public.^v

Défis et opportunités

Le Bénin a trois obstacles à surmonter dans ce domaine : la faiblesse des dépenses publiques de santé, les barrières financières à l'accès aux soins et le faible taux de pénétration de l'assurance maladie. Ceci étant dit, l'expansion du RAMU permettrait de réduire les frais à la charge des usagers et d'accroître l'accès aux soins, tout particulièrement dans les zones rurales. Les mutuelles privées et publiques existant actuellement pourraient effectuer un transfert de connaissances en matière d'augmentation de l'efficacité de gestion et de coordination avec les mutuelles du RAMU. Enfin, la mise en place de partenariats public-privé et la participation du secteur privé à des régimes de financement de la santé gérés par le secteur public, tel que décrit dans la Politique Nationale de Santé, pourra également aider le Bénin à créer un système national de santé intégré garantissant la santé pour tout le monde.

- i Ministère de la Santé du Bénin, Septembre 2009, Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018.
- ii Projet Health Finance and Governance, 2015, HFG at Work in Benin, <https://www.hfgproject.org/where-we-work/africa/benin>. Accès : 6 juillet 2016.
- iii Ministère de la Santé du Bénin, Mai 2013, État des Lieux du Système de Financement de la Santé au Bénin, Cotonou, Bénin.
- iv Ministère de la Santé du Bénin, 2013, Politique Nationale de Santé.
- v ICF International, 2012, The DHS Program STATcompiler, <http://www.statcompiler.com>. Accès : juin 2016.
- vi Ministère de la Santé du Bénin, 2013, Plan d'Action National Budgétisé pour le Repositionnement de la Planification Familiale 2014-2018 au Bénin.
- vii Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), Avril 2015, Bénin: UNFPA Supports the Improvement of Family Planning Services, <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/benin-unfpa-supports-improvement-family-planning-services>. Accès : 30 juillet 2016.

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 (24 % des DTS)
- Subventions ou prêts de partenaires de développement (29 % des DTS)
- Le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) mettra en commun les risques des travailleurs des secteurs formel et informel au niveau de chacune des 34 zones de santé
- Le gouvernement achète des services dans des établissements publics de santé par le biais :
 - » De paiements à l'acte versés à de tels établissements en fonction des prestations fournies, du niveau des interventions de santé (primaires, secondaires, tertiaires) et des circonstances socio-économiques des personnes concernées
 - » De subventions pour les soins de santé dispensés aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans
 - » De mesures financières incitatives basées sur les résultats obtenus pour les travailleurs de santé

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- Paiements à la charge des ménages (42 % des DTS)
- Cotisations volontaires prépayées des ménages (0,05 % des DTS)
- Les assureurs privés mettent les risques en commun au niveau du régime, mais seulement 5,4 % de la population est couverte
- Les ménages sont les principaux acheteurs de services de santé du secteur privé au Bénin
- Les ménages paient les frais à la charge des usagers pour les services de planification familiale
- Pour réduire la fraude au maximum, l'Agence Nationale d'Assurance Maladie du Bénin (ANAM) supervise les prestataires de soins de santé participants et établit un barème de paiements à l'acte autorisés couverts par les régimes privés d'assurance maladie.

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

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

	SECTEUR PUBLIC		
	SEGMENT DE LA POPULATION :		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL : NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	✓	✓	✓
Assurance sociale santé obligatoire	✓		
Assurance maladie communautaire volontaire		✓	✓
	SECTEUR PRIVÉ		
	SEGMENT DE LA POPULATION :		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL : NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance maladie privée volontaire	✓	✓	
Dépenses non remboursées	✓	✓	✓

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.hfgproject.org.



2.2 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 au Bénin et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Ce chapitre décrit le financement de la santé au Bénin 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 Health Finance and Governance Project (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.

2.3 Le financement de la santé au Bénin

Le Bénin utilise cinq mécanismes principaux de financement de la santé. Chaque mécanisme important est décrit plus en détail ci-dessous.

2.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le financement des services de santé par le Gouvernement assure une protection financière contre les coûts des services de santé pour la plus grande partie de la population. Selon le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 (PNDS) du Bénin, tous les citoyens du Bénin ont le droit de recevoir des soins de santé dans les établissements financés directement par l'État.

Le financement des services de santé par le Gouvernement protège les participants contre l'exposition au coût complet des services de santé des établissements publics, ce qui en fait un mécanisme de financement de la santé important.

Le financement par le Gouvernement des services de santé fournis dans des établissements de santé publics ne couvre pas l'intégralité de la fourniture des soins ; les établissements de santé imposent des frais à la charge des usagers fixés par le Ministère de la Santé en fonction du type de service et du statut socio-économique de l'utilisateur. Il existe des programmes d'exonération de l'obligation de paiement pour les services qui traitent les maladies prioritaires dans les segments vulnérables de la population. Citons par exemple les soins gratuits contre le paludisme pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Les achats du gouvernement se produisent par le biais de paiements au niveau des établissements, de subventions pour les services fournis aux segments vulnérables de la population et, de plus en plus, par des incitations en fonction des résultats pour les travailleurs de santé et les établissements de santé. Il existe plusieurs programmes de financement basés sur les résultats dans le pays – avec le soutien des partenaires au développement – qui consistent en paiements supplémentaires versés aux travailleurs de santé ayant eu des résultats favorables.

2.3.2 L'assurance maladie sociale

En 2012, le gouvernement du Bénin a publié un décret créant un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU), un régime d'assurance maladie sociale obligatoire devant couvrir tous les citoyens. Le gouvernement a lancé la première des trois phases de la mise en œuvre du RAMU en juillet 2016 en couvrant l'hospitalisation, les médicaments et les prestations complémentaires pour le secteur formel (Center for Health Market Innovations 2016). Une fois qu'il aura été totalement mis en œuvre, le RAMU fonctionnera comme un programme regroupant divers mécanismes de protection financière contre les coûts des services de santé, y compris les mutuelles existantes. Le RAMU établira des groupes de risques sous forme de trente-quatre zones de santé à base géographique. De plus, le RAMU servira d'instrument pour le financement par le gouvernement de l'assistance médicale directe aux pauvres et aux personnes vulnérables ou dans le besoin (Ministère de la Santé de Bénin 2009). Le mécanisme pour ce financement n'était pas encore clair au moment de la publication de cette étude.

Le RAMU est financé par les recettes fiscales et les cotisations individuelles. Les cotisations sont fixées pour les ménages des travailleurs du secteur formel et pour les ménages non pauvres du secteur informel, avec des contributions annuelles fixées à 12 000 FCFA par adulte et à 1 000 FCFA par enfant (de moins de 18 ans). Les ménages pauvres et vulnérables n'auront pas à payer de cotisations car ils seront couverts par le Fonds sanitaire des indigents (Ministère de la Santé, n.d.). Selon le PNDS, ce fonds sera décentralisé au niveau de la municipalité afin de renforcer l'accès aux services de santé pour ce groupe. Au moment de la publication de l'étude du Projet HFG, la façon dont les cotisations au RAMU seraient prélevées n'était toujours pas claire. Le gouvernement envisage également de créer des impôts spécialement affectés à la santé, comme une taxe à la valeur ajoutée ou une taxe sur l'achat d'alcool et de tabac, pour financer le RAMU. Le RAMU recevra également des contributions des membres sous forme de ticket modérateur au point de service. Quand ils accèdent à des soins de santé dans un hôpital de niveau départemental ou équivalent, les patients paieront une coassurance de 10 % ; dans un hôpital universitaire de niveau central ou national, les patients paieront une coassurance de 20 %.

Au moment de l'étude du Projet HFG, le système de gouvernance du RAMU n'était pas encore clairement établi, mais on estime que l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), qui existe depuis 2012, exercera une certaine supervision, au minimum pour gérer la collecte des primes.

Il est prévu que des services de planification familiale soient dispensés dans les établissements de santé agréés par le RAMU, mais pour l'instant on ne pense pas que le RAMU inclura le coût de ces services dans son offre d'assurance. Le RAMU devrait surtout couvrir les services curatifs, à l'exclusion des services préventifs et de la planification familiale.

2.3.3 L'assurance maladie communautaire

Au Bénin, une ONG ou des partenaires étrangers soutiennent généralement le financement, l'exploitation et la gestion technique des mutuelles, mais celles-ci sont régies par la zone de santé du secteur public qu'elles couvrent. Il y a 12 promoteurs principaux des mutuelles, la plupart d'entre eux appartenant à la Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé (CONSAMAS), une entité nationale qui existe pour harmoniser les efforts des mutuelles publiques et privées.

Il existe approximativement 200 mutuelles au Bénin. La pénétration de l'assurance maladie communautaire est relativement faible, couvrant environ 500 000 personnes (4,7 % de la population). Ceci étant dit, les mutuelles ont le potentiel de couvrir entre 20 % et 38 % de la population sur la base de la distribution géographique des zones de santé actuelles dans lesquelles les mutuelles fonctionnent. Le gouvernement a donc fait de l'AMC une composante importante de la fourniture de protection contre les risques financiers des segments non formel et rural de la population. Le gouvernement a l'intention d'incorporer et de regrouper les mutuelles existantes dans la structure du RAMU.

La plupart des mutuelles couvrent les soins curatifs et anténatals au niveau de la commune par le biais des centres de santé communautaires. En outre, la majorité des mutuelles couvrent 70-75 % des coûts des médicaments génériques essentiels selon les recherches effectuées par le Projet HFG dans le pays.

Les recherches du Projet HFG indiquent que les produits et services de planification familiale ne sont pas couverts actuellement par les mutuelles.

2.3.4 L'assurance maladie privée

La pénétration de l'assurance maladie privée au Bénin est faible, au niveau de 5,4 % ; la couverture est concentrée dans les ménages urbains du secteur formel. À l'exception des ONG et des partenaires au développement, l'assurance financée par les employeurs est pratiquement absente au Bénin. À l'heure actuelle, cinq compagnies d'assurances privées proposent des produits d'assurance maladie privée volontaires axés sur les services curatifs. De plus, parmi les 12 principaux promoteurs des mutuelles (voir la section « Assurance maladie communautaire » ci-dessus), certains proposent également des régimes d'assurance maladie privée limités au secteur informel. Les régimes d'assurance maladie privée sont réglementés par l'ANAM.

La planification familiale n'est pas couverte par les produits d'assurance maladie privée.

2.3.5 Dépenses à la charge des ménages

Les dépenses directes à la charge des ménages comprennent près de la moitié de toutes les dépenses de santé au Bénin – environ 42 % (Ministère de la Santé 2013). Ce niveau élevé de dépenses directes à la charge des ménages suggère que la plupart des citoyens du Bénin ne bénéficient pas d'une protection financière adéquate contre les coûts des soins de santé. Au fur et à mesure que plus de citoyens du Bénin auront accès et s'inscriront à des mécanismes de protection financière tels que l'assurance maladie, les dépenses des ménages passeront vraisemblablement des paiements directs des produits et services au paiement de primes à des régimes mettant les risques en commun gérés par le gouvernement, des employeurs, la communauté ou des assureurs privés.

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

Le gouvernement du Bénin est axé sur le développement et la mise en œuvre en trois étapes de son régime d'assurance maladie universelle, le RAMU. Dans le PNDS, le gouvernement considère le RAMU comme une structure regroupant et supervisant les régimes d'assurance maladie publics et privés ainsi que les initiatives d'assistance médicale ciblant spécifiquement les personnes pauvres et vulnérables, y compris les femmes enceintes et les maladies à prévalence élevée représentant un fardeau financier considérable. Comme la structure du RAMU nécessite une supervision nationale des régions, des zones de santé et des communes pour coordonner l'exploitation et le financement, le gouvernement considère la mise en place du RAMU comme un mécanisme pour la promotion d'améliorations en termes d'intégration, de gouvernance, de partenariats et de gestion des ressources dans l'ensemble du système de santé.

Le gouvernement emploie également des stratégies visant à accroître l'efficacité des mécanismes de financement existants en mobilisant des ressources pour la santé à l'intérieur du pays, en renforçant le secteur privé et en collaborant avec lui, et en fournissant une assistance supplémentaire aux mutuelles pour leur permettre d'accorder une couverture et une protection contre les risques financiers adéquates aux segments ruraux, informels non pauvres et pauvres/indigents de la population. Le RAMU décrit comme un impératif le développement des mutuelles en particulier, mais les détails des stratégies nécessaires pour y parvenir n'étaient pas disponibles au moment de l'analyse du Projet HFG.

Ses entretiens avec des parties prenantes clés ont permis au Projet HFG d'apprendre que le Bénin avait validé et disséminé récemment sa stratégie nationale de financement de la santé pour la CSU, la Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Universelle du Bénin 2016-2022. Les objectifs de la stratégie sont d'utiliser plus efficacement les ressources du secteur de la santé, de mettre en place le RAMU, d'intégrer d'autres mécanismes de protection financière et d'assurer un financement équitable, durable et fiable pour la santé de façon globale. Ceci renforce le quatrième domaine stratégique du PNDS, qui souligne le besoin d'améliorer les mécanismes de financement de la santé en mobilisant les ressources intérieures et en développant davantage l'assurance maladie pour réduire les dépenses directes des ménages en soins de santé.

Au Bénin, après les dépenses des ménages, ce sont les bailleurs qui contribuent le plus au financement du secteur de la santé (29 %). En plus de la fourniture de ressources pour financer directement les programmes et de ressources gérées directement, le Bénin a mobilisé des ressources additionnelles de bailleurs pour le PNDS en adhérant à l'International Health Partnership (IHP+) en 2009. Le Bénin a également signé un compact afin de recevoir de l'assistance des bailleurs pour développer et mettre en œuvre le plan d'exploitation du PNDS, à savoir le Plan de développement triennal du secteur de la santé. Il reçoit de l'aide de la Banque mondiale pour évaluer les difficultés de la mise en place du RAMU en termes économiques et d'infrastructure, ainsi que de l'assistance de la Commission européenne dans les domaines de la gouvernance, de l'infrastructure, des communications et du développement local (Organisation Mondiale de la Santé 2013).

Depuis 2011, Providing 4 Health Social Health Protection Network (P4H) soutient les efforts du Bénin pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Premièrement, P4H a fourni un soutien technique et des recommandations pour la mise en place du RAMU, y compris une analyse de la structure du RAMU, de sa faisabilité et de son plan de mise en œuvre. Deuxièmement, P4H a soutenu l'élaboration et la validation de la stratégie nationale de financement de la santé du Bénin pour la CSU (SNFS pour la CSU) (Providing for Health (P4H) 2016).

Dans sa Politique Nationale Sanitaire, le gouvernement du Bénin a reconnu l'importance de la mise à disposition de ses citoyens de services de planification familiale accessibles à un coût abordable et de la promotion de la planification familiale. Depuis lors, le gouvernement a élaboré le Plan d'Action National Budgétisé pour le Repositionnement de la Planification Familiale 2014-2018 au Bénin, qui inclut les objectifs à atteindre pour accroître la demande de services de planification familiale et améliorer l'accès à ces services, tout en gérant les facteurs environnementaux et en assurant la supervision et la coordination. Les stratégies incluent les communications stratégiques en matière de planification familiale ; le plaidoyer pour inclure la planification familiale dans la fourniture de services de santé aux niveaux national, régional, communautaire et des établissements ; la sensibilisation et l'engagement des hommes et des jeunes ; les stratégies d'adaptation à la population rurale ; et l'élaboration de plans visant à sécuriser et renforcer la logistique et la gestion des produits.

Le Ministère de la Santé a affirmé l'importance de l'inclusion du secteur privé dans ses efforts de financement de la santé en liaison avec le PNS et le PNDS. Il a clairement manifesté son intérêt pour les partenariats et la collaboration entre le secteur public et le secteur privé, pour la réglementation de ce dernier, pour la passation de marchés avec lui et pour l'intégration des activités du secteur privé aux efforts d'atteinte de la CSU, bien qu'il n'ait pas élaboré de stratégies spécifiques pour y parvenir. En 2015, le Bénin a établi une plateforme pour les partenariats public-privé, mais aucune information sur ses activités spécifiques ou son fonctionnement n'était disponible au moment de l'étude du Projet HFG.

2.5 Opportunités en matière de financement de la santé

L'analyse du financement de la santé par le Projet HFG au Bénin a révélé plusieurs domaines dans lesquels le gouvernement pourrait concentrer ses efforts pour développer, renforcer et appliquer sur une plus grande échelle des mécanismes de financement afin de progresser vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale.

Le gouvernement pourrait améliorer l'efficacité de ses initiatives de protection contre les risques financiers en accroissant la disponibilité des régimes d'assurance maladie. Les mécanismes de financement de la santé existant actuellement au Bénin assurent un certain degré de protection financière à la plupart des citoyens de ce pays, mais le taux de dépenses à la charge des usagers de 42 % démontre une protection financière insuffisante en cas de maladie. Comme on peut le voir avec les autres pays dans ce rapport, le fait de s'appuyer excessivement sur les frais à la charge des usagers crée des obstacles financiers à l'accès pour un segment important de la population étant donné qu'environ 35,2 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (Ministère de la Santé 2013) ; même les frais nominaux à la charge des usagers que les établissements de santé sont autorisés à facturer peuvent être trop chers. Comme on a pu le voir ci-dessus, les principaux mécanismes d'assurance maladie existant actuellement – l'AMC et l'assurance maladie privé – ne couvrent qu'une faible proportion de la population. Avec le lancement de la mise en œuvre du RAMU en juillet 2016, le gouvernement a une opportunité de mécaniser la couverture sanitaire universelle par le biais de l'assurance maladie sociale.

Le gouvernement peut également optimiser ses efforts visant à faciliter l'accès à la planification familiale. Les deux documents nationaux de politique/stratégie du Bénin en matière de planification familiale – le Programme National de Santé de la Reproduction 2011-2015 et le Plan d'Action National Budgétisé pour le Repositionnement de la Planification Familiale 2014-2018 – ont été rédigés mais n'ont pas encore été évalués. Leurs évaluations pourraient révéler des possibilités d'harmonisation et d'amélioration de l'efficacité. Il ne semble pas encore exister de politique exigeant que l'ANAM, les mutuelles de santé et les régimes d'assurance maladie privés couvrent les services de planification familiale. La planification familiale est exclue de toutes les options existantes d'assurance maladie au Bénin sous prétexte qu'il s'agit d'un type de service préventif, et non curatif. Étant donné que les politiques et stratégies existantes soulignent le besoin de donner la priorité aux initiatives visant à promouvoir la disponibilité, l'accessibilité, la demande et l'utilisation des services de planification familiale, l'élaboration d'une politique axée sur la couverture des services de planification familiale faciliterait le lancement d'initiatives ayant pour but de réduire le besoin non satisfait de planification familiale à 32,6 % en 2011-2012. Ceci présente également une opportunité de réfléchir à la façon dont le RAMU fera en sorte que son inclusion prévue des services de planification familiale couvre adéquatement la population compte tenu du fait qu'il sera mis en œuvre par le biais des mutuelles qui excluent la planification familiale.

De plus, le gouvernement pourra explorer des opportunités d'identification des besoins de financement, d'amélioration de la mobilisation des ressources et d'adoption de nouvelles stratégies portant sur le recouvrement des revenus. Par exemple, à ce stade précoce de la mise en œuvre du RAMU, le gouvernement pourrait évaluer de manière systématique la suffisance et la durabilité des fonds affectés au RAMU. En liaison avec ce qui précède, le gouvernement a une opportunité de contrôler l'efficacité des stratégies innovantes proposées pour mobiliser des ressources, telles que la création de nouveaux impôts, et de continuer à innover dans ce but. Parallèlement à ce suivi de l'évolution de la situation, le gouvernement pourrait analyser si les plans actuels de mobilisation des ressources pour un fonds de santé pour les indigents – un fonds financé essentiellement par des revenus fiscaux et des primes du secteur formel – seront suffisants pour couvrir adéquatement et durablement les services de santé requis par les indigents et les personnes vulnérables. Enfin, le Projet HFG a constaté que les mutuelles de santé ne peuvent recouvrer qu'environ 55 % des revenus qu'elles sont censées recevoir des participants, ce qui suggère le besoin de renforcer les mécanismes de collecte des revenus existants et d'en ajouter de nouveaux.

Le gouvernement pourrait rechercher les meilleures pratiques et les leçons tirées des expériences des mutuelles en matière de collecte des revenus. Enfin, le Bénin pourrait utiliser sa plateforme existante pour les partenariats public-privé pour impliquer davantage le secteur privé afin qu'il puisse fournir plus de services de santé de qualité accessibles par la population.

2.6 Sources

- Comptes de santé du Bénin et macro-indicateurs de l'OMS GHED. 2012. SCS Standard 2011
Tableaux : Bénin. Calendrier : 2012.
- Center for Health Market Innovations. 2016. *Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) du Bénin*.
Accédé en juillet 2016 à <http://healthmarketinnovations.org/program/Bénins-national-health-insurance-ramu>
- Ministère de la Santé, Bénin 2009. Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018. Cotonou, Bénin.
- Ministère de la Santé, Bénin. 2013. Comptes de Santé 2013 Avec distribution des dépenses de santé du Paludisme, du VIH/Sida, de la Tuberculose. Cotonou, Bénin.
- Ministère de la Santé, Bénin n.d. *Grandes initiatives : Le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)*.
Accédé en juillet 2016 à <http://Béninsante.bj/spip.php?article76>
- Providing for Health (P4H). 2016. *P4H Partner Countries*. Accédé en juillet 2016 à <http://p4h-network.net/partner-countries>.
- Organisation Mondiale de la Santé. 2013. « Country Planning Cycle Database : Official Development Assistance (ODA) for Health to Benin ». Accédé en juillet 2016 à <http://www.nationalplanningcycles.org/planning-cycle/BEN>

3. BURKINA FASO

3.1 Un aperçu bref de pays





Burkina Faso

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



Les stratégies du Burkina Faso pour améliorer la couverture des services de santé

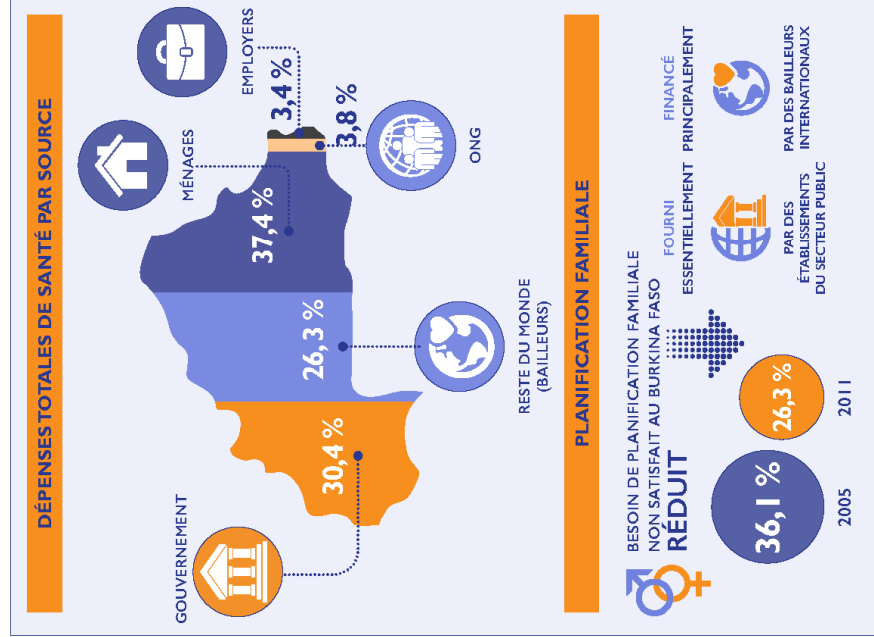


Figure 3 : Un aperçu bref de Burkina Faso

Depuis les tensions politiques de 2014, la mise en œuvre des plans visant à fournir une assurance maladie à 20 % de la population du Burkina Faso a été retardée. Le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (MFPTSS) dirige les efforts d'atteinte de la CMU et fournit un forfait standard de prestations subventionnées par le gouvernement entre 80 et 100 %. La CMU sera mise en place par le biais de soins de santé gratuits ou subventionnés pour l'ensemble de la population, le Centre National de Sécurité Sociale (CNSS) pour le secteur formel (y compris les personnes travaillant à leur compte), la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO) pour les fonctionnaires en activité et, en retraite, et l'assurance maladie communautaire (AMC) volontaire pour la population rurale et le secteur informel. Malgré tout, le taux de couverture de la population est toujours très bas : La CARFO couvrirait moins de 1 % de la population en 2014 et l'AMC en couvrirait environ 2 % en 2010.

Quinze pour cent des femmes mariées et 59 % des femmes non mariées qui sont sexuellement actives utilisent actuellement une méthode moderne de contraceptionⁱ. Les trois-quarts des utilisatrices obtiennent leurs contraceptifs par le biais de fournisseurs du secteur public, principalement des centres de santé. Les Comptes de la Santé de 2013 montrent que 11 % des dépenses pour la santé de la reproduction sont financées par le gouvernement, alors que son bur est d'en financer 70 %ⁱⁱ. Les services de planification familiale dans les établissements publics sont subventionnés, mais ils ne sont pas gratuits.

Défis et opportunités

Le gouvernement a une opportunité d'augmenter les niveaux de protection financière dans le pays. Une étude de 2016 a révélé que les ménages étaient en général prêts à mettre les ressources en commun. Ceci fournit une excellente base sur laquelle développer des régimes d'AMC pour répondre aux besoins. L'expérience de nombreuses initiatives d'AMC dans le pays fournit des leçons utiles pour l'extension de la couverture. Le gouvernement pourrait fournir des subsides pour permettre la participation des ménages pauvres (en raison du taux de pauvreté de 46 %, le système actuel est hors de portée pour de nombreux ménages). De même, des consultations avec les régimes d'AMC, la CARFO ou le CNSS pourraient donner des idées sur les meilleures façons d'harmoniser les forfaits de prestations.

ⁱ CARFO, 2015, Annuaire Statistique, Burkina Faso
ⁱⁱ Ministère de la Fonction Publique du Travail et de la Sécurité Sociale, 2014, Plan d'Opérationnalisation du Régime d'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso, Burkina Faso.
ⁱⁱⁱ Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010, Calverton, Maryland, E.U.
^{iv} Ministère de la Santé, 2010, 2009-2015 PLAN STRATÉGIQUE DE SECURISATION DES PRODUITS DE LASANTE DE LA REPRODUCTION
^v Application des principes financiers de la couverture maladie universelle au Burkina Faso, Sciences sociales et Médecine

INDICATEURS CLÉS	
Indicateur	Valeur (Année)
Population	18 105 600 (2015) ⁱ
Dépenses générales de santé de l'Etat en pourcentage des dépenses totales de l'Etat	12 % (2013) ⁱⁱ
Dépenses totales de santé par tête d'habitant	41 \$ (2013) ⁱⁱⁱ
Régimes privés prépayés en pourcentage des dépenses totales de santé	1,5 % (2013) ⁱⁱⁱ
Besoins de planification familiale non satisfaits	24,5 % (2010) ^{iv}
Femmes mariées utilisant actuellement une méthode moderne quelconque de contraception	15 % (2010) ^v
Femmes mariées utilisant actuellement des contraceptifs réversibles à longue durée d'action (stérilets, injections ou implants)	9,9 % (2010) ^{vi}
Femmes non mariées sexuellement actives utilisant actuellement une méthode moderne quelconque de contraception	59 % (2010) ^{vii}

* Organisation Mondiale de la Santé, Global Health Observatory, <http://www.who.int/gho/en/>, Accès : juin 2016
ⁱⁱ <http://apps.who.int/tna/database/select/indicators/en>, Accès : juillet 2016
ⁱⁱⁱ ICF International, 2012, The DHS Program STAT compiler, <http://www.statcompiler.com>, Accès : juillet 2016

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		
<ul style="list-style-type: none"> Revenus du budget général de l'État (30,4 %) Subventions ou prêts de partenaires de développement (26,3 %) Impôts sur les salaires payés par les employeurs du secteur public (pour l'assurance sociale santé) 	<ul style="list-style-type: none"> Services de santé gratuits et subventionnés disponibles dans des établissements de santé du secteur public Le CNSS met en commun les risques pour les travailleurs du secteur formel La CARFO met en commun les risques pour les fonctionnaires en activité et en retraite 	<ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement achète des services dans des établissements publics de santé par le biais : <ul style="list-style-type: none"> » D'exonérations de paiement des frais à la charge des usagers / de subventions pour certains services essentiels » De dispenses de paiement des frais à la charge des usagers pour les ménages indigents » De financement basé sur les résultats (projets pilotes)
LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ		
<ul style="list-style-type: none"> Paiements à la charge des ménages pour les primes et les tickets modérateurs pour l'assurance maladie communautaire, et dépenses non remboursées (35 % des DTS) Contributions des employeurs au CNSS et aux compagnies d'assurances privées pour le compte des employés 	<ul style="list-style-type: none"> La mise en commun des risques de l'ensemble des régimes d'assurance maladie communautaire et des compagnies d'assurance maladie privées est à un faible niveau au Burkina Faso ; ces deux mécanismes ne contribuent aux dépenses totales de santé qu'à hauteur de 1,5 % en 2013 	<ul style="list-style-type: none"> Les ménages sont les principaux acheteurs de services de santé au Burkina Faso : <ul style="list-style-type: none"> » 6 % des dépenses de planification familiale proviennent de sources privées (dépenses non remboursées des ménages, employeurs et ONG) Les régimes d'assurance maladie communautaire achètent des services pour le compte de leurs membres et remboursent les prestataires selon le modèle du paiement à l'acte. Un système expérimental de paiements à la capitation a été déployé dans le district de Nouna.

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 FORMEL	SECTEUR INFORMEL NON-PALVRES	SECTEUR INFORMEL PALVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	✓	✓	✓
Assurance sociale santé obligatoire	✓		

	SECTEUR PRIVÉ		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL NON-PALVRES	SECTEUR INFORMEL PALVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance maladie communautaire volontaire		✓	✓
Assurance maladie privée volontaire	✓		
Dépenses non remboursées	✓	✓	✓

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.hfgrproject.org.



3.2 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 au Burkina Faso et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Ce chapitre décrit le financement de la santé au Burkina Faso 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 Health Finance and Governance Project (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.

En septembre 2015 l'Assemblée nationale du Burkina Faso a adopté une loi qui prévoit un cadre juridique pour mettre en œuvre l'assurance maladie universelle. Cette loi introduit un système de financement contributif équitable selon lequel les membres paient en fonction de leurs moyens et reçoivent des prestations en fonction de leur état de santé. Les indigents et les pauvres bénéficieront de subventions totales de l'État. Un tiers payeur (potentiellement l'Agence de gestion de l'assurance maladie universelle) achètera des services du secteur formel et du secteur informel pour le compte de tous les citoyens. Un secrétariat technique de l'assurance maladie universelle (ST-AMU) au Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (MFPTSS) fera appliquer cette loi.

Le Burkina Faso s'est fixé pour but d'atteindre la CSU en 2025 (L'Économiste du Faso 2016). Une feuille de route 2015-2017 rédigée par le MFPTSS indique que le but est d'inscrire 20 % de la population dans un régime d'AMC d'ici 2017. Au Burkina Faso, la CSU a été définie de façon à inclure :

- Un forfait de prestations qui couvre les soins primaires, secondaires et tertiaires et qui bénéficie d'une subvention à hauteur de 80-100 % par le gouvernement (exclusions : lunettes, maladies chroniques et soins déjà fournis par d'autres programmes du gouvernement).
- Des subventions à cent pour cent pour les indigents et des subventions partielles pour les segments informel et rural de la population.

Pendant la première phase, le Burkina Faso lancera des projets pilotes dans quatre zones de manière à couvrir 10 % de la population du secteur rural et du secteur informel, et 85 % de la population du secteur formel en 2017.

Actuellement, le Burkina Faso a trois mécanismes de financement qui seront combinés ultérieurement en un seul groupe de risques afin d'améliorer l'efficacité et le transfert des risques : un service de santé financé par le gouvernement, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), pour le secteur formel, et l'AMC pour le secteur informel.

3.3 Le financement de la santé au Burkina Faso

3.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le gouvernement finance les services fournis dans les établissements de santé publics par le biais d'affectations budgétaires traditionnelles basées sur les intrants. Les collectivités locales apportent également des contributions financières aux services de santé. L'on s'attend à ce que la mobilisation des ressources au niveau local s'accroisse au fur et à mesure que la décentralisation avance. Certains services sont complètement gratuits : traitement du paludisme, y compris des moustiquaires traitées avec des insecticides pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ; consultations anténatales ; traitement de la diarrhée, des infections respiratoires aiguës et des infections néonatales ; vaccination des enfants de moins de cinq ans ; suppléments de vitamine A ; traitement de la tuberculose, de la lèpre, de la filariose lymphatique et du ver de Guinée ; et fourniture de médicaments antirétroviraux. Pour tous les autres services, y compris les services de planification familiale, le gouvernement subventionne une partie du coût et les patients paient les frais à la charge des utilisateurs pour couvrir le solde.

Le Burkina Faso est en train d'expérimenter avec des paiements basés sur les résultats grâce à une assistance de 38 millions USD de la Banque mondiale (jusqu'en 2018). Dans le cadre du même programme, du côté de la demande, il est en train d'expérimenter avec l'identification des personnes pouvant être couvertes par l'assurance maladie communautaire et le développement de cette assurance ; les pauvres se verront offrir un forfait de services gratuits et la possibilité de s'inscrire gratuitement dans une mutuelle de santé.

3.3.2 La Caisse Nationale de Sécurité Sociale

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) a été établie par une loi en 1972. La CNSS finance les soins de santé pour les accidents du travail et les soins familiaux pour les employés du secteur public et du secteur privé, les apprentis et les étudiants des instituts universitaires de technologie. En 2012, plus de 58 000 employeurs couvrant 283 479 employés étaient inscrits à la caisse (Caisse Nationale de Sécurité Sociale 2013). Les services de santé pour des accidents du travail qui sont couverts incluent les soins d'urgence (payés par l'employeur), les consultations médicales, les examens de laboratoire, les médicaments et autres produits médicaux, les équipements orthopédiques et les prothèses, les traitements de rééducation et les transports pour raisons médicales. Par ailleurs, la CNSS offre un forfait de services de « soins familiaux » à ses membres et aux personnes à leur charge. Les femmes ont droit à trois consultations anténatales, une consultation post-natale (couvrant une consultation de planification familiale et des médicaments pour des contraceptifs), un vaccin contre le tétanos et tous les traitements nécessaires en liaison avec la grossesse. Les enfants des membres reçoivent également des vaccins gratuits.

La CNSS a dépensé plus de 17 millions FCFA (201 000 USD) en soins curatifs pour des accidents du travail en 2012 et environ 163 millions FCFA (279 000 USD) pour des médicaments et d'autres produits médicaux (Caisse Nationale de Sécurité Sociale 2013). La CNSS achète des services dans son propre réseau d'établissements de santé dans toutes les cinq régions (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Nord, Fada N'Gourma et Dedougou).

3.3.3 L'assurance maladie communautaire

Historiquement, l'AMC au Burkina Faso a été établie pour des secteurs spécifiques ; des mutuelles différentes existaient pour le personnel du service des contributions, de l'armée, des douanes, du Bureau National des Télécommunications et de la Société Nationale d'Électricité du Burkina Faso. Le recrutement dans ces mutuelles n'a souvent pas été à la hauteur des attentes, bien que pour l'armée, la Mutuelle des Forces armées nationales, établie en 2006, ait atteint ses objectifs.

L'Association Songui Manégré / Aide au Développement Endogène est une organisation non gouvernementale locale établie en 1996 qui fournit un soutien technique aux 49 mutuelles de santé et aux trois unions régionales (Ziniaré, Ouaga et Dédougou). Depuis 2014, l'ASMADE expérimente avec un régime d'AMC pilote dans les provinces de la Kossi et des Banwa dans le cadre d'un projet financé par la Banque mondiale à hauteur de 5 millions FCFA (86 000 USD). Ce projet pilote a créé 17 mutuelles de santé qui couvrent 400 000 membres (Banque mondiale et al. 2016). Tout membre de la communauté, y compris les travailleurs du secteur formel, a le droit d'y adhérer. Les primes et les tickets modérateurs pour les indigents sont totalement subventionnés par la Banque mondiale dans le cadre de ce projet pilote.

Le forfait de prestations inclut les consultations curatives, les soins ambulatoires, l'hospitalisation (jusqu'à 15 jours) et les interventions chirurgicales. La planification familiale et le traitement des maladies non transmissibles et des maladies contagieuses sont déjà subventionnés par le gouvernement. Les examens de laboratoire et les radiographies dans les hôpitaux ainsi que les soins ophtalmologiques sont exclus. Les établissements de santé privés ne participent pas au projet pilote. Les pourcentages des tickets modérateurs sont les suivants : 30 % des coûts dans les centres de santé, 10 % des coûts dans les hôpitaux régionaux, des coûts par journée d'hospitalisation au-delà de 15 jours et des consultations curatives (bien que les trois premières sont exemptées). Le projet pilote incorpore un mécanisme de paiement des prestataires basé sur les résultats dans un district, Nouna (Province de la Kossi) ; dans les autres districts, le projet pilote rémunère les prestataires de soins de santé à l'acte.

Depuis 2006, un réseau de soutien des mutuelles, le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé, soutient 35 mutuelles de santé en plus dans tout le pays. Deux organisations belges – la Mutualité Chrétienne de Liège et l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique – fournissent une assistance technique au réseau.

Une étude de 2012 consacrée à l'impact sur l'équité de l'assurance maladie communautaire au Burkina Faso a révélé que « l'AMC n'est pas parvenue à éliminer la barrière de la distance pour l'utilisation des soins de santé. Même avec l'AMC, les personnes résidant loin des établissements de santé étaient moins susceptibles d'utiliser les services de santé. La distance est cruciale parce que de nombreux ménages pauvres vivent dans des endroits éloignés ne disposant pas d'une infrastructure de santé appropriée » (Parmar et al. 2012). La couverture des coûts financiers des services de santé risque de ne pas être suffisante pour permettre aux segments ruraux et pauvres de la population d'avoir un accès équitable aux services de santé. La couverture de la population par l'AMC augmentera si le forfait de prestations est attractif et répond aux besoins de la population ; l'AMC nécessitera une conception soignée et des mises à jour régulières pour continuer à répondre aux besoins de la population.

3.3.4 L'assurance maladie privée

Les revenus pour le marché de l'assurance IARD au Burkina Faso ont augmenté de plus de 10 % en 2013. Bien qu'au moins 41 % des revenus de l'assurance IARD proviennent de l'assurance accidents (APSAB 2013), la proportion de l'assurance maladie dans ce marché n'est pas connue. L'assurance IARD était offerte par le biais de huit compagnies d'assurances, 51 agents et 17 courtiers en 2013 (APSAB 2013). Les compagnies privées d'assurance maladie ciblent généralement le secteur formel et les ménages aisés, mais comme la taille de ce marché est limitée, elles ont commencé à cibler le secteur informel en proposant des produits à un prix plus abordable.

Certains employeurs sont obligés par la loi de souscrire une assurance maladie privée pour leurs employés. En général, 80 % de la prime est couverte par l'employeur et 20 % par l'employé. L'assurance maladie privée est réglementée par le Ministère des Finances et l'Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso. Plus de 5 millions FCFA (9 000 USD) ont été payés par des compagnies d'assurances pour régler des sinistres au titre de l'assurance maladie en 2013.

3.3.5 Dépenses à la charge des ménages

Les dépenses à la charge des ménages pour les soins de santé constituent la source la plus importante de financement privé, représentant 35 % du total des dépenses de santé en 2013 (Ministère de la Santé 2015).

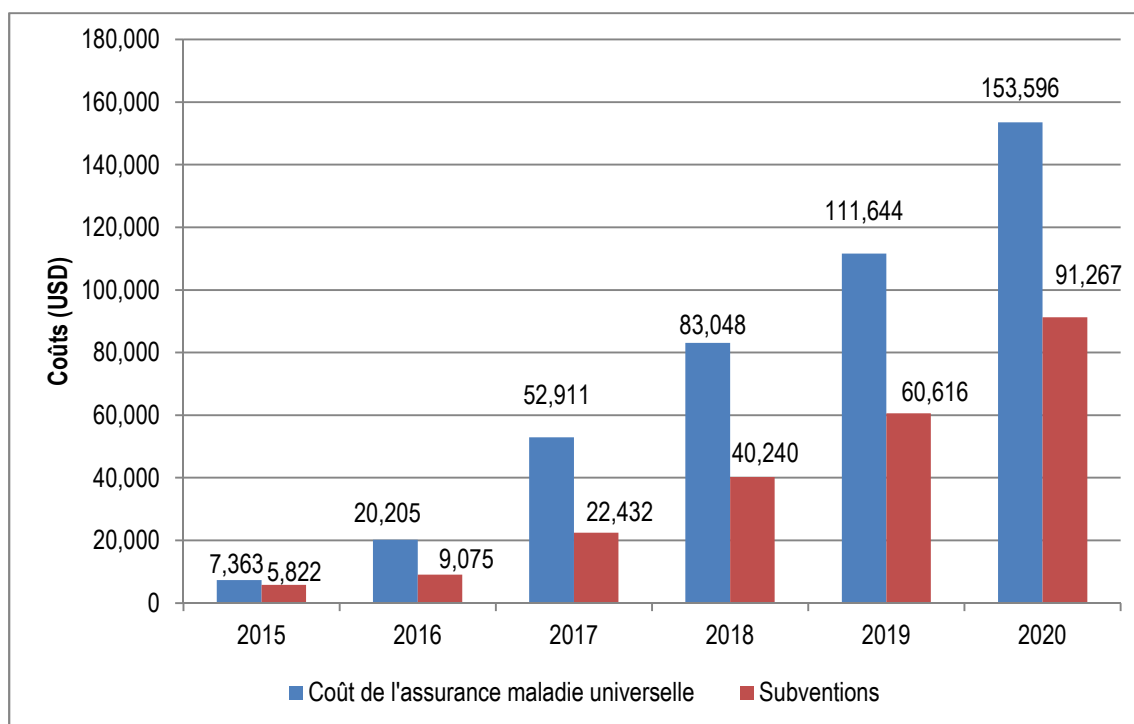
3.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale

Le Burkina Faso utilise des services gratuits ou presque gratuits dans les établissements publics et dans les mutuelles pour fournir une protection contre les risques financiers à la majorité de la population. Nous ne savons pas encore comment ces régimes seront financés et s'ils seront financièrement viables, car aucune stratégie de financement de la santé n'a encore été rendue publique. Le ST-AMU a estimé le coût de l'atteinte de la CSU (Pièce jointe 3-1), qui montre un déficit financier croissant. Cette estimation est basée sur les hypothèses suivantes : subventions totales pour les primes des indigents ; subventions partielles pour la population rurale et les travailleurs du secteur informel ; et couverture de 50 % de la population par un type quelconque de mécanisme de protection financière d'ici 2020.

Le niveau de mise en commun des risques est toujours très faible au Burkina Faso (1,5 % des dépenses totales de santé en 2013 ont été effectuées par le biais de mécanismes privés avec paiement à l'avance). Le financement de la santé reste fragmenté, avec très peu de subventions croisées entre les régimes de mise en commun des risques susmentionnés ; en d'autres termes, chaque mutuelle fonctionne de façon indépendante. L'Enquête démographique et de santé de 2011 a révélé que seulement 0,5 % des femmes et 1,5 % des hommes étaient couverts par l'assurance maladie en 2010 (INSD et ICF International 2012) .

Le Plan National de Stimulation de la Planification familiale 2013-2015 du Burkina Faso (Ministère de la Santé 2013) coûtera 28 millions USD. En 2013, environ 83 % des dépenses pour la planification familiale étaient financés par des bailleurs, et le Plan Stratégique pour la Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction 2009-2015 visait à réduire ce chiffre à 30 % d'ici 2015 (Ministère de la Santé 2009). Le gouvernement a maintenu son poste budgétaire pour les contraceptifs (environ 1 million USD) inchangé depuis 2008, bien que certains produits tels que les préservatifs féminins soient toujours financés totalement par les bailleurs (par le biais du marketing social) et les ménages. Le gouvernement continuera à fournir gratuitement des consultations de planification familiale et à subventionner les contraceptifs. Le plan 2013-2015 met plus l'accent sur l'établissement de partenariats avec le secteur privé. Ses objectifs sont les suivants : 50 % de fourniture des services par des établissements publics, 6 % par des établissements privés, 19 % par des mécanismes de distribution communautaire et 25 % par des unités mobiles.

Figure 4 : Au Burkina Faso, le Coût de la fourniture à 50 % de la population de l'accès aux services de santé avec protection contre les risques financiers



Source : ST-AMU 2015. Nota : Taux de change au 26 septembre 2016.

3.5 Opportunités en matière de financement de la santé

Le Burkina Faso a acquis de l'expérience grâce aux régimes d'AMC et aux projets pilotes déployés qui remboursent les établissements de santé en fonction des résultats. La fin du projet pilote d'AMC en 2017 fournira une opportunité unique de réfléchir à ce qui a donné de bons résultats et ce qui n'en a pas donné d'aussi bons dans le but d'accroître le nombre des membres des mutuelles. Par exemple, les « groupes régionaux » de mutuelles, qui semblent actuellement avoir un rôle purement administratif, pourraient être intégrés de façon à augmenter la taille des groupes de risques d'AMC. Les forfaits de prestations de l'AMC devraient tenir compte de l'existence des services gratuits ou presque gratuits fournis actuellement par les établissements de santé publics, afin de protéger les ménages contre les problèmes de santé plus coûteux ou de surmonter des obstacles financiers tels que les transports.

Le déficit financier révélé par le ST-AMU (voir Pièce jointe 3-1) donne une occasion au gouvernement de préciser clairement les mécanismes qu'il utilisera pour remédier à ce déficit. Ceci inclut comment

- financer des subventions pour la proportion importante de la population qui ne peut pas se permettre de payer les primes pour les régimes caractérisés par un paiement à l'avance (environ 46 % de la population est en dessous du seuil de pauvreté) (Zida, Ki-Ouédraogo et Kouyaté 2012) ; et
- augmenter les ressources intérieures pour la santé ; par exemple, les contributions aux services de santé par les employeurs pour leurs employés par le biais d'un régime national d'assurance ou de l'assurance maladie privée (en plus de la sécurité sociale).

3.6 Sources

- Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso (APSAB). 2013. *Rapport d'Activité du Marché Burkinabé en 2013*. Ouagadougou.
- Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). 2013. *Annuaire 2012*. Ouagadougou.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International. 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA : Auteurs.
- L'Économiste du Faso. 2016. <http://www.leconomistedufaso.bf/2016/06/06/masmut-secours-mutuelles-de-luemoa/>. Accédé le 26 septembre 2016.
- Ministère de la Santé. 2009. *Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction*. Ouagadougou.
- Ministère de la Santé. 2013. *Plan National de Stimulation de la Planification Familiale 2013-15*. Ouagadougou.
- Ministère de la Santé. 2015. *Comptes de santé 2013*. Ouagadougou.
- Parmar, Divya, Manuela De Allegri, Germain Savadogo et Rainer Sauerborn. 2012. *Do Community-Based Health Insurance Schemes Fulfill the Promise of Equity: A Study from Burkina Faso*. Health Policy and Planning, Oxford.
- Secrétariat technique de l'assurance maladie universelle (ST-AMU). 2015. *L'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso*. Koudougou.
- Banque mondiale, ONG/ASMADE, Ministère de la Santé. 2016. *Projet d'Extension de la Couverture des Mutuelles de Santé dans les Provinces de la Kossi et des Banwa (PECMS-KB)*. Ouagadougou.
- Zida, André, S. Ki-Ouédraogo et B. Kouyaté B. 2012. *Stratégies d'amélioration des allocations budgétaires pour la santé au Burkina Faso (Note de politique SURE)*. Ouagadougou.

4. CAMEROUN

4.1 Un aperçu bref de pays

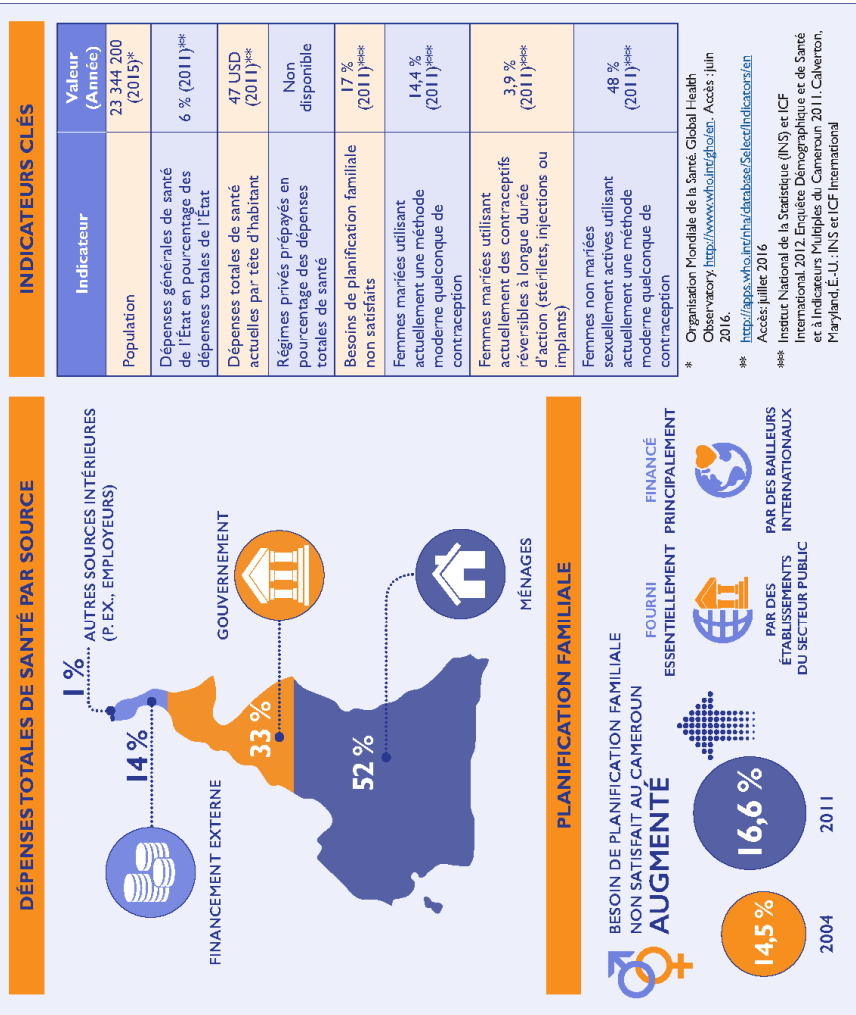




Cameroun

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

Les stratégies du Cameroun pour améliorer la couverture des services de santé



La principale stratégie du Cameroun pour atteindre la CMU consiste à fournir une assurance maladie communautaire au secteur informel, qui représente 40 % des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté. En 2009, la couverture de la population par l'assurance maladie communautaire était de 1,30 %. Le Plan national de développement sanitaire 2011-15 avait comme objectif d'atteindre une couverture de 40 % en 2015 en créant un régime d'assurance maladie communautaire dans chaque districtⁱ. Le gouvernement fournit également des soins de santé subventionnés aux indigents, des soins gratuits aux femmes enceintes par le biais d'un programme de vouchers et un traitement gratuit du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans. Un comité de pilotage du Ministère de la Santé est en train d'élaborer une feuille de route pour la CMU. La feuille de route définira le rôle des prestations et établira une stratégie pour le financement de la santé.

L'assurance maladie privée au Cameroun est limitée à un petit nombre de ménages aisés. Il existe 16 compagnies d'assurances privées agréées qui vendent des polices d'assurance maladie ; leur prime annuelle pour un ménage de quatre personnes est d'environ 780 USD, par rapport à 24 USD pour l'assurance maladie communautaireⁱⁱ. Plusieurs partenariats public-privé existent au Cameroun, comme le Groupement Inter-Patronal du Cameroun (GICAM), qui a collaboré avec le Ministère de la Santé afin d'établir un fonds pour les médicaments antirétroviraux.

En 2011, 24 pour cent des femmes en âge de procréer utilisaient une méthode contraceptive ; dans la moitié des cas, ces femmes s'adressaient à un établissement de santé et dans l'autre moitié des cas elles achetaient les produits de contraception à des détaillants, des amis ou des membres de leur familleⁱⁱⁱ. Le secteur privé joue un rôle actif dans la fourniture de contraceptifs, y compris par le biais du marketing social ; il fournit des contraceptifs à 27 % des utilisatrices^{iv}.

Défis et opportunités

Le taux de couverture de la population par l'assurance maladie communautaire est très bas, nettement en dessous des objectifs du gouvernement. Ceci est dû en partie au prix très élevé des primes et à l'absence de flexibilité dans les calendriers de paiement. On constate un manque de confiance dans les régimes d'assurance maladie communautaires, et la plus grande partie de la population estime que l'assurance est un produit pour les riches. Le Cameroun a une opportunité de renforcer certains régimes d'assurance pour améliorer la valeur qu'ils fournissent aux communautés.

i EPOS/Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement, 2009. Etude diagnostique et cartographique des MS au Cameroun.
 ii Ministère de la Santé Publique, 2011. 15 Plan National de Développement, Cameroun.
 iii <http://cameroun.dhs.gov/data/country/country.asp?country=221&669>. Accessed June 2016.
 iv Institut National de la Statistique (INS) et ICF International, 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Cameroun, Maryland, Maryland, E.U.
 v Ibid.

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 (33 % des DTS)
- Subventions ou prêts de partenaires de développement (14 % des DTS)
- Services de santé à la disposition de la population dans les établissements publics de santé
- Les régimes d'assurance maladie communautaire mettent les risques en commun au niveau de chaque régime
- Le gouvernement achète des services dans des établissements publics de santé des manières suivantes :
 - » Soins partiellement subventionnés pour l'ensemble de la population
 - » Soins totalement subventionnés pour les indigents et les femmes enceintes
 - » Traitement du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans
- Le gouvernement est en train de renforcer le financement basé sur les résultats à l'échelle nationale (financement par la Banque mondiale et par Global Financing Facility)

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- Paiements à la charge des ménages (51,4 % des DTS)
- Cotisations volontaires prépayées des ménages (0,74 % des DTS)
- Les assureurs privés mettent les risques en commun pour l'assurance volontaire au niveau du régime, mais le taux de couverture de la population au Cameroun est bas en raison du coût élevé des primes
- Les ménages sont les principaux acheteurs de services de santé du secteur privé

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

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

	SEGMENT DE LA POPULATION :		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL NON-PALVRES	SECTEUR INFORMEL PALVRES PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	☑	☑	☑
Assurance maladie communautaire volontaire		☑	☑

	SEGMENT DE LA POPULATION :		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL NON-PALVRES	SECTEUR INFORMEL PALVRES PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance maladie privée volontaire	☑		
Dépenses non remboursées	☑	☑	☑

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.hfgrproject.org.



4.2 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 au Cameroun et dans d'autres pays d'Afrique. Ce chapitre décrit le financement de la santé au Cameroun 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 Health Finance and Governance Project (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 politiques 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.

Les documents contenant des déclarations politiques officielles du Cameroun qui sont disponibles actuellement ne mentionnent pas explicitement la CSU comme un objectif. Depuis 2015, le gouvernement et les bailleurs collaborent pour élaborer une stratégie officielle pour la CSU. Une équipe de bailleurs et de représentants du gouvernement s'efforce de simplifier et de fusionner divers mécanismes de protection financière existants pour que cette stratégie puisse être opérationnelle en 2016 (Nchewngang-Ngassa 2015). Des entretiens avec des informateurs clés suggèrent qu'un comité de pilotage dirigé par le Ministère de la Santé est en train de finaliser un plan d'action pour la CSU qui comprend l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé, le développement d'un cadre institutionnel pour la CSU, la définition d'un forfait de prestations pour la CSU et la clarification du rôle de l'AMC. La principale stratégie du gouvernement pour atteindre la CSU est axée sur l'AMC, étant donné que ceci peut aider à fournir une protection contre les risques financiers aux groupes les plus importants de la population (secteur rural et secteur informel).

4.3 Le financement de la santé au Cameroun

Au Cameroun, les mécanismes de financement qui fournissent l'accès aux services de santé sont des services subventionnés par le gouvernement, le Régime d'Assistance Sociale, la sécurité sociale, l'AMC, l'assurance maladie privée et les paiements à la charge des ménages.

4.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le Ministère de la Santé fournit des services de santé subventionnés par le biais d'un réseau de centres de santé et d'hôpitaux de district et nationaux. En mai 2016, le Cameroun a reçu 100 millions USD de la Banque mondiale et 27 millions USD de la Global Financing Facility (GFF) pour améliorer les services de santé de la reproduction et de santé des mères, des nouveau-nés et des adolescents (Banque mondiale 2016a). Les investissements de la GFF au Cameroun soutiennent les services de planification familiale qui font partie du Plan stratégique pour le Programme Multisectoriel National pour combattre la mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants au Cameroun (2014-2020).

De façon générale, les investissements de la GFF soutiendront les « interventions innovantes à impact élevé, comme (i) une émission d'obligations ayant un impact sur le développement pour attirer un financement privé afin de rendre plus de ressources immédiatement disponibles pour

permettre d'utiliser plus souvent la méthode *Kangaroo Mother Care* ; (ii) des transferts d'espèces pour aider les adolescentes ; (iii) un financement basé sur les résultats pour permettre aux filles de continuer leur éducation ; et (iv) des initiatives axées sur le renforcement des structures de santé communautaires » (GFF 2016). Le Cameroun a lancé des programmes pilotes de paiements aux prestataires basés sur des indicateurs de performance définis à l'avance concernant l'augmentation de l'accès aux services de santé maternelle et infantile, et l'amélioration de leur qualité. Cette initiative devrait être étendue progressivement à toutes les régions du pays d'ici 2021. La *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ) aide également à renforcer la fourniture de services de planification familiale dans les établissements publics (GIZ n.d.).

4.3.2 Le Régime d'Assistance Sociale pour les populations vulnérables

Le Régime d'Assistance Sociale fournit des subventions complètes pour les populations vulnérables (p. ex., les pauvres, les orphelins et les enfants vulnérables) recevant des soins dans les établissements de santé publics. Le régime est financé par le Ministère des Affaires sociales qui, depuis 2010, transfère des fonds vers les *collectivités territoriales décentralisées* pour payer les prestataires de services de santé pour le compte des indigents. Les services couverts comprennent les interventions chirurgicales, les prescriptions et les évacuations médicales.

4.3.3 La sécurité sociale (Caisse Nationale de Prévoyance Sociale)

La participation à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) est obligatoire pour les travailleurs du secteur formel, les fonctionnaires et les personnes à leur charge. Toutes les primes sont payées par les employeurs. La CNPS couvre les accidents du travail (soins curatifs, prothèses et soins orthopédiques, transports) ainsi qu'un forfait basique de services de santé maternelle (consultations anténatales, accouchements, consultations pour les nouveau-nés jusqu'à six mois). Les soins sont dispensés gratuitement dans les quatre établissements de la CNPS, mais les soins dispensés par d'autres établissements de santé sont également remboursés.

De nombreuses contributions des employeurs à la CNPS sont en retard. En 2016, des primes s'élevant à près de 100 millions USD dues à la CNPS n'avaient pas été payées (*Actu Cameroun* 2016). Entre octobre et décembre 2016, la CNPS a pris des mesures pour se faire payer par les administrations publiques et semi-publiques ainsi que par les entreprises privées.

4.3.4 L'assurance maladie communautaire

En 2010, il existait apparemment 158 mutuelles couvrant 251 062 bénéficiaires, représentant 1,3 % de la population (PROMUSCAM 2010). Une Stratégie pour la promotion et le développement des mutuelles de santé 2006-2015 a été élaborée afin d'établir un forfait de prestations pour la couverture universelle, un Centre National pour la Promotion des mutuelles de santé qui soutiendra un réseau de centres provinciaux, un comité de pilotage pour le plan stratégique incluant les ministères de la Santé publique, du Travail, des Finances et des Affaires sociales ainsi que d'autres partenaires, et un code de lois et un texte d'application réglementaire pour l'AMC.

En général, le gouvernement ne subventionne pas les primes pour l'AMC, bien que dans certaines communes (Kumbo et Bamenda) les autorités locales aient subventionné les primes pour les indigents. Les membres doivent payer un ticket modérateur au moment de la prestation des services à hauteur de 25 % au maximum du coût des services. Le solde est couvert par la mutuelle, avec des limites prédéfinies pour les consultations, les hospitalisations, les accouchements et les interventions chirurgicales.

La Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (CAMS) a été établie par le Ministère de la Santé en 2001, et elle est chargée de définir la stratégie pour soutenir les mutuelles, tenir à jour un répertoire national des mutuelles et aider les mutuelles à négocier des contrats avec les établissements de santé. La Plateforme des Promoteurs des Mutuelles de Santé au Cameroun, qui soutient le

développement des mutuelles, a été créée en 2006 pour fournir un support technique aux mutuelles (p. ex., facilitation des échanges d'informations, formation) et pour faire la promotion des mutuelles dans tout le pays.

Les autres difficultés à surmonter pour augmenter la couverture de la population par les mutuelles incluent le manque de flexibilité des échéanciers pour les paiements, le manque de confiance envers les mutuelles et les institutions qui gèrent l'assurance maladie en général et les capacités insuffisantes du personnel qui administre les mutuelles. Il existe un besoin réel d'accroissement de la demande pour l'AMC, et la promotion de ses prestations est nécessaire. L'assurance est toujours considérée comme un produit pour les riches, et de nombreuses personnes ne comprennent pas le fonctionnement de l'assurance. Elles doutent de la valeur du paiement régulier de primes en prévision d'un problème médical hypothétique et elles préfèrent l'idée de payer a posteriori si un tel problème survient. Elles considèrent souvent leurs réseaux sociaux comme étant suffisants à cet égard et fournissant plus de sécurité que l'assurance.

Les mutuelles engagent des prestataires de soins de santé à la fois du secteur public et du secteur privé. Les partenaires au développement tels que la Banque mondiale, GIZ et la Banque africaine de Développement ont fourni de l'assistance aux mutuelles en finançant la formation initiale, des études de faisabilité, les coûts de fonctionnement, la supervision, et le suivi et l'évaluation. Les entretiens avec des informateurs clés ont révélé qu'une évaluation effectuée en 2011 par GIZ a constaté que les mutuelles de santé qu'elle soutenait n'étaient pas financièrement viables. Après la restructuration des mutuelles, les résultats ont été plus positifs, et des mutuelles ont été créées dans d'autres communes, telles que Boyo et Bamenda.

4.3.5 L'assurance maladie privée

Il y avait 190 408 détenteurs de polices d'assurance maladie en 2014, représentant moins de 1 % de la population (Ministère de la Santé publique 2016). La planification familiale est exclue du forfait de prestations. Seules les personnes les plus riches peuvent souscrire des polices d'assurance privée ; les primes annuelles moyennes coûtent 155 000 FCFA (265 USD) par adulte, par rapport à des primes annuelles moyennes pour les mutuelles de 15 000 FCFA (26 USD) pour une famille de quatre personnes. La plupart des polices d'assurance maladie privée sont souscrites par des entreprises privées pour le compte de leurs employés. En général, les membres doivent payer des tickets modérateurs au moment de la prestation des services à hauteur de 25 % du coût des soins au maximum.

En 2012, seize sociétés proposaient des produits d'assurance maladie. L'assurance maladie représentait 25 % du total des revenus du marché de l'assurance au Cameroun en 2012. Les compagnies privées d'assurance maladie sont supervisées par le Ministère des Finances et réglementées par la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances.

4.3.6 Dépenses à la charge des ménages

Les ménages sont la principale source du financement de la santé, avec des dépenses directes représentant 52 % des dépenses de santé totales.

4.4 Les progrès vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale

Le gouvernement du Cameroun s'efforce d'augmenter le nombre des mutuelles pour fournir des services de santé aux ménages ruraux et aux travailleurs du secteur informel. Le Plan national de développement sanitaire 2011-2015 s'était fixé comme but d'accroître la couverture de la population par les mutuelles de 40 % d'ici 2015, en créant au moins une mutuelle par district. Les mutuelles sont considérées comme un mécanisme clé pour fournir une protection contre les risques financiers au secteur informel, qui représente plus de 80 % de la population active (et 40 % de la population

vivant en dessous du seuil de pauvreté ; Nkoa et Zogo, n.d.). Moins de 2 % seulement de la population était couverte par un régime de protection contre les risques financiers en 2010 (PROMUSCAM 2010).

Le secteur de la santé au Cameroun bénéficie de l'existence de plusieurs partenariats public-privé entre le Ministère de la Santé publique et les entreprises dans des secteurs tels que les télécommunications, l'industrie minière et l'assurance. Pour augmenter le financement des soins de santé par le secteur privé, le Groupement des employeurs du Cameroun a signé un partenariat public-privé avec le Ministère de la Santé Publique pour établir un fonds d'achat de médicaments antirétroviraux. Ce fonds sera utilisé pour se procurer des produits auprès de fournisseurs agréés (Brunner et al. 2014).

Dans le domaine de la planification familiale, ProFam est un réseau de plus de 100 cliniques privées et confessionnelles qui utilise les franchises sociales pour fournir des services de planification familiale. Les cliniques sont admises dans PROFAM après un examen permettant de déterminer si elles fournissent des services de qualité, si elles emploient du personnel qualifié et si elles s'engagent à se soumettre à une supervision et à des contrôles réguliers. Le réseau PROFAM conduit des campagnes de mobilisation sociale périodiques ciblant certains segments de la population au moyen de techniques de marketing social. La Cameroon National Association for Family Welfare (CAMNAFAW), une affiliée de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF), fournit également des services de planification familiale et de santé de la reproduction dans le cadre de son réseau de cliniques privées et conduit des campagnes de mobilisation sociale. L'IPPF fournit régulièrement à la CAMNAFAW des produits de planification familiale, et le Fonds des Nations Unies pour la Population a fourni des produits quand il y a eu des ruptures de stocks (Brunner et al. 2014).

Le Plan National d'Action pour la Planification Familiale 2015-2020 suggère un cadre de coopération avec le secteur privé pour que plus d'établissements privés puissent fournir des services de planification familiale. Le gouvernement souhaiterait créer 100 franchises sociales par an pendant la durée du plan. Les prix pour les contraceptifs ont été fixés par le gouvernement en août 2014 ; les patients paient généralement le prix de la consultation et achètent les produits à des prix subventionnés. Mais ces subventions ne sont pas appliquées dans tous les établissements, ce qui crée une barrière financière pour les adolescents. On ne sait pas encore si et comment les services de planification familiale seront incorporés au forfait de prestations pour les mutuelles à l'avenir. En 2021, le gouvernement devrait pouvoir répondre à 50 % des besoins totaux de planification familiale (Banque mondiale 2016b).

4.5 Opportunités en matière de financement de la santé

Les primes pour l'AMC sont toujours hors de prix pour les personnes très pauvres. Pour que la couverture de la population par les mutuelles augmente, beaucoup de gens auront besoin de subventions partielles, ou mêmes totales dans certains cas. La stratégie de financement de la santé qui doit être élaborée devra relever ce défi. Coalition 15%, une organisation de la société civile, demande d'affecter une taxe de 0,3 % sur tous les revenus de l'État pour financer la couverture sanitaire universelle. L'intégration des mécanismes existants dans un groupe de risques unique pourrait aider ces régimes à être financièrement viables à long terme en réaffectant des ressources des segments de la population qui utilisent moins de services de santé à ceux qui en ont plus besoin.

En prévision de l'augmentation du nombre des mutuelles de santé, il est important d'expliquer clairement certains aspects opérationnels. Il faut notamment comprendre les modèles d'utilisation et les coûts des services de santé pour pouvoir calculer des tarifs qui soient financièrement viables, recouvrer périodiquement des primes auprès de personnes telles que des travailleurs agricoles qui n'ont pas de salaire régulier (p. ex., par le biais de comptes d'épargne santé), utiliser des cartes d'identification biométrique pour éviter les fraudes et accorder aux établissements de santé le pouvoir de conclure des contrats avec des mutuelles (Ministère de la Santé publique 2016). Le renforcement d'organisations d'encadrement comme la CAMS et la Plateforme des Promoteurs des

Mutuelles de Santé au Cameroun pour fournir une assistance technique – et financière – serait également utile.

4.6 Sources

- Actu Cameroun. 2016. *Cameroun : La CNPS engage un recouvrement forcé des cotisations sociales*. Accédé en octobre 2016 à <http://actu cameroun.com/2016/10/20/cameroun-la-cnps-engage-un-recouvrement-force-des-cotisations-sociales/>.
- Brunner, Bettina, Andrew Carmona, Alphonse Kouakou, Ibrahima Dolo, Chloé Revuz, Thierry Uwamahoro, Leslie Miles et Sessi Kotchofa. 2014, Avril. *The Private Health Sector in West Africa: A Six-Country Macro-Level Assessment*. Rapport préparé par Abt Associates. Washington, DC : United States Agency for International Development, Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS). <https://www.usaid.gov/documents/1860/private-health-sector-west-africa-six-country-macro-level-assessment>
- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). n.d. *Health Programme: Fight against Maternal Mortality*. Accédé en août 2016 à <https://www.giz.de/en/worldwide/19663.html>.
- Global Financing Facility (GFF). 2016. *Cameroun* [site Web]. Accédé en octobre 2016 à <http://globalfinancingfacility.org/Cameroun>.
- Ministère de la Santé publique, Cameroun. 2006. *Plan Stratégique pour la promotion et le développement des mutuelles de santé, 2005-15*. Yaoundé, Cameroun.
- Ministère de la Santé publique, Cameroun. 2016. *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 Version du 23/06/2016 : Page 33, Mécanismes de mise en commun des ressources et de partage du risque maladie*. Yaoundé, Cameroun.
- Nchewngang-Ngassa, Brenda Y. 2015, 7 septembre. Cameroun : Couverture sanitaire universelle. Partners Discuss National Plan. *Cameroon Tribune*. Accédé en août 2016 à <http://allafrica.com/stories/201509071315.html>.
- Nkoa, François Colin et Pierre Ongolo Zogo. n.d. *Promotion des mutuelles de santé à base communautaire et couverture du risque maladie dans le secteur informel au Cameroun: Enjeux et défis*. Disponible à : http://www.erudite.univ-paris-est.fr/evenements/colloques-et-conferences/atm-2013-communications-full-papers/?eID=dam_frontend_push&docID=25268
- Plateforme des Promoteurs des Mutuelles de Santé au Cameroun (PROMUSCAM). 2010. *Plaidoyer pour la mise en place urgente d'une assurance maladie pour tous au Cameroun*. Yaoundé, Cameroun.
- Banque mondiale. 2016a. *Cameroon : US\$127 Million to Address Urgent Health Needs of Women and Children in Underserved Northern Regions* [communiqué de presse]. Accédé en octobre 2016 à <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2016/05/03/Cameroon-us127-million-to-address-urgent-health-needs-of-women-and-children-in-underserved-northern-regions>.
- Banque mondiale. 2016b. *Project Appraisal Document for a Health System Performance Reinforcement Project*. Washington, DC : Auteur.

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

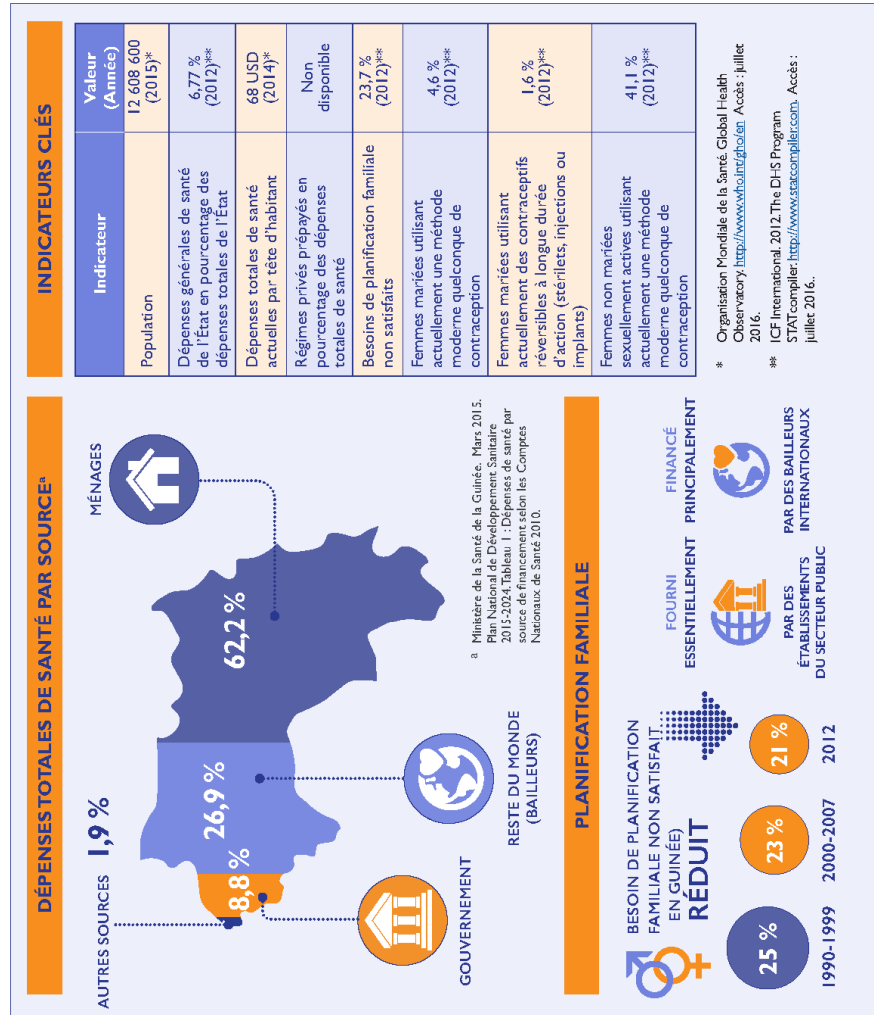
Les stratégies de la Guinée pour améliorer la couverture des services de santé

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.¹¹ 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 2012¹². 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 %¹³. 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.



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 FORMEL	SECTEUR INFORMEL NON-PALVRES	SECTEUR INFORMEL PALVRES PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	✓	✓	✓
Assurance sociale santé obligatoire	✓ <small>(La CNSS qui a un budget de 23 % et dont 6,5 % sert à payer l'assurance maladie)</small>		
Assurance maladie communautaire volontaire	✓	✓	✓
	SECTEUR PRIVÉ		
	SECTEUR FORMEL	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.hfgrproject.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>

6. MALI

6.1 Un aperçu bref de pays

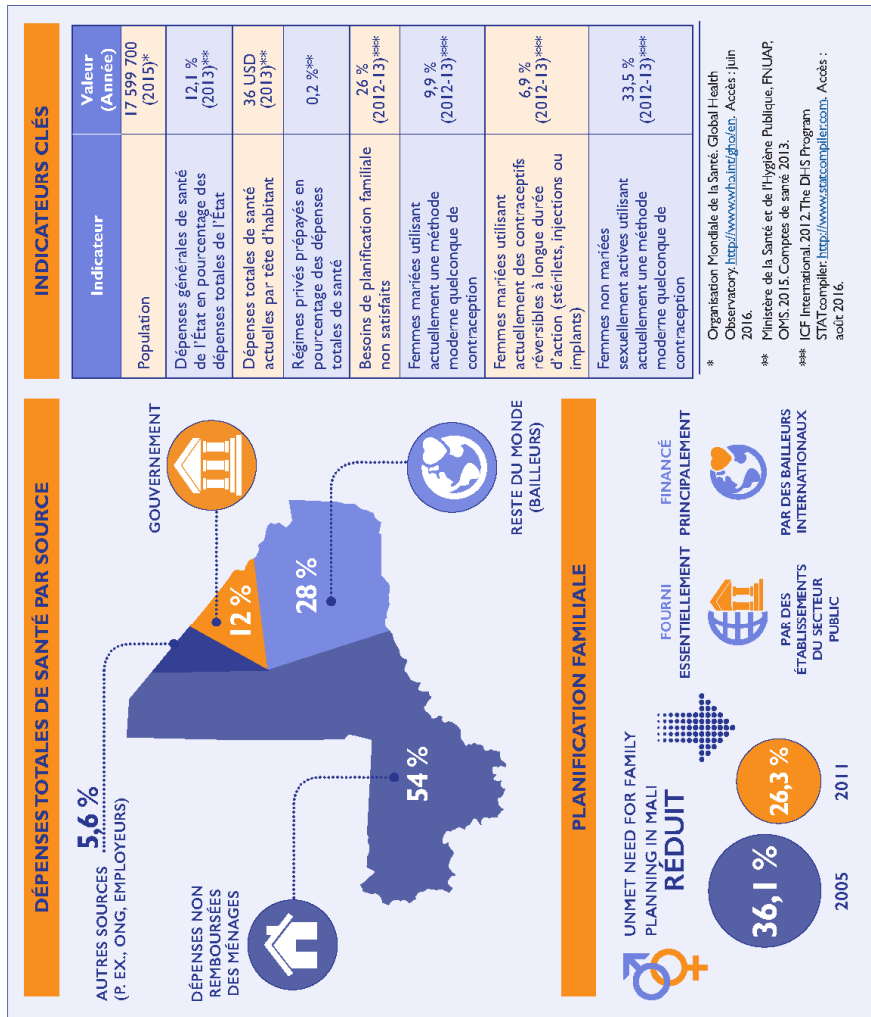




STRATÉGIES DE FINANCEMENT POUR METTRE EN PLACE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET L'ACCÈS À LA PLANIFICATION FAMILIALE



Les stratégies du Mali pour améliorer la couverture des services de santé



La stratégie du Mali pour le financement de la CMLU, qui est en cours d'élaboration depuis 2002, est une stratégie à trois volets qui est gérée par le Ministère de la Protection Sociale. Le premier mécanisme de financement est le régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), qui couvre les fonctionnaires, les membres du Parlement et de l'Assemblée Nationale, les membres des forces armées, les retraités et les membres de leurs familles. Le deuxième est le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), qui fournit une protection financière complète aux indigents. Le gouvernement a créé ces deux régimes par des lois en 2009. Le troisième mécanisme, l'assurance maladie communautaire, est en place depuis 2002. Il vise à augmenter la protection financière pour les travailleurs du secteur informel et les travailleurs agricoles. Le gouvernement fournit des subsides pour le paiement des primes d'assurance maladie communautaire aux ménages les plus pauvres. Le Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2014-23 esquisse des objectifs ambitieux consistant à augmenter la couverture de la population par ces régimes d'ici 2023. Plus précisément, le PDSS cible une augmentation de la couverture de la population par l'AMO de 3,4 % à 16 % ; par le RAMED de 0,2 % à 5 % ; et par l'assurance maladie communautaire de 4,1 % à 20 %ⁱ. Ces trois régimes sont déployés dans le contexte de la décentralisation, où il est prévu que les collectivités territoriales jouent un rôle plus important dans la gestion de ces régimes et l'obtention des ressources dont ils auront besoin.

La planification familiale aura une place importante dans le forfait de services fourni. Le Mali a l'un des taux de fécondité les plus élevés au monde, à 6,1.ⁱⁱ Neuf et demi pour cent des femmes en âge de procréer utilisent une méthode de contraception moderne. Près des trois-quarts des utilisatrices de méthodes modernes se procurent des contraceptifs par le biais du secteur public, bien que l'accès au niveau communautaire ne soit pas adéquat. Les dépenses de planification familiale sont faibles, représentant 0,7 % des dépenses de santé en 2013ⁱⁱⁱ.

Défis et opportunités

Le Mali devra surmonter des obstacles pour convaincre sa population des avantages de l'assurance pour atténuer le risque financier des maladies. Le secteur informel n'a encore qu'une capacité financière limitée de contribution à des régimes d'assurance. Le gouvernement s'efforce d'intégrer divers régimes d'assurance maladie communautaire fragmentés afin de créer des groupes de risques de plus grande envergure et plus stables, ce qui entraînera également la réduction des coûts administratifs...

ⁱ Gouvernement du Mali, Plan décennal 2014-23 pour la Santé et le Développement Social, Mali
ⁱⁱ Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSD/SPP), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014, Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013, M'bourah, É.U.
ⁱⁱⁱ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2015, Comptes de la Santé 2013, Mali.

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

- | Mobilisation des ressources | Mise en commun des risques | Achats |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Revenus du budget général (12 % des DTS) Subventions ou prêts de partenaires de développement (28 % des DTS) Impôts sur les salaires payés par les employeurs du secteur public pour l'assurance sociale santé (1,5 % des DTS) | <ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement met les risques en commun au niveau national en finançant les établissements de santé du secteur public. L'AMO met en commun les risques de tous les fonctionnaires, membres du Parlement et de l'Assemblée nationale, membres des forces armées et retraités, ainsi que les membres de leurs familles. Le RAMED met en commun les risques de la population indigente. Les régimes d'assurance maladie communautaire gèrent le risque au niveau de la communauté. | <ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement achète des services fournis à la population dans des établissements de santé publics par les moyens suivants : <ul style="list-style-type: none"> » Paiements d'intrants fixes » Paiements pour des services à l'acte selon les barèmes d'honoraires négociés (pour l'AMO et le RAMED) » Exonération de l'obligation de paiement des frais à la charge des usagers pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans Le gouvernement pilote actuellement des projets de paiements basés sur les résultats aux prestataires du service public dans la région de Koulikoro. Les régimes d'assurance maladie communautaire achètent des services en effectuant des paiements à l'acte, conformément à un barème d'honoraires négociés. |

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Paiements non remboursés des ménages (54 % des DTS) Cotisations prépayées volontaires des ménages (0,12 % des DTS) | <ul style="list-style-type: none"> Les assureurs privés offrant une assurance maladie volontaire mettent les risques en commun au niveau du régime, mais la pénétration au Mali est faible et représentait moins de 0,2 % en 2013. | <ul style="list-style-type: none"> Les ménages sont les principaux acheteurs de services de santé du secteur privé. Les assureurs privés achètent des services de santé pour le compte des personnes inscrites. |
|---|---|---|

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-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	✓	✓	✓
Assurance sociale santé obligatoire (Assurance Maladie Obligatoire)	✓		
Assurance sociale santé volontaire			✓ (Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, Exonération de l'obligation de paiement des primes ou du ticket modérateur pour les personnes admissibles)
Assurance maladie communautaire volontaire		✓	

	SECTEUR PRIVÉ		
	SECTEUR FORMAL	SECTEUR INFORMEL : NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance maladie privée volontaire	✓		
Dépenses non remboursées	✓	✓	✓

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.hfgrproject.org.



6.2 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 au Mali et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Ce chapitre décrit le financement de la santé au Mali 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.

Le parcours du Mali vers la couverture sanitaire universelle est intégré à son système de protection sociale. La Politique nationale de protection sociale de 2002 exprime le droit de tous les citoyens à la protection sociale, que le Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (MSAH) mettra en œuvre. Deux régimes importants de financement de la santé – l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour les fonctionnaires, y compris les membres de l'armée et les agents de sécurité, et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les indigents – ont été établis dans le cadre de cette politique. Le Mali a également une longue tradition d'assurance maladie communautaire, qui est réglementée par la loi depuis 1996. Le Mali a des plans ambitieux visant à (i) étendre la couverture de la population par le RAMED et l'AMC, et, ultérieurement, (ii) élargir le forfait de prestations couvertes par l'AMC afin de l'aligner sur ceux de l'AMO et du RAMED.

6.3 Le financement de la santé au Mali

Ces régimes représentent les principales méthodes grâce auxquelles le Mali a l'intention d'atteindre la CSU. Ces régimes, ainsi que d'autres mécanismes de financement de la santé existant actuellement, sont décrits en détail ci-dessous.

6.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le gouvernement fournit des services de santé à la population en utilisant un réseau de 1 204 centres de santé communautaires, 63 centres d'orientation sanitaire, huit hôpitaux dispensant des soins secondaires et cinq hôpitaux dispensant des soins tertiaires. Ces services sont financés par le gouvernement en accordant des budgets basés sur les intrants aux établissements. Le financement basé sur les résultats ou sur les extrants a été déployé à Koulikoro – cinq districts en 2015 et dix en 2016 – avec certains résultats positifs. Certains services sont gratuits pour tous ; par exemple, les césariennes et les services pour la tuberculose et la lèpre. Tous les services aux indigents sont gratuits, tout comme le traitement du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans. Ces services gratuits sont fournis parallèlement à l'AMO, au RAMED et à l'AMC. Pour tous les autres services, les usagers doivent payer le prix d'une consultation.

Les services de planification familiale font partie du forfait minimum de services disponibles dans les établissements publics. Il existe des besoins substantiels en matière de planification familiale : la population du Mali augmente de 3 % chaque année, avec un taux de fécondité de plus de six

naissances par femme (Banque mondiale 2016). Environ 26 % de la population en âge de procréer a un besoin non satisfait de planification familiale (ICF International 2012). Le Plan d'Action National pour la Planification familiale 2014-2018 a pour but d'augmenter le taux de prévalence des contraceptifs de 9.9 % (en 2013) à 15 % en 2018 (MSPH 2014). Le Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2014-2023 met en lumière un accès inéquitable aux services de planification familiale dans le pays. Le PDSS vise à assurer la disponibilité des services aux niveaux des établissements de santé et de la communauté ; à développer l'octroi de contrats aux prestataires privés ; à accroître la demande de services de planification familiale par les hommes, les femmes et les adolescents ; et à augmenter la disponibilité des méthodes de contraception à longue durée d'action.

6.3.2 L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour les fonctionnaires

L'AMO a été établie par une loi en 2009. Elle couvre les fonctionnaires, les membres du Parlement (Assemblée nationale), l'armée, les retraités et les membres de leur famille. Le régime est financé par les contributions des employés/retraités et par celles des employeurs. En 2014, l'AMO couvrait 3,4 % de la population, par rapport à son objectif de 17 % (Réseau d'apprentissage collaboratif 2016). Elle couvre les soins ambulatoires (y compris les tests de diagnostic et l'imagerie), les soins aux patients hospitalisés, les accouchements et les médicaments. Elle ne rembourse pas les soins qui sont déjà gratuits dans les établissements publics (voir ci-dessus), les traitements à l'étranger, les soins non essentiels (comme la chirurgie esthétique) et les lunettes. L'AMO subventionne 80 % des coûts d'hospitalisation et 70 % des coûts des soins ambulatoires dans un réseau de 1 529 établissements, et les membres paient le solde au moment où les soins sont dispensés.

Elle est gérée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), qui est tenue de vérifier si les services sont couverts et si les tarifs ne dépassent pas les taux fixés à l'avance, de déterminer le montant des paiements et de régler le prestataire. La CANAM est supervisée par le Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire au niveau central. Comme toutes les vérifications se déroulent au niveau central, les remboursements prennent souvent un certain temps.

6.3.3 Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les indigents

Le RAMED, également établi par une loi en 2009, fournit des soins de santé totalement subventionnés aux membres les plus pauvres de la population. Il assure une protection complète contre les risques financiers ; ses membres n'ont pas de cotisations à payer, et il n'y a pas de ticket modérateur. Ces derniers doivent être certifiés comme étant indigents par le maire de leur localité. Le RAMED couvre également les conjoints, les enfants de moins de 14 ans et les élèves/étudiants de 14-21 ans, ainsi que les enfants handicapés, les prisonniers et les résidents d'établissements caritatifs et des orphelinats. En 2014, seulement 0,5 % de la population était couverte par le RAMED, par rapport à un objectif de 5 % (Réseau d'apprentissage collaboratif 2016).

Le RAMED est accepté dans un réseau d'établissements de santé publics, privés et confessionnels. Il est financé par le gouvernement (approximativement 65 %) et par les collectivités locales (35 %), bien que la contribution de ces dernières soit censée augmenter à l'issue de la décentralisation engagée dans le pays. La couverture de la population est toujours très faible, en dépit du fait que les soins sont gratuits pour les membres. Les causes possibles en sont que les bénéficiaires potentiels ne savent pas forcément qu'ils ont droit à la gratuité des soins et qu'ils ne savent pas comment s'inscrire. Le fait que les autorités locales soient réticentes quand il s'agit de délivrer des cartes d'indigent, parce qu'elles craignent que la communauté soit contrainte de payer les factures non réglées, a également été cité comme un problème. L'Agence Nationale d'Assistance Médicale gère le RAMED sous la supervision du Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire. L'Agence Nationale d'Assistance Médicale est chargée de recouvrer les revenus, d'enregistrer les membres, d'assurer la conformité des prestataires, de vérifier les demandes de remboursement et de traiter les paiements aux prestataires.

6.3.4 L'assurance maladie communautaire

Historiquement, les mutuelles de santé au Mali ont été développées pour les fonctionnaires dans le secteur de l'éducation, pour le personnel des chemins de fer et pour les membres des forces armées et de la police. Ces mutuelles existent toujours, mais le gouvernement utilise maintenant des mutuelles pour fournir également une protection contre les risques financiers aux ménages du secteur informel (ceux qui ne sont pas couverts par l'AMO ou par le RAMED). Ce groupe représente 78 % de la population. En 2014, il était estimé que seulement 4,1 % de la population totale était couverte par l'AMC (Réseau d'apprentissage collaboratif 2016).

Les prestations fournies par les mutuelles sont moins généreuses que celles de l'AMO ou du RAMED ; elles couvrent les services de base tels que les services préventifs, les soins curatifs essentiels et le transport des patients. Les mutuelles de santé concluent des contrats avec des prestataires de soins publics et privés (principalement des centres de santé communautaires). À la fin de 2014, 186 mutuelles avaient 308 354 membres (Réseau d'apprentissage collaboratif 2016). Les mutuelles sont financées par les cotisations des membres et (pour certains membres) par des subventions du gouvernement. Le gouvernement paie 60 % des coûts des soins ambulatoires et 75 % des coûts des patients hospitalisés pour tous les membres ; les membres paient le solde au moment où les soins sont dispensés. Les mutuelles encaissent les cotisations des membres dans leurs bureaux. Ce processus de recouvrement en personne n'est pas pratique et coûte cher, et il est particulièrement difficile pour les membres habitant dans des régions éloignées. L'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) a lancé une application basée sur la téléphonie mobile pour les mutuelles du Mali en 2013. En juin 2014, plus de 300 membres des mutuelles dans tout le pays avaient payé des primes par téléphone.

Il n'est pas toujours facile de s'inscrire à une mutuelle. Il peut être difficile de payer régulièrement des primes pour les travailleurs ruraux du secteur informel ayant des revenus saisonniers. Les mutuelles ont une période d'attente initiale de trois mois pendant laquelle les membres n'ont pas droit aux prestations. Une période d'attente réduit l'antisélection (la tendance à s'inscrire quand on a besoin d'utiliser les services), mais elle peut également dissuader des membres potentiels qui sont en bonne santé de s'inscrire. Pour certaines mutuelles, les nouveaux membres doivent se rendre dans un établissement de santé qui accepte l'AMC pour pouvoir s'inscrire et payer les droits d'adhésion : ceci représente un fardeau pour certains ménages, et les transports sont un coût supplémentaire qu'ils associent à l'AMC.

6.3.5 Dépenses à la charge des ménages

Les ménages effectuant des dépenses directes pour les soins sont la principale source de financement pour le secteur de la santé ; en 2013, environ 54 % des dépenses totales de santé provenaient des dépenses à la charge des ménages. C'est l'un des taux les plus élevés de dépenses à la charge des ménages en Afrique de l'Ouest. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, des taux supérieurs à 50 % contribuent à des dépenses catastrophiques ou à l'appauvrissement pour 5 % des ménages (Ke et al. 2010).

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

Le PDSS de 2014-2023 développé par le Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène (MSPH), le Ministère du Travail, le Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (MSAH) et le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (MPFEF) présente une vision de la fourniture d'un accès universel à des services de qualité. Les objectifs de couverture universelle de la population, d'accès à un forfait de services et de protection contre les risques financiers y figurent clairement. Par exemple, le plan vise à augmenter la proportion de la population couverte par l'AMC

de 4,1 % à 20 % ; par l'AMO de 3,4 % à 16 % ; et par le RAMED de 0,2 % à 5 %, le tout d'ici 2023 (Gouvernement du Mali 2015a). Collectivement, ces régimes devraient garantir à au moins 45 % de la population l'accès à un forfait des prestations de base d'ici 2023.

Plus récemment, le troisième Programme de Développement Sanitaire et Social (2014-2018, PRODESS III) a mentionné explicitement l'objectif de la CSU et établi l'AMO, le RAMED et l'AMC comme étant les principaux mécanismes permettant d'y parvenir. Ces régimes sont sous la responsabilité du MSAH. La Cellule de Planification et de Statistique (CPS), partagée par le MSPH, le MPFEF et le MSAH, devrait jouer un rôle important en associant le MSPH et le MSAH pour coordonner le déploiement de l'AMC, et il est attendu que tous les deux soient engagés activement dans son développement.

Une version préliminaire de la Stratégie de financement de la santé du Mali 2014-2023 pour la CSU a été préparée et est en cours de finalisation. Elle vise essentiellement à augmenter les contributions du gouvernement (au niveau central et au niveau des entités décentralisées) pour la santé et à lier les contributions des ménages à leur capacité de payer. Ceci se traduit par des prélèvements automatiques pour le secteur formel, des subventions complètes pour les indigents et des contributions limitées pour les ménages non pauvres du secteur informel. Une difficulté à surmonter sera de réduire la dépendance par rapport aux contributions des bailleurs (qui représentaient 28 % des dépenses de santé en 2013) tout en réduisant les paiements directs des ménages (MSPH 2015). Le gouvernement souhaite réduire le financement provenant de ces deux sources en développant les mutuelles dans tout le pays. PRODESS III avait prévu initialement 60 nouvelles mutuelles par an pendant la phase de mise en œuvre, mais cet objectif a été réduit ensuite à dix par an.

La stratégie du Mali pour la CSU vise à créer des groupes de risques plus grands en unifiant des groupes de risques fragmentés. Actuellement, chaque mutuelle gère et met ses risques en commun de façon indépendante, comme le font l'AMO et le RAMED. La stratégie prévoit également plus de mécanismes d'achats stratégiques pour améliorer l'efficacité. La décentralisation, pour le financement de la santé et la fourniture des services de santé, est une composante clé de la réforme du secteur de la santé au Mali. Il est prévu que les autorités locales affectent plus de ressources financières à la santé pour réduire les dépenses des ménages dans leurs communautés.

Le Plan National d'Action pour la Planification familiale 2014-2018 met en lumière les difficultés rencontrées dans le cadre des tentatives de fourniture d'un accès universel aux services de planification familiale. Du côté de l'offre, la population rurale à un faible niveau d'accès aux services de planification familiale (37 % des travailleurs de santé résident dans les zones rurales où ils fournissent des services à 78 % de la population). La planification familiale fait partie du forfait de services de santé essentiels dans les établissements publics, mais en 2012 seulement 82 % des établissements étaient en mesure de fournir des services de planification familiale de base (pilules, injectables, préservatifs), et moins de 10 % des établissements pouvaient fournir toute la gamme des contraceptifs.

Les dépenses pour la planification familiale représentaient 0,7 % des dépenses de santé en 2013 (Gouvernement du Mali 2015b). Le rapport sur les Comptes nationaux de santé de 2013 ne montre pas de ventilation des dépenses pour la planification familiale, mais la santé de la reproduction était financée essentiellement par des bailleurs étrangers (75 %), le gouvernement (4 %) et d'autres sources dans le pays, comme les ménages et les ONG (20 %). Le Plan National d'Action pour la Planification familiale 2014-2018 s'est fixé pour but d'augmenter le rôle du secteur privé en élaborant une stratégie visant à impliquer davantage le secteur privé dans la fourniture des services de planification familiale et à accroître le nombre des franchises sociales avec le secteur privé dans toutes les régions. La planification familiale n'est pas incluse dans le forfait de prestations de l'AMO, et le plan 2014-2018 propose également d'élaborer une politique visant à introduire un tiers payeur pour les services de planification familiale ciblant les adolescentes et les femmes pauvres. L'application du plan 2014-2018 coûtera 33 millions USD. Le gouvernement du Mali s'est engagé à apporter une contribution de 10 % du coût total des contraceptifs dans ses établissements. Cette contribution, rendue possible par les engagements des bailleurs, couvrira 76 % des coûts totaux du plan.

6.5 Opportunités en matière de financement de la santé

Comme indiqué ci-dessus, plusieurs ministères participent au renforcement du secteur de la santé et à la poursuite des efforts vers l'atteinte de la CSU. Bien que cette approche multisectorielle soit louable, elle nécessite une excellente coordination pour assurer son succès. L'évaluation du secteur de la santé de 2015 révèle que le Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène a du mal à coordonner les activités de tous les acteurs au sein du secteur de la santé (partenaires techniques et financiers, prestataires du secteur privé, compagnies d'assurances, mutuelles). Ceci est compliqué encore plus par le besoin d'assurer la coordination avec d'autres ministères. Cependant, le Mali est plus avancé que certains autres pays d'Afrique de l'Ouest en ce sens que de nombreux mécanismes de coordination de multiples parties prenantes existent déjà aux niveaux national et local pour planifier, coordonner et contrôler la mise en œuvre de PRODESS III et de la CSU de façon globale. Ces mécanismes fournissent une excellente opportunité de poursuivre les efforts pour atteindre la CSU.

La construction de capacités techniques et organisationnelles pour aider les groupes de travail technique à concevoir et développer les mutuelles ainsi qu'à planifier l'expansion de l'AMC de façon plus détaillée contribuera à accélérer les réformes. La construction de capacités pourrait être axée sur la définition et l'amélioration du forfait de prestations, l'amélioration des processus visant à déterminer l'admissibilité des membres pour les subventions, la consolidation des mutuelles en groupes de risques régionaux (et ultérieurement nationaux) et l'implication d'acteurs au niveau communautaire afin de faire un plaidoyer pour l'AMC.

Malgré plus de 20 ans d'existence de l'AMC au Mali, la couverture de la population demeure très faible, et il y aura beaucoup à faire pour atteindre l'objectif du gouvernement – 78 %. La culture de solidarité, qui est très forte au Mali, a cultivé des mécanismes financiers informels pour la protection contre les risques financiers, comme des dons ou des prêts de réseaux sociaux qui incluent des membres de la famille et des amis. Actuellement, les mutuelles sont encore mal connues, et de nombreux travailleurs du secteur informel ne connaissent pas leur existence ou ne comprennent pas comme l'AMC pourrait les aider à réduire le fardeau des coûts des services de santé et les risques d'appauvrissement en cas de maladie. Une culture de solidarité sociale fournit une base commune pour introduire l'AMC en informant la population sur les avantages que l'assurance, un mécanisme plus formel de gestion des risques, procure.

La technologie fournit de nouvelles opportunités très prometteuses pour rendre l'AMC plus attrayante pour les membres et les établissements de santé ; par exemple, en utilisant des téléphones mobiles pour faciliter l'inscription et l'enregistrement, le paiement des primes et le paiement des prestataires. L'amélioration de la gestion des mutuelles et leur transformation pour les rendre plus conviviales contribuera aussi à faciliter le recrutement et à fidéliser les membres, ce qui réduira les coûts administratifs du régime.

Les discussions sur l'Évaluation du secteur de la santé en 2015 ont montré une représentation insuffisante du secteur privé dans les cadres institutionnels du Mali qui gouvernent le secteur de la santé au niveau central comme au niveau local (y compris les organisations professionnelles, les organisations de la société civile et d'autres acteurs du secteur privé). Ceci peut être dû en partie à la perception traditionnelle selon laquelle le secteur privé s'intéresse plus aux bénéficiaires qu'à la santé et au bien-être de la population. PRODESS III demande au gouvernement d'affecter plus de ressources à l'élaboration d'une stratégie officielle pour un partenariat public-privé ; cet effort sera important pour faire en sorte que le gouvernement puisse tirer parti des forces du secteur privé pour atteindre la CSU.

6.6 Sources

Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International. 2014. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013*. Maryland, USA.

Gouvernement du Mali. 2015a. *2014-23 Plan Décennal pour la Santé et le Développement Social*. Bamako, Mali.

Gouvernement du Mali. 2015b. *2013 Comptes de santé*. Bamako, Mali.

ICF International. 2012. « The DHS Program STATcompiler ». Base de données hébergée sur le Web. Accédé en août 2016 à <http://www.statcompiler.com/>

Réseau d'apprentissage collaboratif. 2016. « Mali : Mutuelles. » Accédé en juillet 2016 à <http://programs.jointlearningnetwork.org/content/mutuelles>

Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène (MSPH). 2014. *Plan d'Action National de Planification Familiale du Mali 2014-2018 : projet*. Bamako, Mali.

Banque mondiale. 2016. « Population growth (annual %). » Accédé en août 2016 à <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW>

Xu, Ke, Priyanka Saksena, Matthew Jowett, Chandika Indikadahena, Joe Kutzin et David B. Evans. 2010. *Exploring the Thresholds of Health Expenditure for Protection against Financial Risk* (World Health Report Background Paper, N° 19). Genève, Suisse : Organisation Mondiale de la Santé.

7. NIGER

7.1 Un aperçu bref de pays





Niger

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



Les stratégies du Niger pour améliorer la couverture des services de santé

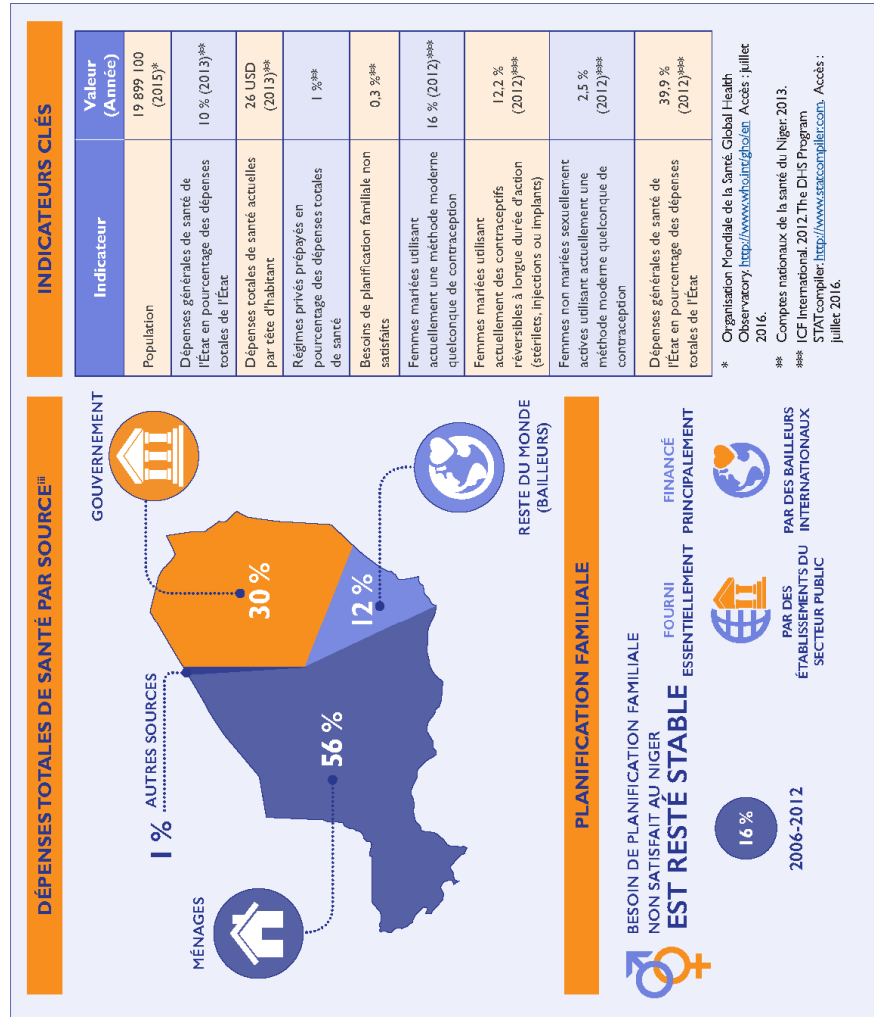


Figure 8 : Un aperçu bref de Niger

La stratégie de couverture maladie universelle (CMU) du Niger est décrite dans son Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 (PDS) et sa Stratégie nationale de financement de la santé de 2012 pour la CMUⁱ. Le PDS inclut des stratégies pour accroître l'accès aux services de santé tandis que la stratégie de financement de la santé du gouvernement accorde la priorité à l'établissement de mécanismes pour progresser vers la CMU par le biais du soutien des mutuelles d'assurance maladie, de la sensibilisation de la population afin de l'inciter à souscrire des polices d'assurance maladie pour réduire l'exposition à des coûts catastrophiques en cas de maladie et de la création d'un fonds pour la santé. Actuellement, moins de 3 % de la population du Niger est inscrite à un type quelconque d'assurance maladie ; les compagnies d'assurance maladie privées couvrent moins de 1 % de la population. Par conséquent, le gouvernement s'efforce d'engager le secteur privé pour accroître la fourniture de services de santé et pour promouvoir l'implantation de professionnels de santé privés dans les régions où la couverture est insuffisante. Les partenariats public-privé sont également considérés comme des mécanismes servant à renforcer les systèmes d'information et de communication ainsi que la réglementation de la vente de produits pharmaceutiques. Actuellement, 56 % des dépenses totales de santé sont privées, essentiellement des dépenses non remboursées des ménages pour des services de santé et des produits pharmaceutiquesⁱⁱ.

La seconde priorité stratégique du Niger pour la santé est l'amélioration des services de santé de la reproduction, y compris la planification familialeⁱⁱⁱ. Le PDS vise à promouvoir la distribution communautaire de contraceptifs sur une grande échelle à la fois par des établissements publics et des établissements privés en intégrant la planification familiale dans l'ensemble national de services de santé essentiels. Le besoin non satisfait de services et produits de planification familiale au Niger est resté stable, à un niveau d'environ 16 %, de 2006 à 2012. À l'heure actuelle, les produits de planification familiale sont financés essentiellement par des bailleurs internationaux.

Défis et opportunités

Les problèmes au Niger sont le niveau très bas de dépenses publiques pour la santé (5,8 % du budget total), la faiblesse de l'infrastructure pour la protection sociale (publique comme privée) et les retards dans la mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé établie en 2012. Les mutuelles sont essentiellement organisées par secteur (p. ex., énergies, santé) et les régimes d'assurance maladie communautaires ont tendance à être mal gérés, ce qui dissuade de nombreuses personnes d'y adhérer. Le développement de l'assurance sociale santé, la réglementation des mutuelles existantes et l'extension des mutuelles au secteur informel ont le potentiel d'étendre la couverture de santé de la population et d'abaisser le niveau élevé actuellement des dépenses non remboursées des ménages.

i Ministère de la Santé Publique du Niger, janvier 2011, Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015.
 ii Ministère de la Santé Publique du Niger et OMS, juin 2012, Stratégie Nationale de Financement de la Santé en vue de la Couverture Universelle en Santé au Niger.
 iii Comptes nationaux de la santé du Niger, 2013.

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

<ul style="list-style-type: none"> Revenus du budget général de l'État (30 % des DTS) Subventions ou prêts de partenaires de développement (12 % des DTS) 	<ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement met les risques en commun au niveau national par le biais du financement des établissements de santé du secteur public Les régimes d'assurance maladie communautaire mettent les risques en commun au niveau de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement achète des services fournis à la population dans les établissements de santé du secteur public par les mécanismes suivants : <ul style="list-style-type: none"> Païements à l'acte aux établissements en fonction des services fournis, du niveau de l'établissement dans le système de santé (primaire, secondaire ou tertiaire), de son emplacement (urbain/rural) et du statut socio-économique du patient Exonération de l'obligation de paiement des frais à la charge des usagers pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans pour la planification familiale, les soins prénatals, les cébarrhies, les traitements antirétroviraux, le paludisme, la tuberculose, les dialyses et certains cancers Réduction des frais à la charge des usagers pour : <ul style="list-style-type: none"> les fonctionnaires et les travailleurs de santé les personnes munies d'un certificat d'indigence obtenu à la suite d'une évaluation par un agent des services sociaux Subsidés pour les médicaments génériques essentiels Païements basés sur les résultats pour les travailleurs de santé de la région de Dosso
---	--	---

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

<ul style="list-style-type: none"> Païements non remboursés à la charge des ménages (56 % des DTS) 	<ul style="list-style-type: none"> Les assureurs privés offrant une assurance maladie volontaire mettent les risques en commun au niveau du régime, mais la pénétration au Niger est extrêmement faible. Les assureurs privés ne gèrent que 0,3 % des dépenses totales de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Les ménages sont les principaux acheteurs de services de santé au Niger <ul style="list-style-type: none"> Les ménages ne sont pas remboursés pour les services de planification familiale, qui sont généralement fournis gratuitement ou à faible coût, par des ONG et des partenaires de développement dans des établissements publics ou privés
---	---	--

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 FORMEL	SECTEUR INFORMEL NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	✓	✓	✓ (y compris des subventions pour les personnes vulnérables de pauvres)
Assurance maladie communautaire volontaire	✓	✓	✓

	SECTEUR PRIVÉ		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance maladie privée volontaire	✓	✓	✓
Dépenses non remboursées	✓	✓	✓

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.hfgrproject.org.



7.2 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 au Niger et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Ce chapitre décrit le financement de la santé au Niger 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 Health Finance and Governance Project (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 politiques 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.

7.3 Le financement de la santé au Niger

Le Niger utilise quatre mécanismes principaux de financement de la santé. Chaque mécanisme important est décrit plus en détail ci-dessous.

7.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le financement des services de santé par le gouvernement est un mécanisme important de financement de la santé parce qu'il a le potentiel de fournir un certain degré de protection financière contre les coûts de services de santé pour les citoyens du Niger qui se font traiter dans des établissements de santé publics. Cependant, le gouvernement devra surmonter des obstacles considérables en matière de financement de la santé en raison de la situation économique dans le pays. Selon le Plan de Développement Sanitaire 2011–2015 du Gouvernement du Niger, le niveau de pauvreté élevé limite l'accès aux services de santé et leur utilisation. 62 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, y compris 66 % de la population rurale et 52 % de la population urbaine.

Les services de santé du secteur public reçoivent actuellement des paiements des usagers, ce qui expose les patients à un niveau élevé de risque financier. De plus, le gouvernement est exposé à des difficultés de recouvrement quand les patients ne sont pas capables de payer ces frais à la charge de l'utilisateur (MSP 2011). Il existe certaines exonérations de l'obligation de paiement de ces frais dans le cas de traitement de maladies prioritaires spécifiques (p. ex., VIH/sida), pour aider les segments vulnérables de la population (p. ex., les indigents se faisant hospitaliser, les pauvres des régions rurales) et pour répondre aux préoccupations relatives aux services de santé prioritaires (p. ex., services gratuits de planification familiale). Le gouvernement achète des services en fonction des intrants aussi bien que des extrants portant dans une large mesure sur l'infrastructure, le financement direct des services de santé et les incitations pour produire certains résultats. Les travailleurs de santé sont salariés, et il n'existe pas de programmes de financement basés sur les résultats pour les prestataires.

7.3.2 L'assurance maladie communautaire

Au Niger, la plupart des mutuelles de santé en activité sont organisées par secteur (p. ex., Société Nigérienne des Produits Pétroliers pour le pétrole, Société Nigérienne d'Électricité pour l'électricité) ; il existe également des mutuelles de santé à base géographique, mais le Projet HFG a constaté qu'elles ne fonctionnaient pas bien. La Fédération des mutuelles de santé a été créée en 2015 pour améliorer la coordination et la pénétration des mutuelles de santé dans tout le pays. Les mutuelles de santé au Niger respectent les règlements d'une entité multinationale publique, l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Les prestations et les contributions varient d'une mutuelle à l'autre. Les adhérents se présentent avec une pièce d'identité au point de service.

Les services de planification familiale dans les établissements de santé publics sont gratuits.

7.3.3 L'assurance maladie privée

La pénétration de l'assurance maladie privée est nettement inférieure à 3 % au Niger. L'assurance maladie privée représente tout juste 0,3 % de toutes les dépenses de santé (Comptes de santé du Niger 2013). La participation à l'assurance maladie privée est facultative, et elle est dominée par les employeurs du secteur privé qui fournissent une couverture de santé à leurs employés. Seules quelques compagnies d'assurances privées existent ; elles sont exploitées centralement et remboursent les services de santé administrés par des établissements publics ou privés en fonction des dispositions des polices d'assurance concernées.

7.3.4 Dépenses à la charge des ménages

Les dépenses à la charge des ménages sont élevées, représentant 56 % des dépenses de santé, ce qui démontre que la plupart des citoyens du Niger n'ont pas une bonne protection financière pour les services de santé. Au fur et à mesure que les citoyens du Niger auront accès à d'autres mécanismes de protection financière tels que l'assurance maladie et s'y inscriront, certaines dépenses des ménages vont probablement passer des dépenses directes pour les services fournis au paiement périodique de primes à des régimes de mise en commun des risques offerts par le gouvernement, les employeurs, la communauté ou des assureurs privés.

7.4 Les progrès vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale

Le Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 du Gouvernement du Niger comprend plusieurs stratégies visant à accroître la capacité financière de l'État à répondre aux demandes de la population en matière de santé et à réduire les paiements directs à la charge des ménages. Deux stratégies de financement dignes d'intérêt consistent à renforcer les efforts de mobilisation de ressources intérieures et extérieures et à développer des mécanismes innovants de mise en commun des risques. La mobilisation des ressources est une stratégie essentielle pour le Gouvernement du Niger parce qu'une partie importante de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté ne peut avoir accès qu'à des services de santé gratuits ou à faible coût. Les stratégies de mobilisation des ressources incluent le renforcement du plaidoyer à l'intérieur du gouvernement pour atteindre l'objectif de la Déclaration d'Abuja, soit l'affectation de 15 % du budget de l'État à la santé, ainsi qu'un plaidoyer visant à obtenir le soutien des bailleurs pour l'élaboration d'un plan stratégique visant à atteindre la CSU.

Le PDS s'attendait à ce que le soutien du développement et de l'expansion de mécanismes de mise en commun des risques tels que les mutuelles de santé soit un complément des efforts du gouvernement visant à fournir des services gratuits, ou à un prix très faible grâce aux subventions, et à accroître la couverture maladie universelle pour la population. Le Projet HFG a appris que le Ministère de la Santé a demandé à plusieurs spécialistes au niveau des départements d'explorer les problèmes affectant les stratégies actuelles et d'envisager d'autres stratégies possibles pour atteindre

la CSU avant la fin du prochain PDS, prévu pour 2016-2020. Ces spécialistes conseilleront le Premier Ministre en conséquence de leurs constatations. Ceci suggère un intérêt de haut niveau au sein du gouvernement pour répondre aux besoins de santé de la population par le biais de la CSU.

Les autres stratégies du PDS 2011-2015 ont inclus la détermination de façons d'utiliser plus efficacement les ressources existantes et de développer un fonds social pour couvrir les services de santé fournis aux indigents. Le PDS a également identifié le développement et l'adoption d'un plan stratégique sectoriel pour l'assurance communautaire comme intervention prioritaire. Ce plan fixerait la structure des mutuelles de santé et la manière dont celles-ci concluraient des contrats avec les établissements de santé pour la fourniture de services de santé, bien qu'il n'ait pas encore été indiqué quand ce plan serait finalisé.

En dehors du PDS, le gouvernement a collaboré avec des partenaires au développement pour peaufiner sa Stratégie Nationale de Financement de la Santé en vue d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle au Niger en 2012. La stratégie souligne à nouveau l'importance des stratégies de financement du PDS 2011-2015 consistant à augmenter la mobilisation des ressources et à utiliser les ressources plus efficacement. La stratégie de financement de la santé mentionne aussi explicitement la couverture sanitaire universelle comme objectif stratégique. Au moment où cette étude a été préparée, la mise en œuvre de cette stratégie de 2012 n'avait pas encore commencé.

Le Niger a mobilisé le soutien des bailleurs par le biais de l'International Health Partnership (IHP+) en 2009. Il a signé un compact entre le pays et onze partenaires au développement plus des organisations de la société civile en 2011 pour soutenir l'élaboration du PDS 2011-2015, ainsi qu'une feuille de route visant à renforcer le suivi et l'évaluation d'un plan national de santé. Le Niger est resté engagé avec l'IHP+ par le biais de sa participation à de multiples cycles de contrôle des résultats avec l'IHP+. Le Niger a également mobilisé des ressources par le biais d'initiatives d'accès à la planification familiale de l'USAID et avec le soutien du Partenariat de Ouagadougou pour promouvoir la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone afin d'élaborer le document *Planification Familiale au Niger : Plan d'Action 2012-2020* (USAID 2016).

Le PDS inclut des objectifs explicites visant à intégrer les services généraux de planification familiale au forfait de services essentiels au Niger et à promouvoir la distribution de contraceptifs au niveau communautaire dans tout le pays par le biais d'établissements de santé publics et privés. Il présente six stratégies prioritaires, dont la distribution communautaire de contraceptifs, l'utilisation des technologies mobiles et des stratégies de sensibilisation, et la fourniture gratuite de contraceptifs dans tous les établissements publics.

Le PDS met en lumière plusieurs objectifs visant à accroître l'implication des prestataires privés dans le cadre de nouveaux partenariats public-privé, à améliorer la réglementation pour les pharmacies et à promouvoir l'assurance maladie privée.

7.5 Opportunités en matière de financement de la santé

L'analyse par le Projet HFG du cadre de financement de la santé au Niger a révélé plusieurs domaines dans lesquels le gouvernement pourrait fournir des efforts pour développer, renforcer et étendre des mécanismes de financement de la santé pour progresser vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale.

Dans l'ensemble, le gouvernement a la possibilité d'améliorer l'efficacité de ses efforts d'institution de couverture maladie universelle en augmentant la disponibilité des mutuelles de santé. Bien que les mécanismes actuels de financement de la santé assurent un certain degré de protection contre les risques financiers, leur concentration dans le secteur formel, combinée à un pourcentage élevé (56 %) de dépenses à la charge des usagers dans l'ensemble du pays, suggère que la protection financière contre les chocs de santé reste faible ou absente pour beaucoup. Le Niger est à la dernière place de l'Indice de développement humain de 2013. Des niveaux élevés de pauvreté et des taux de fécondité élevés contribuent à la mauvaise performance du système de santé. Le taux élevé de dépenses directes à la charge des usagers affecte négativement à la fois l'accès aux services de

santé au Niger et leur utilisation. Même les frais les plus faibles à la charge des usagers peuvent être prohibitifs, ce qui présente une opportunité d'étendre la couverture et d'augmenter l'efficacité des régimes d'assurance maladie existants – mutuelles de santé et assurance maladie privée.

Le gouvernement a des opportunités d'affiner ses politiques en les axant sur la CSU. Premièrement, le nouveau PDS 2016-2020 a été élaboré, mais le processus de validation a seulement commencé en juillet 2016. Après la validation et la mise en œuvre ultérieure de ce plan, le Niger pourra choisir d'orienter sa stratégie vers l'atteinte efficace des objectifs prioritaires du PDS en liaison avec la CSU. Deuxièmement, le moment pourrait être opportun pour que le Niger redonne de l'énergie à ses efforts d'établissement d'une stratégie de financement de la santé étant donné que seulement une part relativement faible du budget du Niger (5,8 %) est affectée à la santé et que la mise en œuvre de sa stratégie de financement de la santé élaborée en 2012 a été retardée pour des raisons inconnues. De plus, en raison des mécanismes de protection sociale limités, le Niger pourrait utiliser cette période de validation du PDS pour déterminer comment développer et coordonner la recherche technique, la planification, la stratégie et le plaidoyer pour promouvoir la CSU. Ceci pourrait inclure des plans visant à inclure le secteur privé dans le développement du secteur de la santé, ce qui était considéré important dans le PDS. Les opportunités susmentionnées pourraient être réalisées par le biais de l'établissement d'une politique et d'une stratégie concrète pour avancer vers la CSU.

Le gouvernement a également l'opportunité d'accroître la protection financière pour divers segments de la population (informel, rural, indigent). Le Projet HFG a trouvé des preuves de variations importantes dans les processus visant à identifier les indigents dans les communautés. Ceci pourrait être quelque chose d'important à comprendre afin de remédier à ce problème en raison des implications majeures pour la couverture maladie universelle des personnes concernées. L'exploration de ce problème pourrait permettre une réduction de l'incidence des fraudes au point de service et un financement plus efficace des services de santé pour les indigents par le gouvernement. De plus, le gouvernement pourrait avoir l'opportunité de remédier aux limitations de l'assurance maladie communautaire. Non seulement les inscriptions dans les mutuelles de santé sont très faibles (moins de 3 %), mais elles sont souvent limitées dans une large mesure au secteur formel. En outre, l'analyse du Projet HFG a révélé que la direction et la supervision des mutuelles de santé sont inadéquates, en dépit de la création en 2015 d'une agence nationale pour les réglementer. Ceci suggère des lacunes dans la stratégie affectant son efficacité, la planification de sa mise en œuvre et la capacité de renforcer et de réglementer les mutuelles de santé.

Enfin, le gouvernement a la possibilité d'améliorer l'accès à la planification familiale dans les secteurs public et privé. Les produits de planification familiale ne sont gratuits que dans le secteur public, à l'exception des prestataires privés qui font partie d'un réseau d'achat d'un bailleur ou d'une ONG. Au fur et à mesure que le secteur privé de la santé se développera au Niger, le gouvernement pourra explorer les implications potentielles pour déterminer comment et où les produits de planification familiale seront fournis dans l'ensemble du système de santé, et à quel prix (le cas échéant).

7.6 Sources

Ministère de la Santé Publique (MSP), Secrétariat Général. 2011. *Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015*. Niamey, Niger.

Comptes de santé du Niger et Macro-indicateurs de l'OMS GHED. 2013. « Tableaux standard SHA 2011 : Niger. Calendrier : 2013. »

United States Agency for International Development (USAID). 2016. *Niger: Global Health*. Accédé en juillet 2016 at <https://www.usaid.gov/niger/health>.

8. SÉNÉGAL

8.1 Un aperçu bref de pays





Sénégal

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

Les stratégies du Sénégal pour améliorer la couverture des services de santé

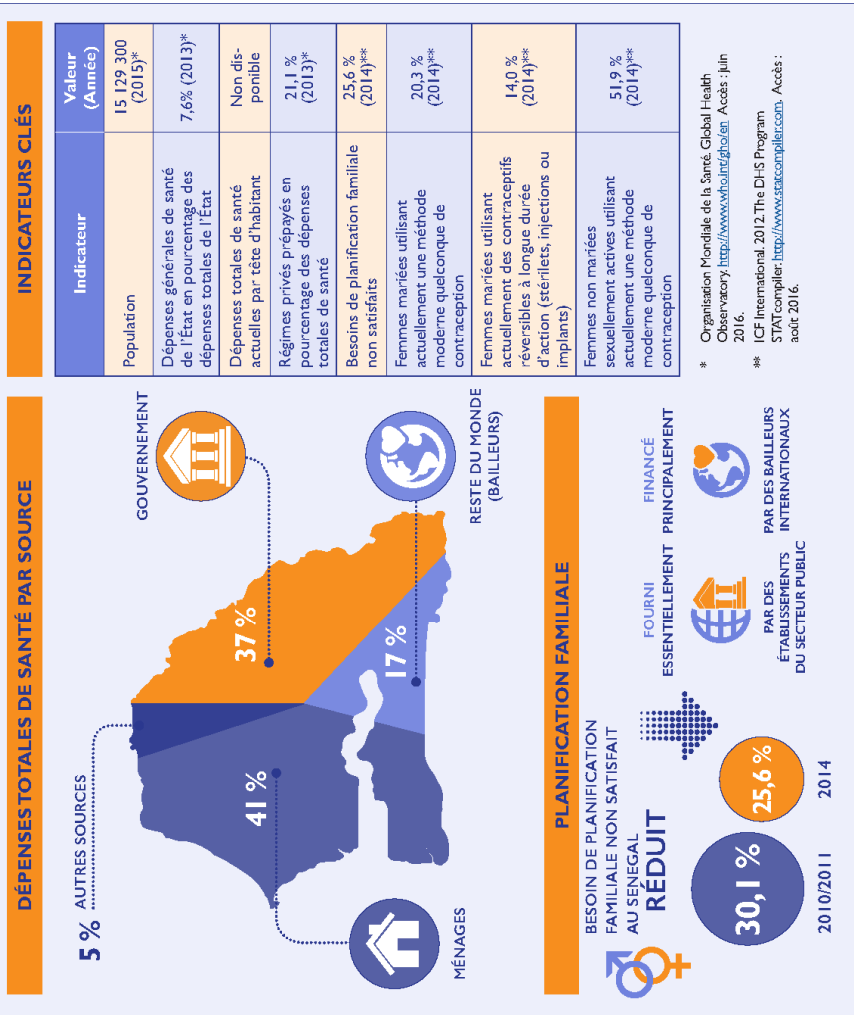
Le Sénégal a adopté un plan stratégique de couverture maladie universelle (CMU) couvrant les années 2013 – 2017. Le plan stratégique a reconnu que bien que ce pays ait des décennies d'expérience de la prestation de services de santé par le biais d'établissements publics et de la fourniture d'une couverture d'assurance sociale santé obligatoire, les membres du secteur informel et les pauvres (approximativement 80 % de la population) continuent à devoir surmonter bien des obstacles pour avoir accès aux soins. En 2012, le Ministère de la Santé a lancé une Consultation Nationale sur la Santé et l'Action Sociale pour construire un consensus national sur les réformes dans le secteur de la santé et du bien-être social. Sur la base de cette consultation, le Sénégal s'efforce actuellement d'atteindre la couverture maladie universelle : a) en développant la couverture de santé de base par le biais de l'assurance maladie communautaire ; b) en améliorant la capacité du gouvernement de cibler certaines populations et de contrôler les progrès réalisés ; c) en améliorant l'accès aux soins pour les personnes handicapées ; et d) en améliorant la protection financière.

La stratégie de planification familiale du Sénégal vise à générer plus de demande pour la planification familiale et à accroître la distribution de produits de planification familiale par le biais du secteur privé. La majorité des utilisatrices de méthodes de planification familiale au Sénégal obtiennent des produits et des informations à cet égard auprès de sources faisant partie du secteur public. Le besoin non satisfait de planification familiale est tombé de 30,1 % en 2010/2011 à 25,6 % en 2014.

Défis et opportunités

Le problème auquel est confronté le Sénégal est le faible nombre des adhérents aux régimes d'assurance maladie communautaire dans le secteur informel et parmi les ménages ruraux, vraisemblablement en raison d'un décalage entre les prestations fournies par les régimes et les besoins de la communauté, ce qui dissuade beaucoup de membres potentiels. Ces régimes d'assurances sociales et d'assurance maladie privée, ainsi que d'autres, couvraient environ 13,6 % de la population en 2012, nettement en dessous de l'objectif de 65,5 % qui avait été fixé pour 2017 dans la Stratégie Nationale de Développement Économique et Social pour 2013 – 2017. Néanmoins, les dépenses effectuées par le biais des régimes d'assurances privées prépayés sont substantielles (21,1 % des dépenses totales de santé en 2013) en raison des réglementations publiques qui exigent que les grandes sociétés privées et leurs employés participent à un régime d'assurances sociales géré par des assureurs privés. Les dépenses publiques sont toujours faibles. En 2011, l'Organisation Mondiale de la Santé a jugé que le Sénégal n'avait pas fait suffisamment de progrès vers l'atteinte de l'objectif de la Déclaration d'Abuja consistant à affecter 15 % de son budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé. Le pays a des opportunités de continuer à réduire les dépenses non remboursées en augmentant les inscriptions aux régimes d'assurance et en accroissant les subsides pour les services de santé.

i Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, République du Sénégal, 2013. Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017. Dakar.
ii Organisation mondiale de la Santé, 2011. La Déclaration d'Abuja : dix ans plus tard.



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	
<ul style="list-style-type: none"> Revenus du budget général encaissés par le gouvernement central (37 % des DTS) Subventions ou prêts de partenaires de développement (17 % des DTS) 	<ul style="list-style-type: none"> Services de santé fournis par les établissements publics Services de santé fournis par les agents de santé communautaires Le régime d'assurance sociale santé pour les fonctionnaires met les risques en commun à l'échelle nationale. Le régime d'assurance sociale santé pour les retraités met les risques en commun à l'échelle nationale. Les régimes d'assurance maladie communautaire gèrent le risque au niveau de la communauté.
<ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement central achète des services dans les établissements de santé primaires, secondaires et tertiaires, publics comme privés. Le gouvernement central paie pour ces services par les moyens suivants : <ul style="list-style-type: none"> Exonération de l'obligation de paiement des frais à la charge des usagers et vouchers pour certains services essentiels, et exonération totale pour certains groupes Achat de services par des régimes d'assurance sociale santé gérés par le secteur public pour le compte des adhérents Achat de services par des régimes d'assurance maladie communautaire pour le compte des adhérents 	

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

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

	SECTEUR PUBLIC		
	SECTEUR FORMAL	SECTEUR INFORMEL NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	✓	✓	✓ (y compris des subventions pour certains segments de la population)
Assurance sociale santé obligatoire	✓		
Assurance maladie communautaire volontaire		✓	✓ (y compris des subventions pour les primes pour les ménages les plus pauvres)

	SECTEUR PRIVÉ		
	SECTEUR FORMAL	SECTEUR INFORMEL NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance sociale santé obligatoire	✓		
Assurance maladie privée volontaire	✓	✓	✓
Dépenses non remboursées	✓	✓	✓

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.hfgrproject.org



8.2 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 au Sénégal et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Ce chapitre décrit le financement de la santé au Sénégal 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 Health Finance and Governance Project (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.

8.3 Le financement de la santé au Sénégal

Le Sénégal utilise six mécanismes principaux de financement de la santé. Chaque mécanisme est décrit plus en détail ci-dessous.

8.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le financement des services de santé par le gouvernement est un mécanisme important de financement de la santé parce qu'il a le potentiel de fournir une protection financière contre les coûts des services de santé au Sénégal. Un financement basé sur les résultats est en train d'être déployé à titre expérimental dans six régions. Le gouvernement offre plusieurs programmes de subventions supplémentaires pour certains segments vulnérables de la population et pour certains services. Un récent document programmatique du gouvernement a mentionné une intention d'accroître les ressources financières pour des initiatives de soins de santé gratuits dans le pays.

L'un des plus importants de ces programmes est le *Plan Sésame*. Établi en 2006, le *Plan Sésame* exonère les personnes âgées de 60 ans ou plus de l'obligation de paiement de frais à la charge des usagers. Les bénéficiaires doivent présenter une carte nationale d'identité au point de service. Une étude de 2011 a indiqué qu'il n'existait pas de plan formel de communication pour promouvoir ce régime à ce moment-là. Malgré tout, 48 % des personnes âgées interrogées s'étaient inscrites pour bénéficier du *Plan Sésame* ; mais les personnes vulnérables et celles qui étaient isolées s'étaient inscrites dans une proportion beaucoup plus faible (Parmar et al. 2016). Le *Plan Sésame* est financé par un poste du budget de l'État. Le programme utilise également des fonds de l'Institut de Prévoyance Retraite et Sociale, le fonds de retraite pour les personnes âgées, et le Fonds National de Retraite, le fonds de prévoyance/retraite pour les employés du secteur privé formel (Parmar et al. 2016).

Le gouvernement a également financé d'autres initiatives de soins de santé gratuits, notamment des césariennes gratuites dans tous les hôpitaux sénégalais en dehors de la région de la capitale, certains services pour les enfants de moins de cinq ans (vaccinations, fourniture d'aliments thérapeutiques pour traiter la malnutrition, suppléments gratuits de vitamine A et élimination de parasites), des médicaments antirétroviraux et des médicaments contre la tuberculose et le paludisme.

Le programme « *Bajenu Gox* » est un programme employant des travailleurs de santé communautaires pour la promotion de la santé, des mères, des nouveau-nés et des enfants. Dans le cadre du programme, 12 000 travailleurs de santé communautaires sont chargés de l'identification des femmes enceintes et de la promotion des soins prénatals et post-partum, de la vaccination des enfants et de la planification familiale. Les travailleurs de santé communautaires du programme *Bajenu Gox* font également partie de comités responsables du contrôle des bénéficiaires de bourses de sécurité familiale, et ils sont aussi membres des comités de gestion des mutuelles de santé. Le programme *Bajenu Gox* va bientôt rejoindre l'Alliance du Secteur Privé de la Santé du Sénégal.^E

Le financement des services de santé par le gouvernement est un mécanisme de financement crucial pour soutenir la distribution de produits et de services de planification familiale au Sénégal. Le secteur public est le principal fournisseur de méthodes modernes de planification familiale. Environ 85 % des utilisateurs de méthodes modernes ont obtenu leur méthode de planification familiale dans le secteur public en 2013-2014 (Brunner et al. 2016).

8.3.2 L'assurance maladie sociale

Il existe trois grandes formes d'assurance maladie sociale au Sénégal. L'Institution de Prévoyance Maladie (IPM) est une organisation de bien-être social responsable de l'assurance maladie pour les travailleurs du secteur public et du secteur privé ainsi que leurs familles. L'Institution de Prévoyance Retraite et Sociale est une assurance maladie sociale pour les travailleurs qui avaient exercé précédemment des emplois salariés et leurs familles. L'imputation budgétaire est un mécanisme par le biais duquel l'État paie 80 % du coût des soins de santé pour les fonctionnaires.

La création d'une IPM ou l'adhésion à une IPM est une obligation pour les entreprises ayant des effectifs de plus de 300 personnes. Les IPM remboursent de 40 % à 80 % des coûts des médicaments et des soins médicaux couverts. Au total, les IPM ont géré 41 % des dépenses de santé de tous les assureurs, selon un rapport sur les CNS de 2005, malgré le fait que les IPM ne couvraient que 24 % du total de la population assurée. À titre de comparaison, les assureurs privés géraient 26 % des dépenses de santé de tous les assureurs mais ne couvraient que 8 % du total de la population assurée ; l'imputation budgétaire pour les fonctionnaires gérait 24 % des dépenses de santé de tous les assureurs mais elle couvrait 40 % du total de la population assurée. Ces statistiques impliquent que les IPM dépensent moins d'argent par assuré que les régimes d'assurance complètement privés, mais qu'elles dépensent plus d'argent par assuré que l'imputation budgétaire.

L'IPRES a été établie par décret en 1975. Dans ce régime, une cotisation maladie est prélevée régulièrement sur les retraites ; en échange, l'IPRES couvre partiellement les dépenses médicales de ses bénéficiaires.

Ces programmes obligatoires couvrent moins de 20 % de la population du Sénégal. Selon le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, la couverture par ces régimes d'assurances sociales n'est que partielle, et elle nécessite une contribution importante des patients aux coûts.

8.3.3 L'assurance maladie communautaire

Il existe des mutuelles de santé au Sénégal depuis le début des années 1990, et elles ont fait l'objet de diverses réformes au cours des 20 dernières années. En 2009, le gouvernement a réglementé les mutuelles de santé, puis en 2012 il a établi une cellule de soutien centrale pour toutes les mutuelles. Une initiative est en cours actuellement pour créer au moins une mutuelle de santé dans chaque communauté et une union des mutuelles dans chaque département dans le cadre de la stratégie de couverture sanitaire universelle du gouvernement. (La section « Initiatives et stratégies en cours

^E La raison pour laquelle le gouvernement paie ces travailleurs de santé communautaires n'est pas claire étant donné qu'ils sont en cours d'intégration à l'alliance du secteur privé, et on ne sait pas vraiment s'ils sont considérés comme faisant partie du système de distribution du secteur public.

pour progresser vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et de la planification familiale » ci-dessous décrit cet effort de réforme.)

Certaines mutuelles de santé au Sénégal sont sectorielles. Transvie, par exemple, est une grande mutuelle à laquelle peuvent adhérer les travailleurs du secteur des transports. Toutefois, Transvie ne reçoit aucun soutien du gouvernement, et cette mutuelle ne semble donc pas faire partie du cadre d'assurance maladie communautaire du Gouvernement du Sénégal tel que défini récemment dans sa stratégie de CSU. Les entretiens avec des informateurs clés ont révélé que les mutuelles de santé sectorielles telles que Transvie recherchent des éclaircissements auprès du gouvernement pour confirmer si elles sont régies par la réglementation de l'AMC.

La planification familiale est indiquée comme service fourni dans le cadre du forfait des prestations de base que les mutuelles réglementées par le Gouvernement du Sénégal sont tenues de fournir.

8.3.4 L'assurance maladie privée

La participation à l'assurance maladie privée au Sénégal est volontaire. Les assureurs privés offrent généralement des forfaits de prestations généreux aux ménages aisés. En 2005, les assureurs privés ne couvraient que 8 % de la population assurée au Sénégal, mais ils encaissaient et payaient un quart de tous les fonds de l'assurance pour la santé.

Selon le projet de rapport sur les CNS de 2008, ce sont les assureurs privés qui payaient le plus d'argent aux pharmacies privées, suivis par les hôpitaux publics, les cliniques privées et les laboratoires d'analyse et d'imagerie médicale.

Le pool microassurance santé (PMAS) est un partenariat de compagnies d'assurances privées cherchant à fournir une assurance maladie à faible prix aux travailleurs et personnes à faibles revenus dans le secteur informel. Six assureurs privés ont établi le PMAS, qu'ils ont constitué en association en juin 2012. Le PMAS joue le rôle d'administrateur tiers de produits d'assurance, qui sont proposés à des groupes organisés, des associations, des groupements d'étudiants, des organisations féminines et d'autres groupes. Le PMAS conclut des contrats avec des prestataires du secteur public aussi bien que du secteur privé, et ses produits couvrent les services de base qui sont fournis dans les centres de santé publics et le forfait complémentaire offert dans les hôpitaux publics.

Le modèle du PMAS en Afrique de l'Ouest semble unique. Le projet a été conçu pour fournir des produits d'assurance maladie à 108 000 personnes, mais le développement des ventes et le recrutement n'ont pas été faciles ; jusqu'à présent, seulement environ 5 000 personnes sont couvertes. La couverture fournie par le PMAS est similaire à celle des mutuelles de santé, mais elle nécessite le paiement de primes plus élevées pour les membres parce qu'il ne reçoit pas les mêmes subventions que les mutuelles. Pour être viable, le PMAS aurait besoin d'avoir 20 000 membres. Il est actuellement en situation déficitaire, et les assureurs privés courent le risque financier associé. L'expérience du Sénégal pourrait indiquer comment créer un modèle similaire avec plus de succès dans d'autres contextes.

8.3.5 Dépenses à la charge des ménages

Les ménages sont des gestionnaires et agents de financement importants des fonds pour les soins de santé au Sénégal, selon le projet de rapport sur les CNS de 2008. Des sources du secteur privé finançaient 46 % du total des dépenses de santé en 2008, et 87 % du financement du secteur privé provenait des ménages. Environ 13 % des fonds des ménages pour la santé étaient gérés par des assureurs (IPM, mutuelles ou autres assureurs privés), et le solde était géré par les ménages sous forme de dépenses directes à la charge des usagers pour des produits et services.

Les ménages dépensaient la plus grande partie de leurs fonds pour la santé dans des pharmacies privées, puis dans les hôpitaux nationaux publics. Près de 50 % des fonds des ménages pour la santé étaient dépensés pour acheter des médicaments en 2008. Les soins curatifs aux patients hospitalisés (à l'exclusion des médicaments, des services de laboratoire et de la radiologie) représentaient la part

la plus importante ensuite, à hauteur de 20 %. Les dépenses des ménages en services de planification familiale ne sont pas indiquées dans le projet de rapport sur les CNS de 2008.

8.3.6 Autres mécanismes de financement de la santé

Les programmes de santé sur le lieu de travail font également partie du cadre de financement de la santé du Sénégal, et ils semblent être différents de ceux de tous les autres pays de la région, selon l'examen documentaire réalisé par le Projet HFG et les données recueillies dans le pays. En 2006, le gouvernement a adopté un décret imposant aux sociétés ayant plus de 400 employés d'avoir un médecin à plein temps dans leurs locaux afin de fournir des soins préventifs et d'éviter divers risques pour la santé associés aux activités des employés et à l'environnement professionnel. Les sociétés voisines ayant moins de 100 employés peuvent partager un médecin entre elles.

Les sociétés doivent fournir des services médicaux gratuitement. De nombreuses sociétés fournissent également des services gratuits aux familles et aux membres de la communauté. En réalité, de nombreuses entreprises ont seulement un infirmier salarié à plein temps sur place, et un médecin se rend dans leurs locaux une fois ou deux par semaine. Un gynécologue peut également se rendre de temps en temps sur les lieux de travail où se trouvent beaucoup de femmes. Cependant, ce décret n'est pas appliqué rigoureusement, et les services sont généralement très limités (Brunner et al. 2016).

8.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et de la planification familiale

Le Gouvernement du Sénégal souhaite approfondir la couverture des soins de santé dont bénéficie actuellement la population, par le biais soit de programmes de soins gratuits subventionnés (Sésame et autres programmes de soins gratuits), soit de régimes d'assurance obligatoires pour les travailleurs du secteur formel. En particulier, les IPM ont été confrontées à de nombreuses difficultés administratives et financières qui affectent leurs perspectives de survie. En 2012, le cadre juridique des IPM a été modifié afin de permettre une meilleure adaptation des IPM au contexte économique et social actuel.

Le gouvernement a également adopté des stratégies visant à étendre la couverture de la population pour atteindre 100 % en 2017 par l'intermédiaire de l'AMC. Le Plan stratégique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale pour Développement de la couverture sanitaire universelle au Sénégal (2013–2017) décrit comment le gouvernement favorisera la croissance de la couverture en utilisant un nouveau cadre de gouvernance pour l'AMC. Le gouvernement a créé une Agence de couverture sanitaire universelle pour mettre en œuvre et superviser le système. Les mutuelles de base au niveau communautaire couvriront des familles entières et fourniront un forfait de prestations minimum. Le cadre de gouvernance établit également des groupes de risques au niveau des départements par le biais des unions existant à ce niveau. Ces unions gèrent les prestations fournies par les hôpitaux de niveau I et offrent un support technique aux mutuelles. Une union d'AMC régionale peut alors mettre en commun les risques au niveau régional et gérer les prestations fournies par les hôpitaux régionaux et nationaux.

Pour optimiser la gestion des fonds de CSU mobilisés récemment, le gouvernement établira deux instruments de financement : le Fonds National de Solidarité Santé et la Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle. Ces fonds deviendront les principaux mécanismes de financement pour l'élargissement de la couverture dans le secteur informel en transférant des fonds pour subventionner des soins gratuits pour les groupes exemptés. Ils rempliront les fonctions suivantes : (i) fourniture de subventions aux mutuelles pour les aider à étendre la gamme de leurs prestations et promouvoir la mise en commun des risques au niveau local ; (ii) fourniture de subventions ciblées pour couvrir les groupes d'indigents et de personnes vulnérables par le biais de l'AMC ; et (iii) faciliter le recrutement en soutenant les partenariats entre les mutuelles et des institutions de micro-financement décentralisées.

Les entretiens du Projet HFG avec les principales parties prenantes ont révélé que le gouvernement envisage de prendre les mesures suivantes pour faire avancer sa stratégie de CSU : établissement d'un cadre juridique et de support institutionnel ; renforcement et amélioration des communications concernant la stratégie de CSU ; et renforcement de la gestion des mutuelles existantes. En dépit de l'initiative de Consultations nationales sur la Santé et l'Action sociale en septembre 2012 lancée pour atteindre un consensus sur les réformes de la santé et l'action sociale, les entretiens ont révélé que les assureurs du secteur privé et les associations considèrent que le niveau de communication et d'engagement est trop faible.

Par rapport aux autres pays de l'Afrique de l'Ouest, la taille et l'étendue du secteur privé de la santé au Sénégal sont relativement grandes, et le secteur privé est en expansion. Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale est en train de mettre en œuvre une politique portant sur la passation de marchés publics. Les exemples les plus souvent cités de mise en œuvre de cette politique sont les contrats accordés à Santé Familiale (une ONG fournissant de l'assistance aux cliniques sur les lieux de travail) et à Action et Développement (une ONG ayant des polycliniques à de multiples endroits) pour fournir des services de santé avec des régimes de remboursement. L'Alliance du Secteur Privé de la Santé du Sénégal, créée en 2014, aide des organisations du secteur privé de la santé, y compris des associations et des unions, à parler d'une seule voix (Brunner et al. 2016). Un protocole d'accord a été signé entre l'Alliance et le Ministère de la Santé et de l'Action sociale le 10 mai 2016.

En conséquence de son adhésion au mouvement Family Planning 2020, le Gouvernement du Sénégal est en train de mettre en œuvre son Plan d'Action National de Planification Familiale 2012-2015. Les principaux objectifs du Plan d'action sont de repositionner la planification familiale, d'aider à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement et d'atteindre un taux de prévalence des contraceptifs de 27 %. Un grand nombre des 51 actions stratégiques figurant dans le Plan d'action portent sur le renforcement et l'élargissement de la distribution de services de planification familiale distribution par le secteur privé :

- Établissement d'une structure multisectorielle consacrée aux partenariats public-privé.
- Élargissement de la gamme des produits de marketing social.
- Mise en œuvre efficace de la fourniture de produits par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement.
- Intégration systématique des données du secteur privé.
- Création d'unités mobiles.
- Établissement de franchises sociales.
- Augmentation du nombre des points de service dans le secteur privé.
- Amélioration du cadre réglementaire.
- Amélioration de la réglementation du marché.
- Formation directe d'acteurs privés, en particulier pour les méthodes à longue durée d'action.
- Fourniture d'assurance pour les services de planification familiale par les mutuelles et la sécurité sociale.

Le plan indique également le désir de revitaliser le programme *Bajenu Gox* pour améliorer la distribution communautaire des services de planification familiale.

8.5 Opportunités en matière de financement de la santé

L'analyse par le Projet HFG du financement de la santé au Sénégal a révélé plusieurs domaines dans lesquels le gouvernement pourrait agir pour développer, renforcer et étendre les mécanismes de financement de la santé pour progresser vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale.

Le gouvernement a une opportunité d'améliorer l'efficacité du secteur de la santé en aidant à recruter plus de membres pour les régimes d'assurance maladie. Bien que le pourcentage des personnes assurées au Sénégal soit plus élevé que celui de nombreux autres pays de la région, vingt pour cent seulement de la population a une assurance maladie. La population assurée comprend essentiellement des travailleurs du secteur formel et des ménages aisés. Les obligations de contribution aux coûts sont toujours un obstacle important dans beaucoup de ces régimes, ce qui peut empêcher certains ménages de rechercher des services préventifs ou curatifs. Le secteur informel et les personnes pauvres/vulnérables ont peu d'options en matière d'assurance. Le gouvernement est en train de mettre en œuvre un plan ambitieux visant à atteindre un taux de couverture de 100 % par l'intermédiaire de l'AMC et à élargir le forfait de prestations à la disposition des membres des mutuelles de santé d'ici 2017. Il mobilise actuellement des fonds pour fournir des subventions aux mutuelles et aux unions d'organisations d'AMC au niveau des départements.

Le gouvernement peut également identifier des opportunités pour mettre à jour et adapter les lois et règlements publics au contexte de financement de la santé actuel. Le PMAS, l'organisation qui s'efforce de fournir une assurance maladie privée au secteur informel, a eu beaucoup de mal à recruter en raison de la concurrence des mutuelles de santé qui reçoivent des subventions de l'État. De plus, certains modèles d'AMC tels que Transvie peuvent également être exclus de la réglementation actuelle et des programmes de subventions. Les IPM semblent avoir des difficultés financières parce qu'elles sont légalement obligées de proposer un forfait de prestations plus généreux que ce que le groupe de risques peut financer.

Enfin, le gouvernement a une opportunité d'impliquer les parties prenantes du secteur privé dans les réformes du système de santé. Le Sénégal est caractérisé par un engagement relativement robuste de la société civile dans la gestion du système de santé, mais les communications et l'engagement en liaison avec la réforme de l'AMC pourraient être renforcés.

8.6 Sources

Brunner, Bettina, Jeffrey Barnes, Andrew Carmona, Arsène Kpangon, Pamela Riley, Erin Mohebbi et Leslie Miles. 2016. *Sénégal Private Health Sector Assessment: Selected Health Products and Services*. Rapport préparé par Abt Associates. Washington, DC: United States Agency for International Development, Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS).

Parmar, Divya, Gemma Williams, Fahdi Dkhimi, Alfred Ndiaye, Felix Ankomah Asante, Daniel Kojo Arhinful et Philipa Mladovsky. 2014. Enrolment of Older People in Social Health Protection Programs in West Africa – Does Social Exclusion Play a Part? *Social Science & Medicine* 119: 36-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.011>

9. TOGO

9.1 Un aperçu bref de pays

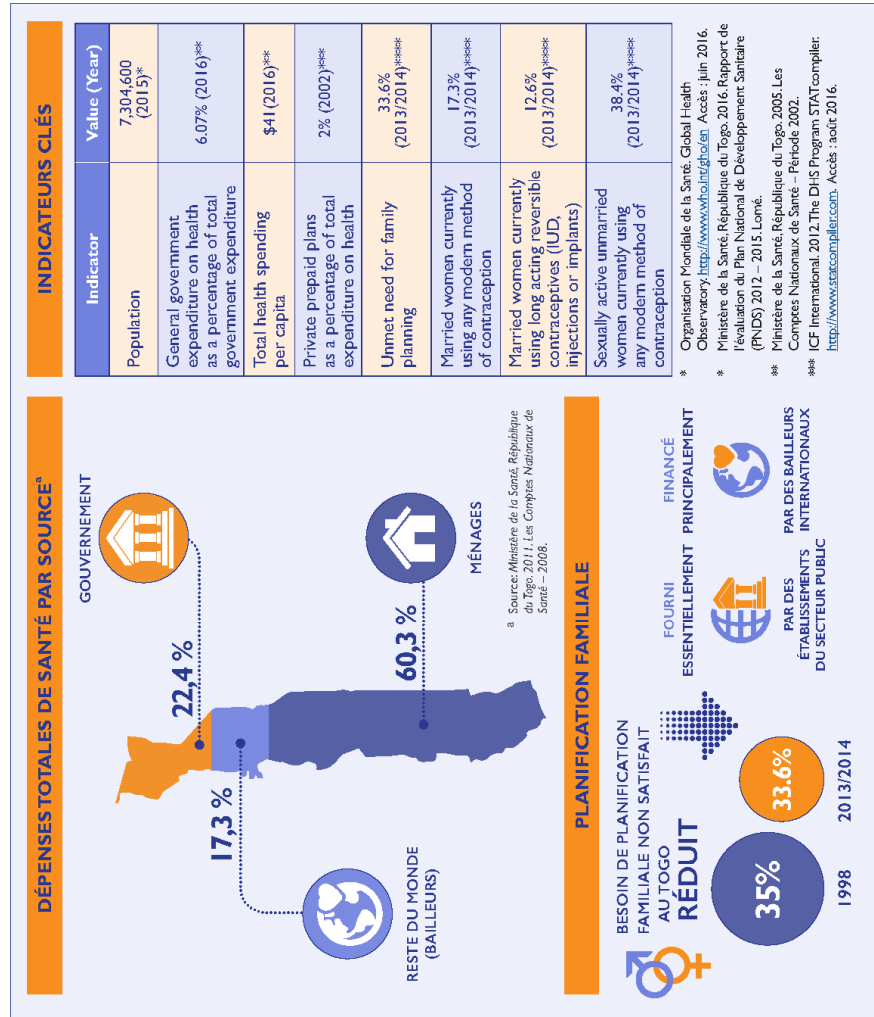




Togo

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

Les stratégies du Togo pour améliorer la couverture des services de santé



En 2011, le Togo a établi un régime d'assurance sociale santé obligatoire, géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (une administration semi-autonome sous la supervision du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale) pour les fonctionnaires, les retraités de la fonction publique et leurs familles. En établissant ce régime et l'administration chargée de le superviser, le Togo est en train d'acquiescer des compétences en matière de mise en commun des risques et de gestion de l'assurance maladie. La proportion de la population couverte par ce régime est faible étant donné qu'il est limité aux fonctionnaires. Le Ministère de la Santé est en train d'évaluer les besoins et la faisabilité de l'extension de l'assurance maladie à d'autres segments de la population tels que d'autres travailleurs du secteur formel et les travailleurs du secteur informel. Le Togo a présenté de nouvelles stratégies pour améliorer la couverture financière des services de santé dans son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012 – 2015. Elles incluent l'augmentation des ressources intérieures pour la santé, la mobilisation de ressources du secteur privé et le développement de l'assurance maladie communautaire avec des subides pour les pauvres. L'évaluation du Plan en 2016 a révélé la stagnation des ressources intérieures affectées à la santé et a recommandé que le gouvernement augmente progressivement le pourcentage. Elle a également recommandé que le gouvernement élabore une stratégie nationale du financement de la santé pour atteindre la couverture maladie universelle (CMU). Quelques compagnies d'assurances privées ont une présence au Togo, mais elles fournissent principalement une couverture accidents ou des prestations complémentaires associées au régime d'assurance sociale santé, et seuls les travailleurs du secteur formel y ont accès. Il existe moins de régimes d'assurance maladie communautaire – n'offrant souvent que des prestations limitées et ayant peu d'adhérents.

Le secteur public fournit la majorité des services et produits de planification familiale au Togo ; les pharmacies et les établissements de santé privés en fournissent environ un cinquième. Le secteur public dépend dans une très large mesure du financement des produits de planification familiale par les bailleurs. Le besoin non satisfait de planification familiale a baissé très légèrement, passant de 35,0 % en 1998 à 33,6 % en 2013/2014.

Défis et opportunités

Le Togo est confronté à trois problèmes : un niveau très bas de dépenses publiques pour la santé ; un niveau élevé de dépenses non remboursées ; et le faible nombre de adhérents dans les régimes prépayés. Le PNDS a recommandé d'augmenter la part du budget de l'État affectée à la santé de 10 %, mais ce serait toujours très en dessous de l'objectif de 15 % fixé à Abuja. Alors que le gouvernement s'est engagé à atteindre la CMU, il existe une opportunité d'accélérer les progrès dans ce sens en élaborant et en exécutant une stratégie formelle remaniée et un plan de financement de la CMU.



^a Source: Ministère de la Santé, République du Togo, 2011, Les Comptes Nationaux de Santé – 2008.

* Organisation Mondiale de la Santé, Global Health Observatory, <http://www.who.int/gho/en>, Accès : juin 2016.
 * Ministère de la Santé, République du Togo, 2016, Rapport de l'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012 – 2015, Lomé.
 ** Ministère de la Santé, République du Togo, 2005, Les Comptes Nationaux de Santé – Période, 2002.
 *** ICF International, 2012, The DHS Program STATcompiler, <http://www.statcompiler.com>, Accès : août 2016.

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	
<ul style="list-style-type: none"> Revenus du budget général recouverts par le gouvernement central et les collectivités territoriales (22,4 % des DTS) Subventions ou prêts de partenaires de développement (17,3 % des DTS) Impôts sur les salaires payés par les employeurs du secteur public 	<ul style="list-style-type: none"> Services de santé fournis dans les établissements de santé publics L'INAM (régime d'assurance sociale santé) met les risques en commun au niveau national
	<ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement national achète des services dispensés dans des établissements fournissant des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires. Le gouvernement national paie pour les services par les moyens suivants : <ul style="list-style-type: none"> Subsides pour les services dispensés dans les établissements publics Achat de services par l'assurance sociale santé pour le compte de ses membres

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-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	✓	✓	✓
Assurance sociale santé obligatoire	✓ (employés et fonctionnaires de la fonction publique seulement)		

	SECTEUR PRIVÉ		
	SECTEUR FORMAL	SECTEUR INFORMEL NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance maladie privée volontaire	✓ (couverture supplémentaire pour les adhérents au régime d'assurance sociale santé)		
Dépenses non remboursées	✓	✓	✓

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ	
<ul style="list-style-type: none"> Dépenses des ménages, principalement dépenses à la charge des usagers non remboursées (60,3 % des DTS) 	<ul style="list-style-type: none"> Les compagnies privées d'assurance maladie mettent les risques en commun au niveau du régime, bien que la pénétration du marché au Togo soit très faible (elles couvrent <2 % de la population)
	<ul style="list-style-type: none"> Les ménages sont les principaux acheteurs de services de santé du secteur privé au Togo

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.hfgrproject.org.



9.2 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 au Togo et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Ce chapitre décrit le financement de la santé au Togo 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 Health Finance and Governance Project (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. Le Projet HFG a également constaté que le Ministère de la Santé du Togo a commandé une étude sur les mécanismes de financement de la santé du pays en 2013 (Bakusa 2013).

9.3 Le financement de la santé au Togo

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

9.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le financement des services de 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 2012–2015 du Gouvernement du Togo, l'État a fourni 67 % des services de santé en 2009.

De nombreux services ne sont souvent pas fournis par les établissements publics de santé, et ils coûtent trop cher pour permettre à la plupart des Togolais d'y accéder par l'intermédiaire des établissements de santé privés. Le financement des services de santé par le gouvernement joue un rôle important dans la subvention des soins pour les citoyens qui y ont accès dans les établissements de santé publics. Cependant, ces subventions ne couvrent pas le coût total de l'administration des soins de santé ; les établissements de santé peuvent également imposer des paiements à la charge des usagers déterminés par l'État pour récupérer certains de leurs coûts auprès des ménages. Des exonérations du paiement des frais à la charge des utilisateurs existent pour des maladies prioritaires spécifiques (p. ex., tuberculose et VIH/sida) ou pour les indigents. Le mécanisme d'achat est principalement basé sur les intrants, ce qui signifie que le gouvernement paie pour des intrants tels que les salaires des travailleurs de santé, les produits de base et l'infrastructure, au lieu de payer pour des extrants tels que le nombre de services fournis ou de patients traités. Les travailleurs de santé sont des salariés ; il n'existe pas actuellement de programme de financement basé sur les résultats pour les prestataires.

9.3.2 L'assurance maladie sociale obligatoire

En 2011, le gouvernement du Togo a promulgué une loi établissant le Régime obligatoire d'assurance maladie pour les fonctionnaires en activité et en retraite, ainsi que pour jusqu'à six membres de leur famille. Ce régime est géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). L'INAM a commencé à fournir des prestations en 2012.

Le régime est financé par un prélèvement obligatoire sur le salaire des fonctionnaires (3,5 % du salaire à la charge de l'employeur et 3,5 % du salaire à la charge de l'employé). Les collectivités locales et les autres institutions publiques sont tenues d'effectuer ces prélèvements par le biais de retenues sur les salaires et de transférer ces fonds à l'INAM chaque mois.

L'INAM a aligné ses tarifs pour le paiement des prestataires sur ceux du Ministère de la Santé parce que les taux de remboursement du secteur privé étaient très élevés et n'auraient pas été financièrement viables pour le régime. L'INAM rembourse ou paie à l'avance les établissements à hauteur de 80 % au maximum du taux officiel de remboursement pour les établissements du secteur public, et l'assuré paie le solde de 20 % (ou plus) à l'établissement. Le tarif de coassurance payé par les membres varie en fonction du type of service (INAM 2016). L'INAM conclut des contrats avec des établissements de santé publics et privés, des pharmacies et des magasins d'optique. Quelques 193 établissements privés représentent environ la moitié de tous les prestataires agréés.

L'INAM couvre essentiellement les soins curatifs. Les traitements couverts comprennent les maladies cardiovasculaires, les maladies métaboliques et endocriniennes, les maladies néphrologiques, les maladies systémiques, les affections rhumatismales, les maladies mentales, les maladies gastro-intestinales, le cancer, les malignités des tissus lymphatiques, les hématomes, les maladies ophtalmiques et les maladies des oreilles, du nez et de la gorge. La médecine générale, les consultations par des spécialistes, les consultations prénatales et certains médicaments et appareils médicaux sont également couverts.^F

Les produits et services de planification familiale ne sont pas couverts.

9.3.3 L'assurance maladie communautaire

Au Togo, il existe peu de coordination entre le gouvernement et les mutuelles de santé privées. Il existe moins de trente mutuelles – offrant souvent des prestations limitées.

Le nombre des mutuelles de santé augmente lentement depuis 1997. La Coopération belge au développement aide actuellement à organiser un recensement des mutuelles et à renforcer les capacités de gestion des mutuelles. L'Organisation Internationale du Travail et l'UNICEF ont soutenu l'élaboration de critères normalisés pour identifier les indigents et les populations vulnérables au Togo. Ces critères ont été validés en décembre 2015, et ils seront vraisemblablement utilisés pour les futures initiatives de couverture sanitaire universelle.

Les produits et services de planification familiale ne sont pas couverts par les mutuelles selon les informateurs interrogés dans le pays.

9.3.4 L'assurance maladie privée

La pénétration de l'assurance maladie privée est faible (<2 %) au Togo. La participation à l'assurance maladie privée est volontaire. L'assurance maladie financée par les employeurs (en dehors des contributions obligatoires de l'assurance maladie sociale obligatoire des employeurs du secteur public) est négligeable. Il existe quelques compagnies d'assurances privées, mais elles fournissent essentiellement une couverture accident ou complémentaire associée au régime d'assurance maladie sociale.

^F Pour la liste complète des services couverts, consulter le site Web public de l'INAM : <http://www.inam.tg/index.php/inam>.

9.3.5 Dépenses à la charge des ménages

Les dépenses à la charge des ménages représentent environ 40 % des dépenses totales de santé. Ce niveau de dépenses à la charge des usagers suggère que de nombreux ménages n'ont pas une protection financière adéquate pour les coûts des soins de santé. Au fur et à mesure que plus de citoyens auront accès et s'inscriront à des mécanismes de protection financière tels que l'assurance maladie, les dépenses des ménages passeront probablement des dépenses directes pour des produits et services à des dépenses pour le paiement de primes d'assurance dans le cadre de régimes de mise en commun des risques offerts par l'État, les employeurs, la communauté ou des assureurs privés.

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

Le PNDS a présenté plusieurs stratégies pour améliorer la protection financière. Grâce à l'assurance maladie sociale, le Togo est en train d'acquérir des compétences en mise en commun des risques et en gestion de l'assurance maladie. Le Ministère de la Santé a commandé des études pour identifier les besoins et la faisabilité de l'élargissement de l'assurance maladie sociale dans le cadre du Régime obligatoire d'assurance maladie à d'autres segments de la population tels que les travailleurs du secteur informel et du secteur agricole. Une étude est en cours pour établir des critères et déterminer les capacités de contribution des divers segments de la population, en fonction de chaque catégorie professionnelle. Une autre étude est en cours avec le soutien de l'UNICEF pour définir un forfait de prestations minimum pour les pauvres. À la date de diffusion de cette étude panoramique, le plan d'action visant à étendre l'assurance maladie sociale à d'autres groupes de la population n'avait pas encore été rendu public.

Les autres stratégies du PNDS comprennent l'augmentation des ressources intérieures affectées à la santé, la mobilisation de ressources du secteur privé et le renforcement de l'AMC en incluant des subventions pour les pauvres. Le plan de développement pour l'AMC n'avait pas encore été rendu public à la date de diffusion de cette étude.

Le PNDS incorpore une stratégie de financement de la santé. La stratégie inclut des revenus accrus pour les établissements en conséquence du renforcement des régimes de mise en commun des risques (comme l'assurance maladie universelle) et de l'AMC. De plus, elle implique l'augmentation des dépenses de santé de l'État pour atteindre l'objectif de la Déclaration d'Abuja, soit 15 %, et de la participation du secteur privé au financement des services de santé par le biais de l'encaissement des paiements effectués par les ménages et la mobilisation des ressources provenant des associations, des ONG, des entreprises et des sociétés privées.

Afin de mobiliser des ressources pour le PNDS, le gouvernement du Togo a rejoint l'International Health Partnership (IHP+) en 2010. Le Togo et les bailleurs ont signé un compact aux termes duquel les bailleurs soutiendront la mise en œuvre du PNDS par le biais de plans opérationnels à tous les niveaux du secteur de la santé. Ce mouvement a assuré un financement conjoint par les bailleurs pour le Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2012-2014, qui a permis de transformer les stratégies du gouvernement en dépenses publiques dans un cadre macro-économique et fiscal cohérent pendant plusieurs années.

Les bailleurs internationaux collaborent également avec le gouvernement du Togo dans le cadre d'autres mécanismes de financement de la santé. Depuis 2011, l'initiative *Providing 4 Health (P4H) Social Health Protection* – visant à renforcer la collaboration entre un grand nombre de partenaires au développement et investisseurs importants et les gouvernements nationaux pour atteindre la CSU – développe une stratégie avec le Togo pour avancer vers la CSU (P4H 2011). Sa stratégie d'engagement prioritaire 4 consiste à explorer diverses options de financement de la santé et complémentarités en proposant plusieurs options pour couvrir la totalité de la population. Ces options incluent des exemptions, l'octroi de subventions pour payer les primes, l'assurance maladie

sociale obligatoire ou l'AMC, des fonds de placement et des options de financement innovantes comme les charges parafiscales (p. ex., les taxes sur les téléphones mobiles), la responsabilité sociale des grandes sociétés et les investissements mixtes public-privé.

Pour poursuivre l'accès universel à la planification familiale et adhérer au mouvement Family Planning 2020, le gouvernement a publié et disséminé le Plan d'Action pour le Repositionnement de la planification familiale de 2013-2017. Les stratégies visant à repositionner la planification familiale et augmenter sa couverture incluent la distribution communautaire, les stratégies mobiles et basées sur la sensibilisation des populations rurales, et l'élaboration de plans visant à sécuriser et renforcer la logistique et la gestion des produits. Le Plan d'Action a reconnu que bien que le gouvernement ait contribué au financement des contraceptifs depuis 2008, le financement de la planification familiale par le gouvernement reste faible en raison de la difficulté rencontrée pour convaincre certains législateurs que la planification familiale doit être financée par le gouvernement.

Actuellement, les activités et les produits de planification familiale sont presque entièrement financés par les bailleurs internationaux, et la contribution du gouvernement est plus faible au Togo que dans les pays comparables. La stratégie de financement du Plan d'Action consiste à organiser des réunions avec des parlementaires et d'autres décideurs ayant des pouvoirs d'approbation du budget afin de faire un plaidoyer pour le financement de la planification familiale par le gouvernement. Le Plan d'Action a identifié plusieurs façons d'engager le secteur privé dans le financement de la planification familiale : conclusion de protocoles d'accord avec des organisations de la société civile demandant une augmentation du financement du gouvernement ; diffusion d'annonces d'intérêt public sur des médias privés pour accroître la demande de services de planification familiale ; intégration des services de planification familiale dans les cliniques privées ; élaboration d'une stratégie d'engagement de la société civile et du secteur privé ; et conclusion de contrats avec des prestataires du secteur privé.

En termes de collaboration avec le secteur privé, le Ministère chargé de la promotion du secteur privé dispose d'un cadre de base pour l'engagement. Cependant, à la date de diffusion de cette étude panoramique, il n'existait encore que peu de partenariats axés sur le système de santé. L'USAID a soutenu la plateforme du secteur privé et fournit du soutien pour son secrétariat ainsi que des bureaux.

9.5 Opportunités en matière de financement de la santé

Les mécanismes de financement de la santé existants fournissent une certaine protection financière aux citoyens, mais dans l'ensemble ils n'assurent pas une protection adéquate. Le fait que le système s'appuie dans une large mesure sur les paiements des usagers signifie que de nombreux ménages pauvres et vulnérables ne sont pas couverts, étant donné que même les honoraires nominaux que les établissements publics sont autorisés à facturer peuvent être très élevés, y compris pour avoir accès aux services de santé de base. Les trois mécanismes d'assurance mentionnés ci-dessus ne couvrent qu'une très faible proportion de la population : selon l'Enquête démographique et de santé de 2014, moins de 2 % des femmes et des hommes étaient membres d'associations de santé ou de programmes d'assurance maladie communautaire ou privée, et seulement 4 % des personnes interrogées étaient couvertes par une assurance maladie financée par un employeur (MPDAT, MS, et ICF International 2015).

Le Projet HFG a identifié plusieurs opportunités de renforcement et de la clarification des politiques de financement de la santé et d'élargissement de la couverture de santé. Le PNDS semble manquer quelque peu de cohérence en ce qui concerne son traitement de la mobilisation des ressources du secteur privé. Une stratégie citée consiste à financer partiellement le PNDS en augmentant la contribution des ménages pour récupérer les coûts ; mais une autre stratégie vise à réduire les frais de santé directement à la charge des usagers. Ces deux stratégies ne sont pas nécessairement contradictoires, mais il pourrait être difficile de les appliquer toutes les deux en même temps. La réduction de la part des dépenses directes des ménages serait réalisée par l'intermédiaire d'une augmentation progressive du recrutement dans l'assurance maladie sociale obligatoire et dans l'AMC

privée volontaire. Au moment de l'analyse du Projet HFG, le plan d'action visant à élargir le régime d'assurance maladie sociale obligatoire à d'autres segments de la population était toujours en cours d'élaboration. De plus, comme les forfaits de prestations sont limités aux soins curatifs, les services de planification familiale ainsi que d'autres services essentiels, à la fois préventifs et de promotion de la santé, sont exclus de la couverture et ne sont pas remboursés par les programmes d'assurance maladie sociale ou d'assurance maladie privée.

On trouvera ci-dessous plusieurs opportunités de renforcement de la mise en œuvre de certains mécanismes de financement de la santé :

- Identification de manières de dépenser plus efficacement les fonds existants pour les soins de santé (p. ex., en 2016 l'évaluation du PNDS a indiqué que moins d'un tiers des fonds affectés à la planification familiale avaient été dépensés).
- Augmentation de la transparence des dépenses de santé en publiant le rapport sur les comptes nationaux de santé (en retard).
- Accroissement de la coopération avec les parties prenantes privées par le biais de partenariats public-privé et de renforcement du dialogue politique.
- Augmentation de la capacité et amélioration de l'accès aux soins en concluant des contrats de services de santé avec des prestataires privés.
- Établissement d'un mécanisme de supervision et de coordination pour les mutuelles.
- Renforcement de la gouvernance de l'assurance maladie sociale.

9.6 Sources

Bakusa, Dankom. 2013. *État des lieux des mécanismes de financement de la santé en cours au Togo (en 2013)*. Rapport préparé pour le Ministère de la Santé du Togo.

L'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). 2016. *Prestations couvertes*. Accédé en juillet 2016 à <http://www.inam.tg/index.php/panier-de-soins/prestations-couvertes>.

Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (MPDAT), Ministère de la Santé (MS) et ICF International. 2015. *Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014*. Rockville, Maryland, USA: MPDAT, MS et ICF International.

Providing for Health (P4H). 2011. *Protection sociale en santé : en route vers la couverture santé universelle au Togo*. Présentation PowerPoint. Lomé, Togo.

ANNEXE A: MATRICE DE SELECTION

Pays « ciblés » potentiels : pays inclus dans la Stratégie de coopération pour le développement régional de l'Afrique de l'Ouest	Critères de sélection				Score
	Pays à impact potentiellement élevé pour une assistance technique Pondération du critère = 3	Le pays est membre du Partenariat de Ouagadougou Pondération du critère = 2	Le pays est un pays prioritaire pour la planification familiale selon l'USAID Pondération du critère = 2	Le pays n'a pas de Mission de l'USAID Pondération du critère = 1	
Bénin	3	2			5
Burkina Faso	3	2		1	6
Cameroun	3			1	4
Cap Vert				1	1
Tchad				1	1
Côte d'Ivoire		2		1	3
Guinée Équatoriale				1	1
Gabon				1	1
Ghana*			2		2
Guinée	3	2			5
Guinée Bissau				1	1
Liberia			2		2
Mali	3	2	2		7
Mauritanie		2		1	3
Niger	3	2		1	6
Nigeria*			2		2
Sao Tomé & Príncipe				1	1
Sénégal	3	2	2		7
Sierra Leone					0
Gambie				1	1
Togo	3	2		1	6

*Le Ghana et le Nigeria sont proposés comme pays de référence

Liste restreinte des pays de « référence » potentiels	Le pays est situé sur le continent africain (pour faciliter un jumelage possible)	Le pays est un pays prioritaire pour la planification familiale selon l'USAID	Potentiel pour la CSU, leçons à tirer pour la réglementation de l'assurance privée et/ou la planification familiale
Bangladesh		X	Niveau élevé de participation du secteur privé et des ONG à la fourniture de PF
Éthiopie	X	X	AMC et AML
Inde		X	RSBY et NHM, leçons tirées de la PF
Indonésie		X	JKN
Ghana	X	X	Ghana National Health Insurance Scheme
Kenya	X	X	Stratégie de CSU bien documentée
Malaisie			La stratégie de CSU n'inclut pas l'AML et élucidera un autre modèle
Nigeria	X	X	Expérience de l'assurance maladie nationale et des partenariats public-privé
Philippines		X	PhilHealth
Rwanda	X	X	Adhésion obligatoire aux mutuelles
Népal		X	Vision claire de la CSU
Afrique du Sud	X		Cadre réglementaire strict pour l'assurance privée
Tanzanie	X	X	Assureur maladie unique dans le pays, régime national de FBR, bénéficiaire d'assistance de GFF
Pays sélectionnés = 7			

ANNEXE B: GRILLE DE COLLECTE DE DONNÉES (« CASE STUDY MATRIX TEMPLATE »)



Case Study Matrix Template

Contexte et approche

La Mission du Bureau régional de la santé pour l'Afrique de l'Ouest de l'USAID (WA/RHO) a demandé au Projet HFG (Health Finance & Governance) de conduire une étude panoramique sur les stratégies de financement de la santé utilisées pour promouvoir la Couverture maladie universelle (CMU). Cette étude panoramique synthétisera les leçons tirées et les constatations résultant de ses travaux pour éclairer des interventions potentielles pouvant être mises en œuvre dans la région de l'Afrique de l'Ouest. Elle passera également en revue le rôle du financement du secteur privé dans le cadre des efforts visant à atteindre la CMU et elle déterminera si et comment la planification familiale (PF) est incluse dans les stratégies de CMU.

HFG recueillera des informations comparables pour les pays sélectionnés. Ce modèle sera rempli pour chaque pays sur la base de l'analyse des documents disponibles dans le domaine public, d'entretiens avec des informateurs clés et de la collecte de données dans les pays concernés – au maximum cinq pays « ciblés ». Les sources des données comprendront les plans stratégiques du secteur de la santé et leurs évaluations annuelles / à mi-parcours, les stratégies de financement de la santé, les Comptes de la santé, les plans chiffrés de coût de mise en œuvre de la planification familiale, les articles de revues validés par des pairs, la littérature dite « grise » et les autres documents qui se trouvent dans le domaine public.

Sur la base des données ainsi recueillies, HFG préparera de brèves présentations sur les principaux arrangements de financement de la santé pour chaque pays concerné, y compris leur couverture de la planification familiale. Les constatations résultant de la collecte des données seront consolidées et résumées dans un rapport de 10-15 pages qui inclura des comparaisons entre les pays.

Objectifs

1. Identifier les stratégies de financement de la santé qui sont utilisées avec succès pour progresser vers la CMU dans 15 pays de la catégorie PRITI en Afrique et en Asie
2. Révéler le rôle du financement du secteur privé de la santé dans le cadre de ces stratégies
3. Révéler la mesure dans laquelle ces stratégies parviennent à étendre la couverture en matière de PF dans ces pays
4. Identifier lesquelles de ces stratégies ont un potentiel raisonnable de mise en œuvre avec succès dans les contextes de l'Afrique de l'Ouest, et pourquoi

Aperçu des politiques de la santé: le Contexte des pays

Veillez vous référer aux documents actuels ou aux documents les plus récents du gouvernement en matière de politiques pour le secteur de la santé. Limitez vos réponses à un paragraphe, et incluez des citations.

1. **Plan stratégique pour le secteur de la santé (ou équivalent)** : Quelle est la vision dominante et quels sont les objectifs esquissés dans le document ? Ce document mentionne-t-il la CMU et ses trois composantes ? Dans l'affirmative, quelle est la stratégie pour avancer vers la CMU ? Comment le rôle du secteur privé est-il défini dans cette stratégie ? Le document mentionne-t-il l'augmentation de la couverture des services de PF ? Dans l'affirmative, quelle est la stratégie pour améliorer la couverture en matière de PF ? Les plans répondent-ils aux besoins non seulement des établissements publics et des clients, mais également à ceux des prestataires du secteur privé ?
2. **Politique de financement de la santé (ou équivalent)** : Quelle est la vision dominante et quels sont les objectifs esquissés dans la politique ? Le cas échéant, la CMU et la PF sont-elles mentionnées ? Quelle(s) approche(s) technique(s) la politique propose-t-elle pour atteindre la CMU et/ou étendre la couverture de la PF ?
3. **Politique de santé reproductive ou de planification familiale (ou équivalent)** : Quelle est la vision dominante et quels sont les objectifs esquissés pour la PF dans cette politique ? Le cas échéant, comment la CMU est-elle mentionnée ?
4. **Tous les documents / Comptes nationaux de la santé** : En vous basant sur les documents disponibles, décrivez ce que l'on sait sur les dépenses des ménages pour la santé et la PF. Par exemple : quelle est la part des dépenses des ménages qui sont consacrées à la santé et aux services de planification familiale ; quelles sont les dépenses par tête des ménages pour la santé et les services de planification familiale ; que paient les ménages pour (p. ex., les primes/cotisations, les frais à la charge de l'utilisateur pour les services, etc.) ?

Présentation générale du secteur de la santé

Dans cette section, nous décrivons les arrangements qui fournissent une couverture de santé partielle ou complète à toute la population ou à une partie de celle-ci. Ces arrangements peuvent avoir le potentiel de faire progresser le pays vers la CMU. Pour chaque arrangement distinct, nous passerons en revue les divers aspects de la collecte des revenus, de la mise en commun des risques, des mécanismes d'approvisionnement, des performances des programmes

et de l'équité. La collecte des revenus fait référence à la façon dont les ressources sont obtenues pour se procurer des produits et des services dans le secteur de la santé. La mise en commun des risques est la fonction qui transfère les revenus perçus aux organisations qui achètent les produits et services de santé. Cette mise en commun des risques assure que le risque représenté par le paiement des interventions pour la santé est réparti équitablement par tous les membres de la communauté et non pas par chaque membre individuellement, afin d'accroître la protection financière des personnes qui utilisent ces services. Pour la fonction d'achat, la collecte des données portera sur les mécanismes de paiement utilisés par les organisations responsables des achats (comme les compagnies d'assurance maladie ou les gouvernements) pour acheter des produits et services de santé, par exemple les paiements en fonction des intrants, les paiements à l'acte, les paiements par capitation. Les mécanismes de paiement des prestataires aideront l'équipe à évaluer la durabilité financière des arrangements de financement utilisés pour atteindre la CMU.

Chaque arrangement de financement peut être financé, géré ou mis en œuvre différemment. Citons comme arrangements de financement possibles : le financement direct par l'État des établissements de santé, l'assurance maladie sociale sponsorisée par l'État, l'assurance maladie communautaire, l'assurance maladie privée (proposée par les compagnies d'assurance maladie) et le financement de la santé par l'employeur.

Écrivez « S/O » dans le tableau si la question à gauche n'est pas applicable au programme.

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne.		Arrangements de financement				
		Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)	[Régime d'assurance maladie sociale]	[Assurance commerciale privée]	[Assurance maladie communautaire]	[Autre]
Population couverte : Qui est admissible ? Incluez les statistiques clés comme le nombre de membres inscrits	Pauvres/vulnérables. Définissez ces groupes (par programme, si nécessaire)					
	Non-pauvres du secteur informel					
	Employés du secteur formel					

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES		Arrangements de financement				
Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne. et d'autres chiffres. Comment les bénéficiaires sont-ils identifiés et ciblés ?	Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)	[Régime d'assurance maladie sociale]	[Assurance commerciale privée]	[Assurance maladie communautaire]	[Autre]	
	Prestations : Résumez les principales prestations Résumez les exclusions Documentez les prestations de planification familiale, le cas échéant	Pauvres/vulnérables. Définissez ces groupes (par programme, si nécessaire)				
		Non-pauvres du secteur informel				
		Employés du secteur formel				

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES		Arrangements de financement				
<p>Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne.</p>		<p>Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)</p>	<p>[Régime d'assurance maladie sociale]</p>	<p>[Assurance commerciale privée]</p>	<p>[Assurance maladie communautaire]</p>	<p>[Autre]</p>
<p>Prestation des services Dans quels types d'établissements ces services sont-ils fournis, y compris les services de PF ? Les bénéficiaires des programmes de l'État ont-ils accès aux établissements privés ? Quel degré de choix/d'accès est inclus dans chaque programme ? Quel degré de choix les bénéficiaires ont-ils pour accéder à des services de PF ?</p>						
FONCTIONS ET CARACTÉRISTIQUES DES ARRANGEMENTS DE FINANCEMENT						
Mobilisation des ressources	<p>L'État, p. ex. les impôts généraux, les impôts affectés, les impôts sur l'alcool et le tabac, l'impôt sur les salaires pour les travailleurs du secteur formel ? Des sources privées, p. ex. les contributions des employeurs, les programmes subventionnés par les employeurs, les</p>					

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES		Arrangements de financement				
<p>Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne.</p>	<p>Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)</p>	<p>[Régime d'assurance maladie sociale]</p>	<p>[Assurance commerciale privée]</p>	<p>[Assurance maladie communautaire]</p>	<p>[Autre]</p>	
	<p>cotisations des bénéficiaires ? Partage du coût par le bénéficiaire au point de fourniture des services ? Pourcentage relatif des services de santé dans le pays fournis par le programme ?</p>					
	<p>Mise en commun des risques</p>	<p>Comment la mise en commun des risques est-elle structurée ? P. ex., existe-t-il un seul ou de multiples réservoirs de risques ?</p>				
	<p>Performance</p>	<p>Quels sont les succès remportés et les obstacles rencontrés par ce programme en matière de contribution à la CMU ? Dans quelle mesure ce</p>				

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES		Arrangements de financement				
<p>Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne.</p>	<p>Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)</p>	<p>[Régime d'assurance maladie sociale]</p>	<p>[Assurance commerciale privée]</p>	<p>[Assurance maladie communautaire]</p>	<p>[Autre]</p>	
						<p>programme est-il viable sur le plan financier actuellement ? Comment le programme contrôle-t-il les coûts (p. ex., tickets modérateurs, stratégies en matière de paiement des prestataires, p. ex., regroupement selon le diagnostic ou capitation, analyse de l'utilisation des services) ?</p>
<p>Supervision institutionnelle</p>	<p>Quelle entité ou partie prenante/quel agent gère-t-il/supervise-t-il la collecte des revenus, la mise en commun des risques et les achats ? Existe-t-il un régulateur ?</p>					

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES		Arrangements de financement				
Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne.	Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)	[Régime d'assurance maladie sociale]	[Assurance commerciale privée]	[Assurance maladie communautaire]	[Autre]	
						Comment les fonctions sont-elles gérées ? Existe-t-il des points forts/faibles connus ?
Achats – mécanismes de paiement des prestataires	Décrivez les mécanismes de paiement des prestataires pour les soins aux patients ambulatoires (y compris les soins préventifs et les interventions de promotion de la santé, et la PF ; les consultations ; diagnostics ; pharmacie). Décrivez les mécanismes de paiement des prestataires pour les soins aux patients hospitalisés. Existe-t-il des					

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES		Arrangements de financement				
<p>Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne.</p>	<p>Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)</p>	<p>[Régime d'assurance maladie sociale]</p>	<p>[Assurance commerciale privée]</p>	<p>[Assurance maladie communautaire]</p>	<p>[Autre]</p>	
	<p>paiements incitatifs aux prestataires et, dans l'affirmative, comment fonctionnent-ils ? P. ex., financement basé sur les résultats, programmes de bons de paiement</p>					

Financial Equity

FINANCIAL EQUITY	Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)	[Régime d'assurance maladie sociale]	[Assurance commerciale privée]	[Assurance maladie communautaire]	[Autre]
Subventions pour les paiements anticipés	<ul style="list-style-type: none"> • Décrivez l'approche du programme de subventions pour les paiements anticipés (c. à d., primes/cotisations), le cas échéant. • Dans quelle mesure les subventions sont-elles conçues pour améliorer l'équité (c. à d., les pauvres reçoivent-ils une subvention plus importante que les non-pauvres) ? • Donnez des informations spécifiques sur toutes les particularités des subventions attribuées aux pauvres et aux personnes vulnérables, aux non-pauvres du secteur informel et à ceux du secteur formel. 				
Protection financière au point de traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'exposition générale des utilisateurs des services de santé aux paiements à la charge des usagers dans le cadre de ce système ? • Décrivez les mécanismes de protection financière couvrant les ménages dans le cadre de ce 				

	<p>système (p. ex., exonérations des frais à la charge des usagers, bons de paiement pour certains services, limites quant au partage des coûts, etc.) Comment sont-ils ciblés, s'ils le sont vraiment ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Les ménages doivent-ils payer des frais à la charge de l'utilisateur pour recevoir des prestations de planification familiale ?					
--	--	--	--	--	--	--

ANNEXE C: INTERVENANTS CLÉS

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Bénin	Dr Toukourou Tidjani	Présidente de la Plateforme du secteur sanitaire privé (PSSP)	01 BP5355 Cotonou	229 65 01 40 05	229 95 33 85 20/95 95 20 66	tidjkr@yahoo.fr	Oui
Bénin	Dr Dossou Gbete Lucien	Vice Président PSSP ex Président de l'Association des cliniques privées du Bénin DG clinique Louis Pasteur Cotonou	01 BP5355 Cotonou	229 65 01 40 05	229 95 96 38 32	lucierendgl@gmail.com	Oui
Bénin	Gainsi Epiphane	PSSP	01 BP5355 Cotonou	229 65 01 40 05	229 97 60 99 49	codgan9124@yahoo.fr	No
Bénin	Mr Hugues B, M, Tchibozo	Directeur Général adjoint de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)	06 bp 3960 Cotonou	22997 60 11 01	229 95 45 41 25	htcourrier@yahoo.fr	Oui
Bénin	Christian Marcel Lodjou	Directeur des Partenariats Stratégiques, de la communication et de la Mobilisation des Ressources de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)	03 BP 3245 Bénin		229 97 98 24 73	lodjou_christian@yahoo.fr	No

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Bénin	Dr Serge F, Hazoume	médecin conseil NSIA Assurances	08 BP 0258 TripostalCotonou	229 21 36 54 04		hazoumeserge@yahoo,fr	Oui
Bénin	Mr Koto - Yérima Aboubakar	Président du Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles de Santé (CONSAMUS)	03 BP 1151 Cotonou	229 97 84 86 47	229 95 84 37 58	kotoyerimaa@yahoo,fr	Oui
Bénin	Dr A hounou D, Gaston	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant - Chef Division Planification Familiale et Santé des Adolescents et des Jeunes-Ministère de la Santé		229 21 33 20 21	229 97 27 99 57	ahoudes2001@yahoo,fr	Oui
Bénin	Justin Sossou	Secrétaire Général Adjoint du Ministère de la Santé			229 95 38 21 31/97193780	adanjus2014@gmail,com	Non
Bénin	Léandre Hounhoui	Chef Division Etudes Point Focal Comptes Nationaux de la Santé: Direction de la Programmation et de la Prospective - DPP- Ministère de la Santé			229 96 48 57 04	leandrehouhoui@yahoo,fr	Oui
Bénin	Mr Adam Tairou Yafradou	Directecteur Général des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale - Ministère de la Famille			229 67 00 96 47	yafradou@yahoo,fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Bénin	Mr Eustase Zounghan Cyrille	Chef adjoint de la Cellule Suivi Evaluation de la DPP- Ministère de la Santé			229 959576 97	eustcz2002@yahoo.fr	Oui
Bénin	Mr Nicolas Ayedayo	Chef de Service Bureau Budget et Comptabilité - Direction des Ressources Financières et Matériel (DRFM) Ministère de la Santé-			229 97 11 27 88	niadjidayo@yahoo.fr	Oui
Bénin	Mr Armand Yahounou	Secrétaire Général Association des Assureurs Privés (SIG)			229 97 47 20 75/ 95 95 15 12	armandyeh68@yahoo.fr	Non
Bénin	Pascal Soglohoun	EX HFG projet USAID ANCRE			229 97 49 12 70	psoglohoun@gmail.com	Non
Burkina Faso	Dr DIPAMA S. Sylvain	Directeur Général des études et des statistiques sectorielles, Ministère de la Santé		+226 70 25 78 14		dipamas@yahoo.fr	
Burkina Faso	Dr SANON Théophile	Directeur de la prospective et de la planification opérationnelle				theosan26@yahoo.fr	
Cameroun	Mr Djouldé Maina	Chef Division Coopération	Ministère de la Santé			mainadjoulde@yahoo.fr	Non
Cameroun	Dr CHEUMAGA	Directeur de la Promotion de la Santé	Ministère de la Santé		675 37 51 97		Non

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Cameroun	Dr Fezeu Maurice	Chef de la Cellule des Informations Sanitaires	Ministère de la Santé		695 11 08 52	mauricefe@yahoo.fr	
Cameroun	Mme DJUKAM Germique Epouse BOUBA	Directrice de la Sécurité Sociale	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale		696 87 24 29	germiqueb@yahoo.fr	Non
Cameroun	Dramane Batchabi	Protection Sociale	Bureau International du Travail/Cameroun		655 35 00 58	batchabi@ilo.org	Non
Cameroun	Mr Gaston DE FOIX EVINA	Chef Cellule Promotion de la Mutualité	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale		696 60 05 83	gastondefoix2@yahoo.fr	Non
Cameroun	Dr MATEZOU Jacqueline	Coordinateur Secrétariat Technique du Comité de pilotage et de Suivi de la Mise en Oeuvre de la Politique Sectorielle de santé	Ministère de la Santé		696 12 13 12	jumaz6@yahoo.com	Non
Cameroun	Dr OKALA	Coordinateur de l'Unité de Coordination du Programme Conjoint Minsanté KfW/AFD	Ministère de la Santé		656 40 25 05	perspectivesante2012@gmail.com	Oui
Cameroun	Mr Enandjoum BWANGA	Coordinateur National du Projet d'Appui aux Investissements du Secteur Santé (PAIS)	Ministère de la Santé		699 90 41 31	enandjoumbwanga@yahoo.fr	Oui
Cameroun	Mr NGUE David Emmanuel	Directeur Technique Adjoint	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)	22 23 40 11	677 61 26 84	emmanuel.ngue@cnps.cm	Non

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Cameroun	Mr OTOU Yves Lucien	Chargé d'Etudes et Assistant	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)	22 23 40 11	699 77 20 43	yesotou@gmail.com	Non
Cameroun	Mr Hozier NANA	Secrétaire Général	Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement (SAILD)		99 93 17 81	hozier.nana@saild.org	Oui
Cameroun	Bernard Onambélé	Service Clientèle	Contrat sous gestion ASCOMA Cameroun 445, Bd du Gal de Gaulle	21 21 30 55		bernardonambele@yahoo.fr	Oui
Guinée	Dr Mohamed Faza DIALLO	Chef Service Formation et Perfectionnement	Ministère de la Santé				Non
Guinée	Dr Yéro Boye CAMARA	Directeur Adjoint, Bureau de Stratégies et du Développement	Ministère de la Santé		655 98 16 34	yeroboye@yahoo.fr	Non
Guinée	Mme Aissatou Noumou BARRY	Secrétaire Générale	DYNAM		657 97 04 15	aissatousidy@yahoo.fr	Oui
Guinée	Dr Madina RACHID	Chef de Division SR	Ministère de la Santé		664 25 64 70	mdinakebe@gmail.com	Oui
Guinée	Mohamed P. SAGNO	Directeur Santé	UGAR - Activa		656 96 00 16	smohamedpeyrenamu@ugar-activa.com	Oui
Guinée	Dr Fodé Momo Cissé	Directeur des Ressources Humaines	Caisse Nationale de Sécurité Sociale		664 58 71 12	cisefodemomo@yahoo.fr	Non
Guinée	Mr Haba Jules	Chef Section Frais Médicaux et Pharmaceutiques	Caisse Nationale de Sécurité Sociale		622 59 45 26	cisefodemomo@yahoo.fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Guinée	Mr Moussa TRAORE	Directeur National de l'Action Sociale	Ministère de l'Action Sociale de la Promotion Féminine et de l'Enfance		621 54 70 56	traore592003@yahoo.fr	Non
Guinée	Dr Mamady KOUROUMA	Directeur National de la Santé familiale et de Nutrition	Ministère de la Santé		664 39 58 97	mamadykourouma@yahoo.fr	Non
Guinée	Dr Yolande	Chef d'Equipe Santé	USAID/Guinée		664 23 36 61		Non
Guinée	Dr ADZODO Mawuli	Expert Sénior Systèmes de santé	OMS Guinée		621 84 57 37	adzodom@who.int	Non
Guinée	Dr Sékou CONDE	Directeur National des Etablissements Hospitaliers et de Soins	Ministère de la Santé		621 17 55 32	sekou53conde@gmail.com	Non
Mali	Dr Salif Samake	Conseiller Technique Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	76,111,606	76111606		Non
Mali	Mme Koné Sissi Odile Dakouo	Directrice Adjointe de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire	Direction de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire	20237583	76111606	minjul2@yahoo.fr	Non
Mali	Mamadou S. Ballo	Coordonnateur Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	20733126	76450543	balloomb@yahoo.fr	Non
Mali	Sékou Oumar Tangara	Directeur de Production	Assurances Lafia, Hamdallaye ACI 2000	20,290,940		sekou.oumar@yahoo.fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Mali	Mme Fadima I. Maiga	Assistante au Service Commercial	Assurances Lafia, Hamdallaye ACI 2000	2029040	66735328	zelpdgp@yahoo.fr	Non
Mali	Saleck Ould DAH	Advocacy & Campaign Advisor	Save The Children, Hamdallaye ACI	20296135	96482572	saleck.dah@savethechildren.org	Oui
Mali	Mountaga Bouaré	Directeur	Cellule de Planification et de Statistiques SS - DS - PF	20733139	66720578	pa27mountag12debor@yahoo.fr	
Mali	Ankoundio Luc Togo	Directeur Général	CANAM, Bamako, Mali	44901987	66135555	togoluc52@yahoo.fr	Oui
Mali	Issa Bengaly	1er Secrétaire Administratif	Union Nationale de Travailleurs du Mali, Boulevard de l'Indépendance, Bamako	20222031		isbengaly@yahoo.fr	Non
Mali	Issa Sissouma	Directeur Général	Union Technique de la Mutualité Malienne, Médina Coura, Rue 32, Bamako	20213349	66751650	sissoumaissa@yahoo.fr	Oui
Mali	Dr Marguerite Demblé Coulibaly	Chef Division santé de la Reproduction	Direction Nationale de la Santé, Bamako		666031245		Non
Niger	Mr Galadima Abdoul. Karim Souley	DRFM/Directeur des Ressources Financières et Matériels/ Direction Générale des Ressources/M.S.	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	227 96 97 81 52/227 90 40 87 64	souleygala@yahoo.fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Niger	Mr Djibo Garba	directeur des Etudes et de la Programmation (DEP)/M,de la Santé	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	96507078	djibogarba@yahoo.fr	Oui
Niger	Mme Ocquet Sakina	chef Division Etudes et Recherches/ DEP	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	96 29 05 33	sakinahabou@yahoo.fr	Oui
Niger	mme Djibo Halima	Division Finances	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	90 33 73 53	halimatoudjibo@yahoo.fr	Oui
Niger	Brem Adisa Laoian	chargé de planification suivi évaluation	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	96960591	tchouchoumdiz@yahoo.fr	Oui
Niger	Dr Adama Kemou	Directrice de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME)	96 96 05 91	227 20 72 47 26	90 38 23 55/98 07 69 31	kemou_adama@yahoo.fr	Oui
Niger	Aladji Abaché Chaibou	chef Division Finances /DSMI	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	96091210	abach71@yahoo.fr	Oui
Niger	Zackor Arona	Chef Division PF/DSMI	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	96282970	razackhe@gmail.com	
Niger	Dr Souley Arzik	chef Division secteur privé au M. de la santé	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	96210006/915855 15	souleyarzik@yahoo.fr	Oui
Niger	Dr Dansono	président de l'association des médecins privés du Niger- ex syndicat santé			93 92 97 74	dansonoa@gmail.com	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Niger	Mme Koffi Mariama	ministère de la population de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant/ interim directeur de la solidarité nationale chef division protection famille				Mariama.cofi@yahoo.fr	Oui
Niger	mme djibrilou Bintou	directrice de la solidarité nationale				bintoumary@yahoo.fr	Non
Niger	Mr Balo Mamadou Djibril	Secrétaire Exécutif Comité des Assureurs du Niger		BP 10934	227 20737731/20737730 96888123/94679745 /93347362/9010535 2		Oui
Niger	Dr Moussa Fatimata	DG Agence nigérienne pour la mutualité sociale (ANMS)	BP 12905	Fixe bureau : 20351335	90357399/969724 35	Moussafatimata3@gmail.com	Oui
Niger	DOUNAMA Abdou	DG du Travail			96299592	dounamaa@yahoo.fr	Oui
Niger	IDRISSA Boubacar	Chef Division Ministere du Travail				Idrissaboubacar14@yahoo.fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Niger	Mr El Hadji Idé Djermakoye	Représentant de l'Afrique de l'Ouest francophone de la Plateforme Africaine pour la Protection Sociale (APSP) et Coordonnateur National de la Plateforme des OSC pour la Protection Sociale au NIGER (PROTECSO)	BP 54305-00200	227 2035 11 05	91 18 70 01	protecsoniger@yahoo.fr	Oui
Niger	Mr Abdourahmane Salifou	Conseiller Technique Ministère de la Santé	BP 623 NIAMEY		96997363/92612300	salifou_abdrmane@yahoo.fr	Non
Niger	Ada Kassoum	Directeur Mutualité Sociale/Ministere Travail			96 89 73 58/96 87 01 48		
Niger	Noufou Insa	coordonnateur CAPED			97 57 99 99	abaryl@yahoo.fr	Non
Niger	Samaila Mamadou	SG ROASSN			96 87 31 14	ondphid@yahoo.FR	Non
Niger	DR HASSAN SANDA MAIGA	conseiller principal PM chef departement santé publique population et assistance humanitaire			98 94 80 20/ 93 94 80 20	hsmaiga@yahoo.com	Oui
Sénégal	Mr Cheikh Ibra Fall	Président Association des IPM	Km 3,5 Bd du Centenaire de la Commune de Dakar	33 832 29 17	77 638 85 65	fallibra@orange.sn	Oui
Sénégal	Mr Abdou Diagne	Directeur Transvie	3063 HLM Angle Mousse, Dakar	33 824 33 44	77 644 72 08	diagne.abdou@transvie.sn	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Sénégal	Mme Seck Marie Rose	Responsable Bourses de Sécurité Familiale et Cartes d'égalité de chance	Agence de la Couverture Maladie Universelle		77 871 76 24	malilce70@yahoo.fr	No
Sénégal	Mr El Hadj Abdou Aziz Fall	Directeur PMAS	Immeuble FT n°27731 Cité Sud Foire	33 867 38 30	774,060,022	pmassenegal@orange.sn	Oui
Sénégal	Dr. Ndiambé Diagne	Responsable Assistance médicale Mère et Enfant/ACMU	Agence de la Couverture Maladie Universelle		77 630 13 31	ndiague@yahoo.fr	Non
Sénégal	Ndèye Sophiétou Guèye	Responsable Suivi des Mutuelles de santé	Agence de la Couverture Maladie Universelle		77 650 88 49	gsophietou@hotmail.com	Non
Sénégal	Oumar SY	Alliance Secteur privé de la Santé	Dakar Plateau		77 633 38 03	asps2014@hotmail.com	Non
Sénégal	Mme Mbaye Rokhaya Badiane	Division Promotion des Mutuelles de santé	Agence de la Couverture Maladie Universelle		77 631 39 71	khayambaye@yahoo.fr	Non
Sénégal	Francois P. Diop	Chef d'Equipe R2S	Sacré Cœur 2, Dakar		77 559 14 86	francois.diop@abtsn.com	Non
Sénégal	Dr Ousseynou Diop	Responsable Couverture Maladie Universelle	Direction Générale de la Protection Sociale et de la Solidarité Nationale		77 640 68 00		Non
Sénégal	Mamadou Lamine Faty	Directeur de la Promotion et de la Protection des Personnes Handicapées	Direction générale de l'Action Sociale		77 558 02 75	mifaty70@yahoo.fr	Non
Sénégal	Mr Mamadou Ousmane Sall	Président Union départementale de MS de Mbour	Mbour Sénégal		77 555 60 07	mamadouousmanesall@yahoo.fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Sénégal	Cheikh A. Mbengue	Directeur Général Agence de la Couverture Maladie Universelle	Ngor Almadies, Dakar		77 444 77 10	chieikh.mbengue@gmail.com	Non
Sénégal	Demba Mame Ndiaye	Président de l'Union Nationale des Mutuelles de santé Communautaires	Diourbel				Oui
Sénégal	Dr Aboubackry Fall	Directeur Assurance Maladie/ACMU	Agence de la Couverture Maladie Universelle		77 659 26 55	guelewy@gmail.com	Non
Togo	Bignandi Palakimyé	Directeur Général de la Protection Sociale - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale	BP 350	228/22212947/222 13260	222/998633923	adwinga@inam.tg	Oui
Togo	Winga Dissaliba	Directeur de la Gestion des Bénéficiaires INAM	INAM BP 01 BP 11 Angle rue Kame Avenue de la Libération	228/22214799	228/99863923	dwinga@inam.org	Oui
Togo	Ngani Simtokina	Chargé de la planification et assurances qualité des services SMI/PF- Point focal national du Partenariat de Ouagadougou- Direction de la SML/PF/M,Santé			90109938	simtokina@yahoo.fr ngani001@yahoo.fr	Oui
Togo	Dr Baba Amivi Aféfa	Directeur des Etablissements de santé			99460173/992427 72	batchabi@yahoo.fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Togo	Désiré Bakuba	Direction Planification			228/99969476	danakusa@yahoo.fr	Non
Togo	Mme Abiliabu	chef Division finances et budget			90123266	clarisse@yahoo.fr	Non
Togo	dr Wotobe Kokou	Chef Division Programmation coopération -Direction Générale des Etudes Planification et SIS			228/90304310/994 75671	wotobemarin@yahoo.fr	Oui
Togo	Prosper Bomboma Laré Namiyete	Gestionnaire des services de santé Direction Planification			228 90098336/ 98429706	prosper960@yahoo.fr	Non
Togo	DR Moise Fiadjoe	Fédération Plateforme du secteur privé			228/90042848	mfiadjoel@gmail.com	Oui
Togo	Dr Claude Bakoyima K, Bérédéma	Secrétaire Général Permanent du Comité des Assurances du Togo	7, BD de la Paix 01 BP 2689	228/22217092	228/98402174	tgocartebrune@cartebrune.org bakclaude18@yahoo.fr claud.bakayima@ca-togo.org	Oui
Togo	Dr Kpeto Koundé Innocent	Présidente Plateforme secteur privé de santé		228/22613525 ou 228/22356276	228/90011119/990 87448	ikpeto@gmail.com	Oui
Togo	Mr Komlavi Gonçalves	Vice-Président Plateforme secteur privé de santé		228/99467769	22899467769	tontonmaxi@yahoo.fr	Oui
Togo	Mme Ghislaine Saizonou	Assurance santé			99 96 94 76	bromghis@yahoo.fr	Non

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Togo	mr Sanunu Yaya	Secrétaire Permanent Cadre National de Concertation des Mutuelles de santé (CNCMUT)	Quartier Djidjolé rue 137 3 ième arrondissement immeuble 142	228/22338449/ 228 22502414	228/93029032/991 50248	sanunu2003@yahoo.fr	Oui



Abt Associates
4550 Montgomery Avenue
Suite 800 North
Bethesda, MD 20814
www.abtassociates.com