



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 : Senegal

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

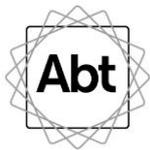
Cooperative Agreement No: AID-OAA-A-12-00080

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

SENEGAL

AVERTISSEMENT

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

TABLE DES MATIÈRES

Acronymes.....	iii
Remerciements.....	v
Synthèse.....	vii
8. Sénégal.....	11
8.1 Un aperçu bref de pays.....	11
8.2 Contexte.....	15
8.3 Le financement de la santé au Sénégal.....	15
8.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et de la planification familiale.....	18
8.5 Opportunités en matière de financement de la santé.....	19
8.6 Sources.....	20

Liste des tableaux

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

ACRONYMES

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

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

REMERCIEMENTS

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

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

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

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

SYNTHESE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. SÉNÉGAL

8.1 Un aperçu bref de pays

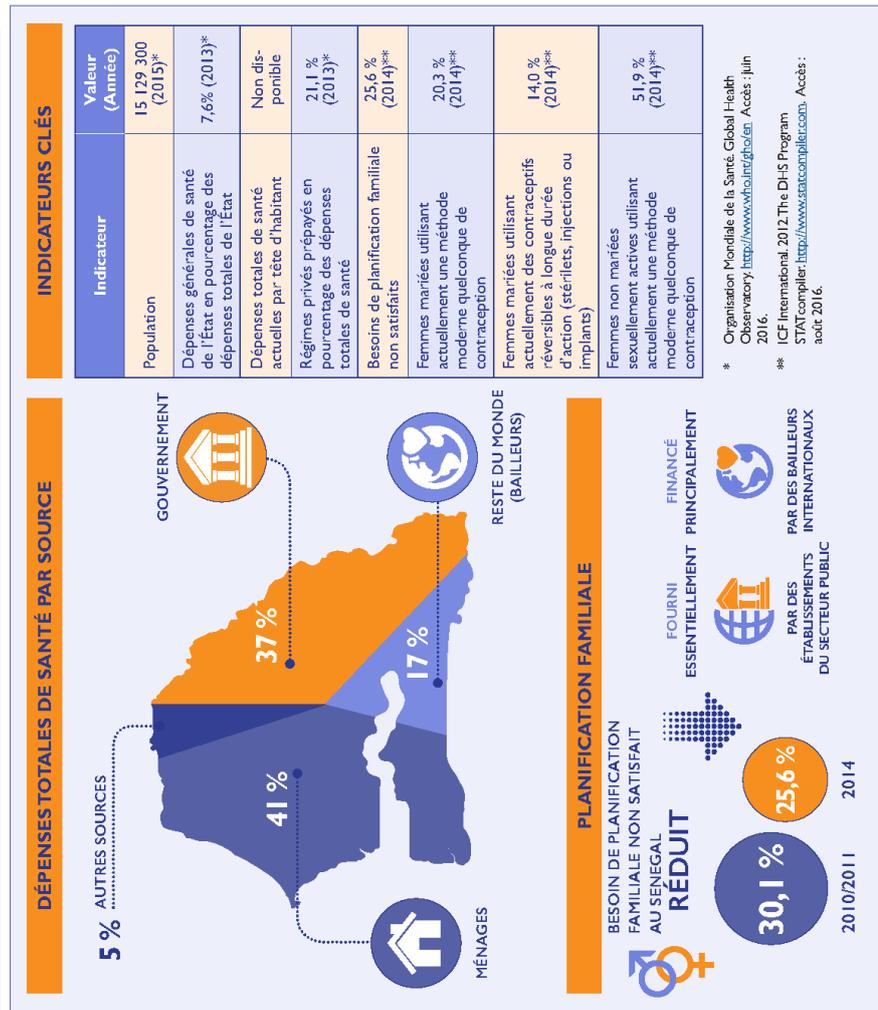




Sénégal

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 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'assurance privés 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

- Revenus du budget général encaissés par le gouvernement central (37 % des DTS)
- Subventions ou prêts de partenaires de développement (17 % des DTS)
- 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.
- 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 :
 - » 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
A la population varié :

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

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

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- Paiements non remboursés des ménages (41 % des DTS)
- Cotisations prépayées volontaires des ménages
- Primes payées par des employeurs privés à des régimes d'assurance sociale santé
- Les ménages achètent des services de santé par le biais de paiements à l'acte ou par des cotisations prépayées.
- Les assureurs privés achètent des services de santé pour le compte de leurs employés et de leurs familles.
- Les assureurs privés mettent les risques en commun au niveau du régime.
- Les régimes d'assurance maladie communautaire mettent les risques en commun au niveau du régime.

À PROPOS DE CETTE SÉRIE

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



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.^A

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

^A 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>