

SENEGAL

RAPPORT DE CONSULTATION SUR LES PROGRES EN MATIERE DE COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Principaux résultats

VERSION FINALE MARS 2018

Jean-Paul Dossou

PLATEFORME COLLABORATIVE AFRICAINE
POUR DES SOLUTIONS DE FINANCEMENT DE LA SANTE (ACS)



Ce rapport a été préparé dans le cadre de la consultation de 5 pays pour le projet « Plateforme Collaborative Africaine pour des Solutions de Financement de la Santé (ACS) ». Ce rapport a été produit grâce à la contribution d'une équipe de rédacteurs, analystes et les membres de l'équipe ACS qui se sont rendus au Sénégal pour conduire des entretiens individuels.

Cheickna Toure, Allison Kelley, Joël Kiendrebeogo et Isidore Sieleunou ont fourni un soutien à la rédaction, Neetu Hariharan a codé les interviews, Cheickna Touré a procédé à l'analyse préliminaire des données.

TABLE DES MATIERES

Table des matières	3
Liste des tableaux	4
Abbréviations	4
Résumé	5
Introduction	7
Contexte du pays et du système de santé	8
Définition de la Couverture Sanitaire Universelle et contexte au Sénégal	10
<i>Définitions de la Couverture Sanitaire Universelle selon les détenteurs d'enjeu</i>	10
<i>Description des actions prioritaires pour le financement de la santé</i>	12
<i>Description des activités organisationnelles en rapport avec la Couverture Sanitaire Universelle</i>	13
<i>Perceptions sur le rythme des progrès</i>	15
Dynamiques entre les détenteurs d'enjeu	15
<i>Collaboration entre les détenteurs d'enjeu</i>	15
<i>Perceptions sur la nature des plateformes existantes</i>	17
Barrières et défis à l'avancée de la Couverture Sanitaire Universelle au Sénégal	19
<i>Obstacles techniques</i>	19
<i>Obstacles non techniques</i>	22
<i>Perception sur les principales politiques et stratégies</i>	23
<i>Processus inclusif de conception des politiques pour la Couverture Sanitaire Universelle</i>	25
Solutions et Innovations	25
<i>Perceptions sur les innovations au niveau du Sénégal</i>	25
<i>Perceptions sur les innovations au niveau régional</i>	27
Approche du projet African Collaborative for Health Financing Solution	28
<i>Collaboration multisectorielle</i>	28
<i>Culture du partage, apprentissage et gestion des connaissances</i>	28
<i>Redevabilité</i>	29
<i>Domaines prioritaires d'intervention</i>	29
<i>Défis</i>	30
Annexes	31
<i>Annexe 1 : Composition des détenteurs d'enjeu interviewés</i>	31
<i>Annexe 2 : Ressources additionnelles clés</i>	32
<i>Annexe 3 : Chiffres majeures sur le Sénégal</i>	32
<i>Annexe 4: Synthèse des différents régimes</i>	33
<i>Annexe 5 : Evolution du fardeau global des maladies au Sénégal</i>	34
Références	35

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Statistiques générales sur la Santé au Sénégal.....	10
Tableau 2: Organisations impliquées dans la CSU et fonctions.....	14
Tableau 4: Chiffres majeures sur le Sénégal.....	32
Tableau 5: Principaux indicateurs de financement de la santé au Sénégal	33
Tableau 6: Synthèse des différents types de régimes et de mécanismes concourant à la CSU au Sénégal, 2017	33

ABBREVIATIONS

ACS	African Collaborative for Health Financing Solutions
AFD	Agence Française de Développement
CAMES	Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CESAG	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CESAG	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion et la
CMU	Couverture Maladie Universelle
CONGAD	Conseil des Organisations Non Gouvernementales d'Appui au Développement
CSS	Caisse de Sécurité Sociale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DGAS	Direction Générale de l'Action
DTS	Dépenses Totales de Santé
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FNR	Fond National de Retraite
FOASP	Fédération Ouest Africaine du Secteur Privé
FOASP	Fédération Ouest Africaine du Secteur Privé
GFF	Global Financing Facility
IPM	Institution de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
JICA	Japan International Cooperation Agency
LuxDev	Luxembourg Development Cooperation Agency
MEFP	Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS),
PSE	Plan Sénégal Emergent
REPAOC	Réseau de Plateformes d'ONG d'Afrique de l'Ouest et du Centre
RESSIP	Réseau Santé Sida et Population
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
USAID	United States Agency for International Development

RESUME

Le Plan Sénégal Emergent et le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 établissent la couverture sanitaire universelle comme une priorité au Sénégal, dans la mouvance mondiale des objectifs du développement durable. Mais comme dans plusieurs pays en développement, les modalités pratiques pour réaliser cette priorité sont loin d'être clairement et consensuellement établies. Le présent rapport, fait le diagnostic de l'état de la CSU au Sénégal, en termes de volonté politique, d'approches stratégique, d'avancées, de défis, d'innovations et de solutions et explore les perceptions sur l'opportunité du projet African Collaborative for Health Financing Solutions (ACS). Il fait la synthèse des données quantitatives et qualitatives recueillies à travers une revue documentaire, mais aussi des entretiens semi-structurés et des groupes de discussion réalisés auprès d'un large panel de détenteurs d'enjeu à tous les niveaux sur la question de la CSU au Sénégal.

Ce rapport constate que l'indice de couverture des services est d'environ 41%, avec une plateforme d'offre de soins faite d'un nombre important de structures publiques et privées inégalement répartie au détriment des zones rurales. Les dépenses publiques pour la santé représentent régulièrement 40% environ des Dépenses totales de santé (DTS), à côté des dépenses privées pour la santé par paiement direct au point des services qui restent importantes avec 37% de part dans les DTS en 2013. Plusieurs régimes de protection financière coexistent au Sénégal. Il y a les régimes de type assurantiel obligatoire (assurance formelle pour les travailleurs du secteur public et les étudiants, caisse de sécurité sociale pour tous les travailleurs, institutions de prévoyance maladie pour les travailleurs du secteur privé) ; les régimes de type assurantiel volontaire (assurances privées, mutuelles de santé visant le secteur informel). Les mutuelles couvrent en 2017, 17% de la population. Il y a enfin les régimes qualifiés d'assistance avec la gratuité 0-5 ans et le plan Sésame qui couvrent en théorie 19% de la population, les gratuités des césariennes, des dialyses, de la prise en charge de la tuberculose, du VIH, du paludisme. Tous ces régimes sont administrés par différentes organisations avec une coordination et une synergie insuffisante. Le mise en place de l'Agence CMU est un point fort à souligner ; elle matérialise la volonté politique pour la CSU et contribue à améliorer la coordination de la mise en œuvre des mutuelles et des gratuités. Au niveau central pour les acteurs techniques, le progrès vers la CSU nécessite une amélioration à propos de l'offre, de la demande et à propos des déterminants de la santé pour permettre l'accès à tous à des soins de qualité. Le Sénégal s'est doté d'une stratégie nationale de financement de santé, d'un plan de mise en œuvre de la stratégie et a organisé un forum national de mobilisation de ressources pour la CSU. Tous les détenteurs d'enjeu reconnaissent unanimement la forte volonté des acteurs au niveau central d'instaurer une dynamique inclusive et mutisectorielle autour de la CSU. Cette volonté se heurte à la faible fonctionnalité des plateformes mutisectorielles, aux difficultés de représentativité de certains groupes organisés comme le secteur privé en santé et des organisations à base communautaire, à l'insuffisance de la communication à l'endroit des acteurs décentralisés et de la population générale. En conséquence, l'alignement des points de vue sur la définition et les choix stratégiques pour la CSU est insuffisant, la mobilisation et la participation active de tous les détenteurs d'enjeu est encore insuffisant. La soutenabilité financière des initiatives en cours,

la portabilité des mécanismes de protection, l'amélioration de la gestion et de l'efficience dans l'allocation des ressources disponibles, l'éviction des retards dans les remboursements des frais aux prestataires de soins pour les gratuits, l'amélioration de l'attractivité du paquet de bénéfices des mutuelles, l'amélioration du cadre structurel pour le développement du secteur privé en santé, la consolidation du cadre législatif de la CSU, l'amélioration de la gouvernance avec la séparation des fonctions et le renforcement de la qualité et de la disponibilité de l'offre dans les régions rurales sont entre autres défis majeurs de l'heure pour la CSU au Sénégal. Les trois axes du projet ACS sont unanimement jugés comme pertinents par les acteurs qui reconnaissent toutefois que ce sont des composantes structurelles et transversales sur lesquels il n'est pas facile d'agir en raison des causes profondes qui se trouvent dans les jeux d'intérêts individuels ou organisationnels, les jeux de pouvoir et de prérogatives, les causes sociologiques et culturelles etc. Il est attendu toutefois d'un projet ACS qu'il améliore l'efficacité opérationnelle des plateformes multisectorielles existantes et renforce le dialogue aussi bien intrasectoriel que intersectoriel, un accompagnement méthodologique pour systématiser l'apprentissage interne autour des processus de réformes dans le cadre de la CSU, un renforcement des capacités de veille citoyenne en vue d'une meilleure redevabilité sociale sur le sujet de la CSU. Le renforcement général du leadership technique des organisations en charge de la CSU avec un renforcement continu de capacités à tous les niveaux, l'amélioration de la coordination et la construction d'une synergie dans les efforts de toutes les parties sont les domaines prioritaires qui reviennent dans le discours de plusieurs acteurs.

En somme il existe une fenêtre d'opportunité au Sénégal pour entreprendre une action structurelle sur des aspects transversaux comme la multisectorialité, l'apprentissage et la redevabilité surtout sociale. Le besoin est là, la contribution au renforcement du processus de la CSU peut être potentiellement significative.

INTRODUCTION

L'Objectif du Développement Durable n°3.8 s'énonce comme suit : « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, 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 ». Cet objectif soutient un momentum sans précédent pour l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) dans les pays en développement qui rencontrent beaucoup de défis dans les différents processus engagés à ce propos. En effet, ce processus est complexe ; il est non linéaire, imprévisible et nécessite la collaboration d'un large éventail d'acteurs évoluant dans des institutions différentes, ayant des intérêts et des idées parfois contradictoires sur la question de la CSU. L'atteinte de la CSU nécessite donc non seulement des expertises techniques spécifiques avérées, mais exige une gouvernance capable d'appréhender et de gérer cette complexité.

Le projet African Collaborative for Health Financing Solution (ACS) s'appuie dans cette logique ; il part des postulats que chaque pays doit construire son propre parcours qui nécessite un système apprenant, l'implication large de tous les détenteurs d'enjeu et un système de gouvernance qui favorise une bonne redevabilité à tous les niveaux. Le projet ACS vise donc à soutenir les pays de l'Afrique Sub-Saharienne dans ce parcours en renforçant la collaboration multisectorielle, le système apprenant et la redevabilité dans le parcours vers la CSU. Ce projet adopte aussi une démarche de co-création de ses interventions spécifiques en commençant par une phase de consultation préliminaire dans cinq pays.

Le présent rapport, présente une synthèse des résultats de cette consultation réalisée au Sénégal en trois phases. Dans une première phase, en Décembre 2017, des données quantitatives et qualitatives recueillies à travers une revue documentaire, mais aussi des entretiens semi-structurés et des groupes de discussion réalisés auprès d'un large panel de détenteurs d'enjeu à tous les niveaux sur la question de la CSU au Sénégal. L'annexe 1 présente une synthèse du nombre et du profil des détenteurs d'enjeu interviewés. Dans une seconde phase, le rapport préliminaire de cette collecte de données, a fait l'objet d'une revue de la part de plusieurs des détenteurs d'enjeu interviewés. Cette revue a été faite sous la forme de commentaires, de suggestions de reformulation pour plus de précision et de clarté, de partage de données supplémentaires par courrier électronique, au cours d'un atelier national qui a eu lieu en Janvier 2018 à Dakar et d'un second atelier sous-régional qui a eu lieu à Accra en Février 2018.

Ce rapport fait le diagnostic de l'état de la CSU au Sénégal, en termes de volonté politique, d'approches stratégique, d'avancées, de défis, d'innovations et de solutions et explore les perceptions sur l'opportunité du projet ACS.

CONTEXTE DU PAYS ET DU SYSTEME DE SANTE

Depuis 2014, le Sénégal s'est doté d'un plan de développement dénommé Plan Sénégal Emergent (PSE) qui décline sa vision de développement sous le leadership politique de l'actuel Président de la République. Pour le secteur de la santé, ce plan s'appuie sur le constat clair que *"l'accessibilité des soins se pose avec acuité, notamment pour les segments les plus pauvres de la population, qui ne bénéficient pas d'une couverture par rapport au risque maladie."*[1] et fait de la protection contre le risque maladie un thème central de la vie politique et sociale du Sénégal d'aujourd'hui. Au niveau sectoriel, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 mentionne que *« la priorité est accordée à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé »*. Ce plan sectoriel définit 11 axes stratégiques d'interventions prioritaires parmi lesquels figure le développement d'une offre de services de santé de qualité, disponible partout au Sénégal et le renforcement de la couverture du risque maladie pour tous. [2] Ce dernier point a fait l'objet d'une Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour l'attention de la CSU (SNFS) qui précise les grands choix du pays pour la mobilisation des ressources susceptibles de financer de manière équitable et durable la CSU.

L'offre des services de santé est produite par une plateforme mixte publique et privée de prestataires de soins organisée de manière pyramidale avec des niveaux communautaire, district, régional et central. L'offre publique est formée d'environ 1237 postes de santé, 99 centres de santé et 35 hôpitaux. Les communautés gèrent près de 2000 cases de santé qui constituent la base de la pyramide sanitaire. Environ 150 structures privées à but non lucratif sont tenues par des associations et par des organisations confessionnelles. La cartographie du secteur privé de la santé au Sénégal 2016-2017 a identifié 2754 structures privées de santé actives dont plus de la moitié (52%) se trouvent à Dakar et près de la moitié (45.4%) sont des pharmacies et les dépôts pharmaceutiques.[3] L'indice de couverture des services est estimé à 41% en 2015. [4] En milieu rural, au niveau primaire, seulement 50% des formations sanitaires ont des équipements médicaux de base et environ 27% seulement disposent d'électricité, d'eau potable et d'installations sanitaires. [5] En somme, l'offre de qualité est insuffisante et mal répartie sur le territoire.

Des régimes de protection de type assurantiel et non assurantiel, à caractère obligatoire ou volontaire visant le secteur formel (public ou privé) et aussi le secteur informel existent au Sénégal. Les régimes d'assurance maladie obligatoire coexistent séparément pour le secteur public et le secteur privé. Dans le secteur public, quelques 300.000 travailleurs fonctionnaires ou non fonctionnaires de l'Etat actifs et leurs personnes à charge sont couverts par un régime d'assurance maladie obligatoire qui couvre 80% des frais de soins reçus dans les formations sanitaires surtout publiques sauf les médicaments.[6] Ce régime qui est directement financé par imputation budgétaire au trésor public géré par le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (MEFP), couvre aussi les travailleurs fonctionnaires du secteur public à la retraite. Les travailleurs non fonctionnaires du secteur public à la retraite sont couverts par l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) qui couvre aussi les employés du secteur privé à la retraite. [7] Dans le secteur privé, les travailleurs actifs et leurs personnes à charge sont couverts par le régime d'affiliation obligatoire des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) d'entreprise

ou interentreprise. Ces IPMs prennent en charge 50 à 80% des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation des personnes affiliées pour des affections non professionnelles.[8] Quelques 117 IPMs couvrant une population de 302915 personnes ont été dénombrées en 2014. [9]La Caisse de Sécurité Sociale (CSS) couvre à 100% les travailleurs quelque soit le secteur contre les accidents de travail et les maladies professionnelles et fournit des prestations de prévention contre les risques sanitaires[10].

L'assurance volontaire est offerte par des compagnies d'assurance privées et par des mutuelles professionnelles ou communautaires qui visent surtout le secteur informel. Les compagnies d'assurance privées sont concentrées dans les villes et ne couvrent qu'une infime proportion des couches plutôt riches de la population. Les mutuelles de santé constituent une stratégie assurantielle centrale du dispositif actuel pour faire avancer le Sénégal vers la CSU. En Décembre 2017, 641 des 676 soit 95% des mutuelles de santé existantes au Sénégal, ont démarré effectivement les prestations. Leurs adhérents bénéficient d'une prise en charge de 80% des prestations reçues dans les 1419 structures de santé conventionnés. La cotisation annuelle est de 7000 FCFA (12\$) par personne, à moitié (50%) subventionnée par l'Etat pour les personnes jugées capables de cotiser et à 100% pour les personnes indigentes essentiellement les bénéficiaires des bourses de sécurité sociale et des cartes d'égalité des chances. En 2017, les mutuelles couvraient environ 17% de la population sénégalaise. Il existe des mutuelles complémentaires aux régimes obligatoires comme par exemple la mutuelle complémentaire des forcés armées qui apporte une protection complémentaire au régime obligatoire de l'imputation budgétaire dont bénéficie déjà ce groupe de la population.

Le dernier type de régime de protection financière est celui de l'assistance médicale avec les initiatives de gratuité. Il s'agit d'un financement sur le trésor public pour la prise en charge totale des dépenses de santé des bénéficiaires sans aucun paiement au point de fourniture des services délivrés dans les formations sanitaires publiques. Ces régimes visent les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées de plus de 60 ans (plan SESAME), à l'exception normalement des affiliés aux régimes assurantiels obligatoires ou aux assurances privées. Le groupe ainsi ciblé est estimé à 19% de la population. Les prestations de césarienne (environ 25000 en 2016) et de dialyse (environ 650 personnes en 2016) sont entièrement subventionnées pour les personnes nécessitant ces interventions.

Les dépenses publiques de santé occupent 40% des dépenses totales de santé (DTS) sur la période 2005 à 2014. Le pays expérimente depuis 2010 une approche d'achat mixte des services de santé en combinant des mécanismes d'achat passifs basés sur des transferts budgétaires classiques et des mécanismes basés sur les résultats tels que le Financement Basé sur les Résultats (FBR), les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), le mécanisme d'achats de la performance et le financement direct. L'idée est de progresser davantage vers un achat plus stratégique qui soutiendra la capacité du système à atteindre un niveau satisfaisant de compétitivité et de motivation du personnel. Malgré des améliorations constatées lors de l'évaluation du programme FBR et des CPOM sur la qualité des services, le système de gestion dans les postes et les établissements publics de santé, l'absence d'une évaluation globale de ces

mécanismes ne permet pas encore de capitaliser les leçons apprises et d'identifier les complémentarités et synergies d'actions.

Les dépenses privées en santé par paiement direct au point des services, approche héritée de l'Initiative de Bamako, restent un mode de financement important dans le système de santé au Sénégal. Elles représentaient en 2014, 37% des dépenses totales de santé même si cette part a considérablement baissé sur les 20 dernières années (de 64% en 1995 à 37% en 2014) selon les comptes nationaux de la santé. Les financements extérieurs ont habituellement compté environ pour un peu moins de 20% sur la même période entre 2005 et 2014.[11]

Tableau 1: Statistiques générales sur la Santé au Sénégal

	Indicateurs	Statistiques	Années
	Taux de mortalité infantile (décès pour 1,000 NV)	33.6	2016 (1)
	Taux de mortalité infanto-juvénile (décès pour 1,000 NV)	47.1	2016 (1)
	Ratio de mortalité maternelle (décès pour 100,000 NV)	315	2015 (1)
	Indice synthétique de fécondité	4.8	2015 (1)
	Prévalence contraceptive avec les méthodes modernes, (%femmes en âge de procréer)	21.2	2015 (1)
	Demande totale en planification familiale (%femmes en âge de procréer)	48.8	2016 (2)
	Prévalence du VIH, femmes (% des femmes âgées de 15 à 24 ans)	0.1	2016 (1)
	Prévalence du VIH, hommes (% des hommes âgés de 15 à 24 ans)	0.1	2016 (1)
	Prévalence du VIH, total (% de la population âgée de 15 à 49)	0.4	2016 (1)

Sources: (1) Indicateurs de Développement de la Banque Mondiale (2) Enquête Démographique et de Santé Continue, Sénégal

DEFINITION DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET CONTEXTE AU SENEGAL

DEFINITIONS DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE SELON LES DETENEURS D'ENJEU

UN NOYAU D'ACTEURS TECHNIQUES PARTAGENT UNE DEFINITION CONSENSUELLE DE LA CSU

Un noyau d'acteurs techniques du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), de certains partenaires techniques et financiers et du secteur privé, partage une définition commune de la CSU et accepte l'idée qu'elle nécessite une action concomitante sur un trépied de constitué de l'offre, la demande et les déterminants de la santé soutenu par une meilleure gouvernance, tel que formulé dans la citation suivante :

« La CSU est un mécanisme qui s'articule autour de 4 fonctions principales : l'offre de soins, la demande de soins, les déterminants de la santé, la gouvernance et la régulation.

Offre de soins : capacité de mettre en place des structures sanitaires, des infrastructures, le développement de paquets de service par niveau, la mise à disposition des RH, la maintenance des infrastructures, la dotation en équipements d'appui au diagnostic et au traitement etc.

Demande de soins : les modalités pour rendre la demande solvable, le développement des organisations communautaires à travers les mutuelles de santé, les institutions de prévoyance maladies pour le secteur formel, la mise en commun des ressources.

Déterminants de la santé : développer des approches préventives et promotionnelles, renforcer le patrimoine santé.

Gouvernance et régulation : mise à disposition du cadre réglementaire qui accompagne tout ce processus : les cadres de concertation, la multisectorialité pour plus de cohérence dans les actions. » **Expert technique**

LA DEFINITION DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE PAR LES AUTRES ACTEURS EST PLUS VARIABLE

En dehors des techniciens, le concept de la CSU reste vaguement appréhendé par les autres détenteurs d'enjeu. Les thèmes qu'ils mentionnent le plus fréquemment dans les définitions sont l'accès pour tous à moindre coût, les soins de santé de qualité. La disponibilité des services en termes d'infrastructures fonctionnelles, de ressources humaines, de consommables et de médicaments disponibles sur l'ensemble du territoire, sont les aspects récurrents pour tous les groupes de détenteurs d'enjeu y compris la communauté tel que ci-dessous formulé de différentes manières.

"Un programme de l'Etat du Sénégal pour que chaque citoyen, où qu'il se trouve, puisse accéder aux soins à moindre coût ; car beaucoup de citoyens n'ont pas accès aux soins de qualité de façon convenable."

Opérateur public de mise en œuvre

"Accès à des services de santé de qualité pour toute la population, indépendamment du niveau socio-économique, de la religion, de la couleur. Cet accès doit se faire à moindre coût" **Opérateur public de mise en œuvre**

"Aider les populations les plus démunies pour que chacun soit pris en charge normalement." **Opérateur public de mise en œuvre**

ON PARLE DE CMU, MAIS ON PENSE CSU

Au Sénégal, la couverture maladie universelle (CMU) est l'expression généralement utilisée dans la plupart des documents et discours de politique y compris le PSE. Alors que les acteurs reconnaissent que le terme CSU, décrit mieux le contenu technique de ce qui est envisagé. On retiendra que dans le langage de certains détenteurs d'enjeu, CMU et CSU sont utilisés de manière interchangeable pour désigner le même concept. Ceci se traduit dans l'appellation « *Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle* »

"Ici on appelle Couverture Maladie Universelle CMU, il y a eu la création de la Cellule d'appui puis de l'Agence CMU. Mais ils disent que dans leur esprit, il s'agit de Couverture Sanitaire Universelle."

Partenaire de mise en œuvre

"Nous parlons au Sénégal de CMU mais nous basculons vers la CSU qui permet de voir la problématique de manière plus holistique. La CMU porte sur l'Assurance Maladie alors que l'approche CSU adresse l'offre, la demande et les déterminants de la santé. En effet, il faut tenir compte de la promotion de la santé et de la prévention et non continuer tout simplement à offrir des soins curatifs, c'est trop cher et insoutenable à long terme." **Expert technique**

DESCRIPTION DES ACTIONS PRIORITAIRES POUR LE FINANCEMENT DE LA SANTE

LA SNFS, UN ENSEMBLE PLUS COORDONNE D'ORIENTATIONS PRIORITAIRES

Le Sénégal est un pays d'intervention de l'initiative Global Financing Facility (GFF) qui a soutenu l'élaboration de la SNFS au terme d'un processus unanimement décrit par tous les acteurs comme « inclusif et participatif ». Ce document définit un cadre stratégique élaboré ; il vise à fédérer tous les efforts de financement et de les orienter vers l'atteinte de la CSU.

Les quatre orientations stratégiques et les 12 lignes d'action de la SNFS pour la CSU au Sénégal

1. L'amélioration effective de la disponibilité de services de santé de qualité
 - 1.1. Densification et démocratisation de l'offre de services de santé
 - 1.2. Amélioration de la qualité des services
 - 1.3. Disponibilité et l'accessibilité des médicaments et produits essentiels de qualité
2. L'extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie
 - 2.1. Extension progressive de la couverture au secteur informel et au monde rural
 - 2.2. Affiliation de la grande majorité des indigents aux régimes de couverture
 - 2.3. Unification des mécanismes de gouvernance des régimes de couverture
3. Le renforcement des interventions multisectorielles à haut impact sur la santé
 - 3.1. Application de mesures dissuasives et promotion d'initiatives sur les déterminants comportementaux
 - 3.2. Promotion d'initiatives dissuasives sur les déterminants environnementaux
4. La mobilisation accrue des ressources financières pour tendre vers la CSU.
 - 4.1. Rationalisation de l'utilisation des ressources
 - 4.2. Augmentation substantielle de la contribution de l'Etat et de ses démembrements au financement de la santé
 - 4.3. Développement de stratégies de financement innovantes
 - 4.4. Mobilisation du financement extérieur.

UNE POSITION MITIGEE VIS-A-VIS DE L'AIDE EXTERIEURE

La stratégie de financement de la santé considère la mobilisation de ressources extérieures venant des partenaires comme un axe pour le financement de la CSU au Sénégal. Il ne prend pas explicitement l'option de réduire la part des ressources extérieures. Mais il fait d'une priorité la meilleure coordination et la meilleure prédictibilité des appuis venant des PTF. Cependant on retrouve la réduction de la dépendance à l'aide extérieure comme une priorité dans le discours de certains acteurs de mise en œuvre du secteur public. Le Forum National sur le Financement de la Santé allait dans ce sens, en tant que forum de plaidoyer pour la mobilisation des ressources domestiques essentiellement. L'idée au départ selon un partenaire technique et financier « *était de réduire la dépendance extérieure en matière de financement de la santé.* »

DIVERSIFICATION DES SOURCES DE FINANCEMENT

On note dans les entretiens avec les partenaires techniques et financiers et avec les acteurs techniques du niveau central, une volonté politique affichée pour la diversification des sources de financement pour la CSU. Il est question notamment de la mobilisation des financements des entreprises privées mobilisé pour la CSU en utilisant l'argument de la responsabilité sociale des entreprises. Il y a aussi l'optimisation de la mobilisation des financements venant des collectivités locales avec l'article 206/207 ddu code des collectivités locales qui délègue aux collectivités locales de participer au financement et au développement des mutuelles de santé. L'expansion

des mutuelles vise aussi à mobiliser davantage de financement privé venant des ménages non plus à travers un paiement au point des services mais à travers le mécanisme de prépaiement des mutuelles. Des applications informatiques sont aussi en développement avec une option claire de mobilisation de ressources financières additionnelles pour la CSU.

*"La première priorité a été l'évaluation du budget nécessaire pour dérouler la stratégie sous deux angles : Le coût lié aux activités pour faire impulser la stratégie (réunions, études, dialogue, voyages, etc.) et le coût des investissements. Le programme prioritaire d'investissement sectoriel tourne autour de 400 milliards de FCFA et couvre les domaines à la fois des ressources humaines, des équipements, des constructions. La prochaine activité est de tenir une réunion avec les PTF pour voir les engagements précis auxquels ils souscrivent. Ensuite, nous développerons une communication sur la stratégie à travers les instances de gestion de la politique économique et sociale du pays. Nous explorerons les potentiels locaux susceptibles de contribuer à la mise en œuvre de la stratégie via les comités régionaux de développement. Nous engagerons les organisations de la société civile sur le plaidoyer pour davantage de financement public. Nous allons d'abord les pousser à s'en approprier. Enfin nous entendons orienter les ressources privées collectées au travers de la responsabilité sociétale d'entreprise vers les priorités retenues dans la stratégie." **Expert technique***

*" Les procédures d'exécution des fonds des PTF devraient être allégées pour permettre un bon niveau d'absorption des ressources dont la prédictibilité devrait être davantage améliorée. Pour ce faire, les PTF devront partager avec le secteur les enveloppes budgétaires triennales." **Expert technique***

*" Avoir des stratégies de financement endogènes et innovantes pour plus de pérennité et de viabilité des interventions de santé car les financements des PTF sont de plus en plus rares." **Acteur public de mise en œuvre***

*« .. Par ailleurs, notre modèle économique est bâti autour de la contribution de tous les acteurs qui utilisent la plateforme (plateforme numérique intégrée de gestion de la CMU). Par exemple, en faisant payer 25.000 FCFA par mois par toutes les 1.200 pharmacies privées, nous escomptons 360 millions FCFA. Ceci génère donc des revenus additionnels... A côté de cela, nous allons installer des bornes de paiement électronique dans tous les postes de santé pour collecter les frais de services facturés aux assurés. Nous sommes en train de mettre en place un dispositif de crowdfunding à travers une plateforme qui sera lancée en Avril 2018. Celle-ci va permettre le parrainage par la diaspora. Ceux-ci pourront directement payer la contribution d'un membre de famille au Sénégal ou même faire des donations à la CMU. » **Expert technique***

DESCRIPTION DES ACTIVITES ORGANISATIONNELLES EN RAPPORT AVEC LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

QUI FAIT QUOI POUR LA CSU AU SENEGAL ?

Nous présentons ici une synthèse des organisations et acteurs clés qui travaillent directement sur la CSU au Sénégal ainsi que les fonctions qu'ils exercent.

Tableau 2: Organisations impliquées dans la CSU et fonctions

Organisations	Fonctions
Présidence de la République	Porte la vision générale et l'orientation politique globale de la CSU à travers le PSE. L'engagement politique est fort, des ressources publiques d'impulsion sont mobilisées et le président utilise son influence pour stimuler la mobilisation des ressources intérieures publiques et privées et de ressources extérieures pour la CSU.
Primature	Il est envisagé que la primature effectue le pilotage multisectoriel de la CSU.
Ministère de l'Economie et des Finances	Gérer les subventions publiques pour la couverture des employés et les ayants droits du secteur public. Le MEF est aussi un acteur central dans l'ensemble des mécanismes de financement public de la CSU.
Délégation Générale à la Protection sociale et à la Solidarité Nationale	Exécute des missions de solidarité nationale et de protection sociale qui lui sont confiées par l'Etat du Sénégal. Il administre plusieurs projets et programmes la Bourse de Sécurité Familiale, la Bonification Retraite, le programme national des bourses de sécurité familiale et les projets des filets sociaux, le Registre National Unique des indigents. Il est envisagé une Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU) qui n'est pas encore opérationnelle et qui vise à permettre dans un premier temps de financer la CMU.
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale	A un rôle central dans la gouvernance du système de santé, le développement de l'offre et l'action sur les déterminants sociaux de la santé.
Ministère de la Défense, de l'Education, Ministère du Travail	Autrs Ministères assurant l'offre de services de santé.
Agence Couverture Maladie Universelle (çi après appelée l'Agence)	A pour objectif de généraliser la CMU au Sénégal avec une finalité économique (disposer des ressources financières nécessaires à son développement et sa pérennité) et sociale (promouvoir l'assurance maladie dans le pays et de satisfaire la demande en matière de couverture du risque maladie, au moins pour toute la population du monde rural et du secteur informel).
Ministère du travail	Développer et coordonner les IPMs sur la base d'un nouveau décret pris en 2012, avec un arrêté d'application sur l'assurance maladie obligatoire dans les entreprises. La vision est de couvrir l'ensemble des travailleurs ; le taux de couverture actuel est d'environ 35% de l'ensemble des travailleurs du secteur privé.
Partenaires techniques et financiers	A travers des collaborations bilatérales et multilatérales, plusieurs PTF sont engagés pour la CSU au Sénégal. Le Sénégal fait partie des bénéficiaires du GFF, la composante de financement de l'initiative "Every Woman Every Child" qui travaille avec le système des Nations Unies et la Banque Mondiale) comme partenaires apportant l'expertise technique et normative auprès du Sénégal. Le GFF est engagé pour la CSU et est déterminant dans les développements actuels relatifs à la CSU au Sénégal. La JICA, LuxDev et d'autres sont impliqués dans des activités sur différentes composantes du système de santé, du niveau central au niveau communautaire. AFD, USAID, Copération belge
Caisse de Sécurité Sociale	Est chargée de la couverture en cas de maladie professionnelle pour les employés du privé et leurs ayants droit.
Alliance du secteur privé en santé du Sénégal	Fédérer le secteur privé en santé (formation de ressources humaines, équipements, prestations des services de soins), pour offrir un interlocuteur unique de ce secteur au gouvernement et développer l'offre de qualité des services en rapport avec la santé dans le secteur privé dans la vision de la CSU.
Mutuelles de santé organisées en Unions Régionales et Départementales des Mutuelles de Santé	Offrir des services d'assurance maladie volontaire à base communautaire aux populations surtout du secteur informel, avec des subventions publiques et l'appui des collectivités locales. Elles sont organisées en Union Régionales des Mutuelles de Santé.
Compagnies d'assurance privée	Offrir des services d'assurance maladie volontaire professionnelles de droit privé ciblant surtout les couches riches de la population.

Collectivités territoriales /Comités Régionaux de Développement	Appuient le développement des mutuelles de santé au niveau local à travers la mobilisation de ressources financières, le plaidoyer, le suivi et la mobilisation sociale.
Formations sanitaires publiques et privées	Offrir les services de santé et contribuer à la gestion des mécanismes à travers les systèmes de gestion comptables mis en place.
Centre des œuvres Universitaires de Dakar	Offrir des prestations de couverture du risque maladie aux étudiants du secteur public.
RESSIP/CONGAD	Offres de services à base communautaire, Promotion de la santé et participation à la gouvernance sanitaire

LA SNFS FOCALISE L'ATTENTION ET LES ENERGIES

Un comité de pilotage de la mise en œuvre de la SNFS va être bientôt créé et sera rattaché à la Primature dans le but envisagé d'un meilleur dialogue intersectoriel. La recherche d'une synergie entre les activités de l'Agence, de la Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale, la Direction Générale de l'Action Sanitaire (DGAS) du MSAS est un défi souligné par plusieurs acteurs techniques. perceptible sur le plan organisationnel.

Quant à l'Agence CMU, elle poursuit ses efforts de développement d'un système de gestion intégrée de l'assurance maladie et de l'assistance médicale. Cette initiative vise à mettre en cohérence et à rendre interopérables, toutes les applications informatiques de gestion de l'assurance maladie en synergie avec les acteurs chargés de l'enregistrement des bénéficiaires aux différents régimes gérés par les différentes organisations (le MEF, les IPM, l'Agence, la Délégation, la CSS, la DGAS, IPRES, FNR, etc.) et les prestataires de santé mettant en œuvre les différents régimes aussi bien pour les mesures d'assistance que pour les mesures d'assurance.

PERCEPTIONS SUR LE RYTHME DES PROGRES

De 2010 à 2016, la proportion estimée de la population couverte par une quelconque mesure de protection financière contre le risque maladie est passée de 20% à 46%. Cependant l'adhésion au régime volontaire reste faible au regard de la taille de la population visée (seulement 17% d'affiliation de la population générale aux mutuelles de santé). Les avis sur la vitesse de progression sont partagés, mais la plupart estime que les progrès en termes de couverture sont lents. Même si des efforts substantiels ont été consentis ces dernières années, tous les profils de détenteurs d'enjeu estiment que les acquis restent fragiles avec un risque que « *les choses marchent à pas de caméléon et si on ne fait rien les choses risquent de s'arrêter.* » **Opérateur privé de mise en œuvre**

DYNAMIQUES ENTRE LES DETENTEURS D'ENJEU

COLLABORATION ENTRE LES DETENTEURS D'ENJEU

UNE DYNAMIQUE INCLUSIVE QUI RESTE A CONSOLIDER

On note au Sénégal une intention des autorités sanitaires de conduire le processus CSU de manière inclusive, ceci a été particulièrement le cas pour l'élaboration des politiques et stratégies. Cet état d'esprit aura guidé par exemple, la participation des acteurs ou groupes d'acteurs suivants à l'élaboration de la SNFS au Sénégal :

- Les instances publiques comme le Conseil interministériel, le parlement, le Haut Conseil des Collectivités Territoriales, le Conseil Economique, Social et Environnemental
- Le privé représenté par l'Alliance du Secteur Privé en santé, l'interlocuteur privilégié pour l'expression des préoccupations de ses mandants depuis sa création. Le secteur privé non sanitaire a été aussi associé aux discussions sur la CSU à travers le patronat dans en vue de la mobilisation de ressources internes privées pour la santé en invoquant la responsabilité sociétale des entreprises.
- Les partenaires techniques et financiers ; malgré leur participation active dans la définition des politiques de santé, il ressort des échanges avec les acteurs en présence que la coordination des partenaires n'est pas optimale pour faire des propositions cohérentes à la partie nationale.
- Les organisations à base communautaire et la société civile : elles ont été impliquées à travers des regroupements d'ONGs comme le CONGAD, les groupements syndicaux ou encore des personnalités communautaires comme les Bajenu Gox.

La volonté du MSAS d'impliquer le secteur privé en santé dans la gouvernance sanitaire d'une manière générale et dans la CSU en particulier est de plus en plus manifeste. Elle se traduit concrètement par exemple par les avancées effectuées au niveau pays pour la mise en place de l'ASPS, l'invitation de l'ASPS à plusieurs réunions clés dans le processus d'élaboration de la SNFS, la participation de l'ASPS au forum national sur la mobilisation des ressources pour la CSU. Si les acteurs techniques du niveau central reconnaissent les efforts effectués pour tendre la main au secteur privé en santé dans le processus de la CSU, certains acteurs du privé pensent que leur implication dans le processus de la CSU n'était pas suffisante « *Nous avons participé à un atelier il y a 5 mois mais nous sentions que le Ministère de la Santé ou l'Agence CMU avait déjà fait sa politique et ils voulaient nous l'imposer. On nous met devant le fait accompli.* » **Opérateur privé de mise en œuvre**

LES ACTEURS PAS OU PEU IMPLIQUES

Malgré les efforts d'inclusion évoqués ci-haut, certains groupes d'acteurs ne sont toujours pas suffisamment associés de manière optimale au débat sur la CSU au Sénégal. Il s'agit particulièrement des communautés en raison entre autres de la faiblesse de communication en leur endroit. Certains acteurs estiment que des détenteurs d'enjeu importants précisément du secteur informel ne sont pas bien représentés en raison du fait qu'ils ne seraient pas bien organisés. Les médecins privés semblent aussi n'avoir pas pris toute leur place dans le dialogue sur la CSU à cause entre autres, des difficultés d'opérationnalisation de l'Alliance du secteur et d'un manque d'incitations pour s'engager en faveur de la CSU.

"Il manque des mesures de compensation et de motivation appropriées pour attirer les acteurs du secteur privé à s'investir dans cette implication... Ils n'en voient pas la pertinence ou tout simplement le coût d'opportunité est trop élevé pour eux." **Opérateur privé de mise en œuvre**

Par ailleurs, il est revenu très souvent que les médias, les leaders religieux, les élus locaux, les institutions de microfinance pourraient jouer un rôle très important dans la mobilisation des

ressources pour la CSU. En pratique, ils ne participent pas assez aux efforts du pays dans sa marche vers la CSU.

Les incompréhensions entre les différents acteurs dans la définition de leurs responsabilisations respectives sur les actions à mener envers certains groupes de cibles est sans doute un défi majeur à la collaboration. En effet, la collaboration entre le Ministère du Travail et l'Agence est pour le moment sous-optimale. Les services de tutelle des IPMs estiment devoir travailler pour la couverture du secteur informel mais redoutent que l'Agence considère ce sujet comme une prérogative exclusive. Il faut noter qu'il y a des espaces de collaboration existantes entre l'Agence et les IPMS, notamment la convention entre l'Agence et le Ministère du Travail depuis début 2015, l'appui de l'Agence à l'enquête sur les IPMs et des collaborations le domaine informatique.

D'une manière plus large, les efforts de collaboration multisectorielle doivent davantage expliciter les enjeux de pouvoir, de confiance, d'intérêt, les conflits idéologiques, les divergences dans les cultures organisationnelles etc. qui sont sources de résistance, afin de mieux les gérer pour construire les synergies.

"Nous aimerions travailler avec le secteur informel (artisanat, commerce, etc.) pour pouvoir prendre en charge les travailleurs informels ; Il y a des résistances à cette idée au niveau de l'agence qui pense que le secteur informel est « son bébé ». Pour que cette idée devienne aussi une réalité, il faut mettre en place un système de gouvernance approprié." **Expert technique**

"Il faudrait dialoguer davantage en interne du secteur privé d'abord avec notamment les chirurgiens-dentistes parce que d'une part, il y a un frein au niveau de l'ordre qui voie en l'Alliance du Secteur Privé un concurrent et d'autre part, nous n'avons pas assez communiqué. L'absence de l'Ordre des Médecins dans le bureau de l'Alliance n'a pas plu à certains mais nous estimons qu'il est au-dessous et régule l'ensemble de la profession (Public et Privé). Alors il y a une opacité chez les médecins et les chirurgiens-dentistes. Nos représentations à l'intérieur marchent bien avec des Pharmaciens à leur tête. Mais le problème se pose vraiment à Dakar. Nous aimerons bien travailler avec les mutuelles de santé. Elles ne veulent pas conventionner le privé en raison des tarifs chers. Par ailleurs, ce serait intéressant de travailler avec les services de l'environnement." **Opérateur privé de mise en œuvre**

PERCEPTIONS SUR LA NATURE DES PLATEFORMES EXISTANTES

IL Y A DES PLATEFORMES FORMELLES ET DES PLATEFORMES INFORMELLES

Il existe de nombreuses plateformes formelles et informelles ; celles explicitement dédiées à la CSU et d'autres contribuant indirectement à un ou à plusieurs aspects de la demande, de l'offre ou des déterminants sociaux de la santé.

La SNFS prévoit la mise en place d'un comité de pilotage devant se pencher sur tous les aspects de la marche vers la CSU. Il s'agit de la seule plateforme formelle explicitement dédiée à la CSU. Il sera présidé par le Premier Ministre mais n'est pas encore mise en place. Néanmoins ses missions principales sont d'appuyer la mobilisation des ressources, de veiller à la systématisation des audits et des contrôles, de veiller à l'organisation de revues périodiques sur la base des résultats des rapports techniques et financiers (rapports d'évaluation, exécution budgétaire, fréquentation des services, couverture des groupes cibles, qualité des prestations et niveau de

satisfaction des populations etc.), et d'initier de nouvelles politiques ou des réformes en relation avec la stratégie.

Par contre, il existe une série de plateformes formelles dédiées à des aspects particuliers qui contribuent à la CSU. Le plan national de développement sanitaire PNDS 2009-2018 a mis par exemple en place des cadres de dialogue intra et intersectoriel qui sont les lieux de suivi et d'évaluation de la politique nationale de santé. Il s'agit au niveau central de la Revue Annuelle Conjointe (RAC), regroupant les responsables des services centraux et régionaux du Ministère de la Santé auxquels s'y ajoutent d'autres responsables des ministères impliqués, les partenaires au développement, les collectivités locales, la société civile et les ONG. Le Comité Interne de Suivi (CIS) présidé par le Ministre de Santé réunit des cadres de son département et est occasionnellement élargi aux partenaires. La Mission Conjointe de Supervision (MCS) réunit des techniciens du Ministère de la Santé, ceux des autres départements ministériels, les représentants des collectivités locales, les membres des comités de santé, les représentants de la société civile et des ONGs. D'autres plateformes de dialogue intersectoriel au niveau national contribuent à alimenter les efforts vers la CSU. La plateforme nationale « Une Seule Santé » est coordonnée par un point focal basé à la Primature et rassemble des acteurs du secteur de la santé, de l'Agriculture et de l'environnement. Le comité de pilotage de l'approche « Health in All », ainsi que la plateforme de renforcement du système de santé sont aussi des espaces nationaux formels d'échanges multisectoriels qui contribuent à la CSU.

Au niveau régional, les réunions de coordination trimestrielles regroupent les services régionaux de santé, les districts sanitaires, les membres des comités de santé, les représentants des collectivités locales, des organismes communautaires de base et des secteurs d'appui, les partenaires au développement de la région et du niveau central. Les réunions de coordination mensuelle du district impulsent la collaboration multisectorielle, elles sont élargies aux autres partenaires du niveau local (collectivités locales, secteurs d'appui, organisations communautaires de base, comités de santé, partenaires au développement). Tous ces cadres offrent des opportunités d'échanges autour de sujets relatifs à la disponibilité des services, à l'accès à ces services, à la mobilisation des ressources communautaires, à leur gestion etc. autant d'aspects qui contribuent à la CSU, même si ces plateformes ne sont pas explicitement libellées comme tel. Les membres des comités de santé rencontrés dans les groupes de discussion mentionnent que les plateformes régionales et communautaires existantes ne fonctionnent pas comme il faut.

" Il est prévu la tenue chaque année d'une assemblée générale (AG) au niveau de chaque comité de santé pour discuter avec la population. Dans la réalité des faits, ces AG ne se tiennent presque pas, sauf quand il faut renouveler les membres du comité. Le renouvellement a lieu normalement chaque 2 ans mais le comité actuel n'a pas été remplacé depuis 4 ans." **Leader de la communauté (Groupe de discussion)**

"Il y a le cadre de concertation santé au niveau des maries qui regroupe tous les 3 mois, tous les services de l'Etat tournant autour de la santé. Ce cadre est instauré par un arrêté et sa mise en place dès le départ a été soutenu à l'aide d'un partenariat avec la ville de Lille. Le programme a duré 4 ans (2008 à 2012) et depuis lors rien (par manque de ressources)" **Leader de la communauté (Groupe de discussion)**

Par ailleurs dans la pratique, il existe des cadres d'échange ad'hoc qui rassemblent des acteurs de différentes organisations et de différents secteurs. Les flux d'échange sont par définition, plus difficiles à cerner dans ces cadres ad'hoc. Cependant il semble par exemple qu'un noyau d'acteurs se soit constitué et ait formé une dynamique dont l'efficacité a été indispensable à l'aboutissement du processus d'élaboration de la stratégie.

En définitive, la coordination de ces nombreuses plateformes reste problématique. Les informateurs ont à plusieurs reprises pointé le manque de coordination de tous ces cadres de dialogue, ce qui rend difficile le suivi des recommandations formulées.

LES DYNAMIQUES SOUS-REGIONALES

D'après les personnes interrogées, il y a une perception unanime que les organisations régionales comme l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES), le Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG), la Fédération Ouest Africaine du Secteur Privé, le Réseau de Plateformes d'ONG d'Afrique de l'Ouest et du Centre (REPAOC), les réseaux parlementaires de l'espace CEDEAO pourraient jouer un rôle catalyseur dans la marche en avant vers la CSU. L'influence de ces instances sous-régionales sur les choix des politiques de santé est importante et peut être davantage optimisée. Mais on retrouve dans le discours des chercheurs un appel à l'adaptation active des recommandations et des orientations sous-régionales aux contextes respectifs de chaque pays.

*"L'approche de budget programme développée et introduite dans la sous-région par l'UEMOA est une transformation de la gestion des finances publiques qui aura une influence importante sur la performance de l'administration publique et un impact sur les progrès vers la CSU. Ce type de mouvement régional est très important." **Partenaire technique et financier***

*"L'UEMOA peut jouer un grand rôle d'intégration sanitaire et économique. Plus généralement, les organisations régionales doivent pousser la coopération inter-pays pour lever des ressources additionnelles (taxe sur les billets d'avion, transfert d'argent, etc.) et ainsi s'affranchir de l'aide extérieure. Mais malheureusement, jusqu'à présent, les gens ne voient pas la santé en termes de développement humain." **Chercheur***

*"Oui ! Mais il faudrait activer ces réseaux autour de thématiques plus claires et précises. Par exemple l'OOAS a réussi à harmoniser les curricula de formation en santé dans l'espace CEDEAO, mais on ne voit plus grand-chose, en termes notamment de suivi et d'appui. L'OOAS pourrait aussi aider à élaborer des politiques de santé beaucoup plus cohérentes au sein des différents pays. L'UEMOA a réussi à créer des centres d'excellence mais ne peut-on pas aller plus loin, les monitorer régulièrement et les améliorer ? Pour le CAMES, l'articulation avec l'enseignement et la recherche est claire, mais qu'en est-il des soins de santé, du service à la population ?" **Acteur de mise en œuvre privé***

BARRIERES ET DEFIS A L'AVANCEE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE AU SENEGAL

OBSTACLES TECHNIQUES

LA SOUTENABILITE FINANCIERE DES INITIATIVES D'ASSISTANCE EN COURS N'EST PAS ENCORE GARANTIE.

Malgré une hausse significative (+47,97%) en volume absolu sur la période 2012-2017, les allocations budgétaires en faveur du secteur demeurent faibles. La part relative de la santé est de 8% du budget national alors que le Sénégal comme le reste des pays africains s'était engagé à Abuja en 2001 de le porter à 15%, même si la pertinence de ce taux de 15% nécessite selon certains acteurs académiques une adaptation nationale. Par ailleurs, on note de manière unanime dans le discours des personnes interviewés que les ressources domestiques ne sont pas mobilisées de manière optimale ; la priorité est accordée au fonctionnement courant comme les lignes de paiement de salaire. « *Il s'agit d'un vrai défi car il est important de migrer de l'assistanat des bailleurs vers une plus grande responsabilité du pays en faveur du financement de la santé* » selon un **expert technique**.

Le taux d'exécution pour le budget de fonctionnement dépasse régulièrement 90%, par contre celui du budget d'investissement atteint rarement 70% du fait, entre autres, à cause des contraintes liées aux procédures de décaissement et à la planification des dépenses d'investissement (SNFS).

LA GESTION EFFICIENTE DES RESSOURCES DISPONIBLES EST ENCORE UN DEFI

Tous les profils de personnes interviewés soulignent l'inefficience dans la gestion actuelle des politiques de protection financières gérées par le MEF et l'Agence. La faiblesse du système d'information et de gestion de l'assurance maladie aurait contribué à une situation dans laquelle le contrôle de l'effectivité et de la pertinence des prestations de soins remboursés est presque complètement absent. L'asymétrie d'information entre les payeurs et les prestataires a conduit à des soupçons de prescriptions non nécessaires qui augmenteraient les dépenses de santé selon certains experts techniques du niveau central. Par ailleurs, l'Agence continue de recevoir des factures pour des prestations effectuées au bénéfice des catégories de personnes ne relevant pas de sa responsabilité comme les fonctionnaires retraités qui doivent être pris en charge sur les imputations budgétaires de l'Etat, mais qui en raison de l'âge supérieur à 60 ans, sont facturés pour le compte du plan Sésame. L'Agence est en train d'auditer toutes les factures émises pour s'assurer de l'effectivité des prestations servies avant règlement, ce qui engendre aussi des délais importants dans le remboursement des formations sanitaires et dans l'apport de ressources financières essentielles à leur bon fonctionnement. « *Comme le Président de la République l'a dit, il ne faut pas utiliser la CMU comme une variable d'ajustement* » **Expert technique**

Selon plusieurs experts techniques du niveau central, le manque de ciblage des régimes de gratuité pose un problème d'iniquité d'accès aux soins. Il conduit par exemple à ce que les enfants de 0 à 5 ans dont les parents ont les moyens ou les handicapés détenteurs de la carte d'égalité des chances quel que soit leur revenu, bénéficient de subventions publiques dans un contexte de ressources limitées.

LES RETARDS DE REMBOURSEMENT PLOMBENT LE SYSTEME DES GRATUITES

Des retards dans le remboursement des prestations facturées à la CMU persistent et peuvent atteindre jusqu'à 10 mois entraînant des difficultés de trésorerie qui impactent le renouvellement des stocks de médicaments dans certaines formations sanitaires. Ils concernent principalement

les prestations effectuées dans le cadre des programmes de gratuité et imputables à des difficultés dans la mobilisation des ressources financières mais aussi entre autres aux retards de dépôts des demandes de remboursement, au contrôle d'effectivité des prestations, aux délais dans la transmission et de traitement des factures. Les causes profondes tiennent à des incompréhensions sur le profil des cibles, le contenu du paquet de bénéfice.

En conséquence, comme mentionné par les femmes dans les groupes de discussion, les soins censés être gratuits ne le sont pas dans la réalité :

"Par rapport au plan sésame, le circuit pour en bénéficier est très long. Tu vas souffrir et en fin de compte on refuse de te soigner sous prétexte que l'Etat n'a pas payé ses arriérés. On peut juste te faire quelques pansements ou bandages et tu dois payer tout le reste des soins" **Femme participante d'un groupe de discussion.**

FAIBLE ADEQUATION DU PAQUET AVEC LES BESOINS DES POPULATIONS

Le paquet de bénéfice des mutuelles est perçu comme « un paquet au rabais ». Les mutuelles ne prennent pas en charge les maladies chroniques. Plusieurs acteurs y compris les membres des associations de femmes évoquent le focus perçu comme disproportionné mis sur les maladies infectieuses et les épidémies, au détriment des maladies non transmissibles émergentes (diabète, hypertension artérielle, cancers notamment). La faible attractivité du paquet est plus marquée dans les milieux urbains selon certains acteurs. *"Pour le succès des mutuelles, il faut qu'on fasse attention aux maladies chroniques, qui coutent plus chers et qui constituent maintenant un des besoins de santé importants de la population. ... Nous n'avons pas souscrit à une mutuelle pour les élèves de notre école ici parce que dans les grandes villes comme Dakar, la mutuelle n'a pas de sens. Pour ceux qui ont de l'argent, le paquet que propose les mutuelles est trop basique et n'est pas attractif."* **Opérateur privé de mise en œuvre**

Si l'offre et la demande font l'objet d'une attention clairement exprimée même dans la définition du concept de CSU, une analyse profonde des « besoins » semble avoir été occultée dans les réflexions sur le paquet de bénéfices au Sénégal. On n'observe pas un processus clair et itératif pour l'identification d'une demande rationnelle consensuellement retenue entre les différentes parties en fonction des priorités de santé de la population et des ressources disponibles.

UNE FAIBLE PARTICIPATION DES POPULATIONS AUX MUTUELLES

Le taux d'adhésion aux mutuelles de santé reste faible (environ 17% de la population totale) ; les cotisations sont recouvrées entre 30 et 40%. Selon certains acteurs, *" il manque une véritable prise de conscience nationale pour que tout le monde comprenne l'essence même de la CSU et y contribue réellement selon ses moyens et ses actions de tous les jours (par exemple balayer devant sa cour, ne pas faire de vitesse sur la route, se laver les mains...)"*. Des efforts substantiels sont à mener pour mobiliser la population et l'amener à participer pleinement aux mutuelles et à tout le processus.

PROBLEME DE COORDINATION DES ACTEURS DE LA CSU

Les groupes d'intérêt et de prérogatives sont assez rigides autour de différentes composantes du dispositif institutionnel en place. Tous les profils de détenteurs d'enjeu interviewés estiment unanimement qu'il y a un cloisonnement entre les différents groupes d'acteurs qui gèrent

différents régimes de protection financière et que ceci constitue une barrière importante. « *Il faut que les barrières tombent. Ces barrières sont tenaces parce que chaque ministère est jaloux de ses prérogatives.* » selon un **expert technique**.

LES MESURES INCITATIVES APPROPRIÉES MANQUENT POUR UN VÉRITABLE DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVÉ

La fiscalité (TVA à 18%, imposition à 40-45% des revenus des prestataires individuels et 35% sur le bénéfice des sociétés) et les difficultés d'accès au financement ont été identifiés par les opérateurs privés comme des obstacles à l'épanouissement de leur secteur et leur plein engagement à la réalisation des objectifs publics de CSU. Le climat actuel entre le public et le privé est donc à la méfiance sur certains aspects, nuisible par exemple à la mise en place d'un système d'information sanitaire intégré et exhaustif « *L'état ne peut avoir les vraies données auprès du secteur privé en santé, parce que les acteurs du privé ont peur d'être poursuivis par le fisc* » **Opérateur privé de mise en œuvre**

Aussi jugent-ils injustes, certaines réglementations qui visent exclusivement leur exercice alors qu'elles ne s'appliquent pas aux institutions publiques. A ce sujet, les écoles de formation pensent par exemple que les frais de stage appliqués à leurs étudiants sont pénalisants alors qu'elles contribuent beaucoup à la mise à disposition de ressources humaines indispensables pour l'offre de santé partout au Sénégal.

DES PROBLÈMES DE GESTION DES FORMATIONS SANITAIRES ET DES MUTUELLES

Tous les profils d'acteurs expriment unanimement l'idée que la gestion des formations sanitaires publiques peut être améliorée. Ils dénoncent par exemple le fait que les établissements publics hospitaliers (1 et 2) aient des déficits et dépendent de subventions alors qu'ils ont normalement un statut presque autonome. Les opérateurs de mise en œuvre du secteur privé fustigent plus précisément l'orientation des financements dans les formations sanitaires publiques qui dépenseraient beaucoup d'argent dans les équipements sans prévoir des ressources pour la maintenance. Les leaders de la communauté et les femmes rencontrés dans les groupes de discussion dénoncent particulièrement leur insatisfaction avec la qualité des services de santé mais reconnaissent que les sages femmes font généralement exception et font l'objet d'une grande confiance de la part de la communauté.

Il y a un consensus parmi les détenteurs d'enjeu qui se dégage sur la gestion encore déficiente des mutuelles. Un expert technique pense même que des mutuelles professionnalisées seraient plus efficaces que les organisations mutualistes actuelles « *Les assurances formelles peuvent être moins chères pour leur gestion que les mutuelles communautaires* ». **Expert technique**

OBSTACLES NON TECHNIQUES

LA RÉPARTITION INÉQUITABLE DES RESSOURCES ALLOUÉES

On note une focalisation des efforts sur les grandes villes singulièrement à Dakar au détriment des milieux ruraux. Pour certains « *les différentes politiques mises en œuvre (gratuité, CMU...) sont vouées à l'échec s'il n'y a pas une prise en compte de la dimension équité sociale et géographique. Pourtant ce n'est pas le cas actuellement* » **Chercheur**

L'ACCUMULATION DE FONCTIONS PAR CERTAINS ACTEURS

La concentration des fonctions au sein du Ministère de la Santé est très discutée entre les acteurs de la CSU. D'aucuns pensent qu'elle nuit à la régulation de l'ensemble du dispositif institutionnel et ne permet pas l'exigence d'efficacité maximale de tous les acteurs. *"...ce n'est pas normal que le Ministère de la Santé continue à gérer la CMU... Le Ministère de la santé fait actuellement la production, l'assurance maladie, la régulation, le financement, l'achat et le contrôle. Cela pose problème."* **Expert technique**

LE CADRE LÉGISLATIF DE LA CMU EST EN COURS DE RENFORCEMENT

Quelques experts techniques du niveau central et régional, et des opérateurs publics de mise en œuvre se sont inquiétés que la loi sur la CMU ne soit pas encore passée à l'Assemblée Nationale, ce qui fait que le processus n'est pas encore irréversible. L'avant projet de loi est envoyé au gouvernement pour son adoption en conseil des ministres.

PLUSIEURS RESSOURCES MANQUENT

Les ressources humaines en santé de qualité et bien motivées sont insuffisantes. Il y a actuellement des lacunes au niveau des écoles pour mieux implémenter l'approche par compétence dans la formation du personnel de santé, avec des répercussions sur la qualité des agents formés. Pour cela, les formateurs privés de ressources humaines en santé demandent à accéder à des subventions publiques prévues par la loi pour exécuter une mission d'intérêt général. Par ailleurs, la formation continue des ressources humaines en santé demeure défaillante selon des experts techniques du niveau central et des acteurs académiques. L'information sanitaire doit être améliorée afin de pouvoir suivre en temps réel les indicateurs majeurs et procéder aux ajustements nécessaires du système à temps. L'absence d'un registre d'état civil fiable est aussi un problème fondamental empêchant d'identifier la population. On note aussi l'insuffisance, la vétusté et ou la mauvaise qualité des infrastructures et équipements sanitaires. L'indisponibilité des sources d'énergie et la vétusté des routes entravent l'accès de tous à des soins de qualité.

PERCEPTION SUR LES PRINCIPALES POLITIQUES ET STRATEGIES

UNE COMBINAISON DE MECANISMES AVEC UNE PROGRESSION EN TACHE D'HUILE

Pour progresser vers la CSU selon certains experts techniques, il faudrait nécessairement commencer avec divers mécanismes de financement adaptés aux différentes catégories de population de manière à avoir un fort ancrage quitte à défragmenter plus tard : *"Il faut les mutuelles et autre chose et non les mutuelles ou autre chose. Il faut quelque chose ... avec une logique de diversité des offres, pour que chacun puisse trouver un mécanisme qui lui convient"* **Partenaire au développement.** Cette vision intégrée à terme des différents régimes est différente de celle des experts techniques présents dans les organismes gestionnaires. Ces derniers défendent davantage leurs propres approches qu'il s'agisse des assurances volontaires (au niveau de l'agence), ou de l'assurance obligatoire (au niveau des IPMs).

Lors des échanges avec les experts techniques, les partenaires, les acteurs public et privés de mise en œuvre, on a pu noter en général, une opposition aux politiques de gratuité qui posent selon ces acteurs des problèmes d'équité. Certains acteurs de la société civile, tout en

reconnaissant que la santé a un coût pensent plutôt que la gratuité reste aussi une option valable surtout pour certains groupes de la population comme les femmes enceintes, mais fustigent sa mise en œuvre inappropriée.

L'EXIGENCE DU CIBLAGE

La rationalisation des ressources financières injectées dans les gratuités est une priorité au plus haut niveau et pour ce faire, un meilleur ciblage est indispensable selon les experts techniques. Certains estiment toutefois que l'articulation entre les différents régimes contributifs et non contributifs doit être revue pour plus de cohérence et d'équité sociale. Ils demandent par exemple que les enfants de moins de cinq ans, les personnes âgées de plus de 60 ans ou encore les femmes enceintes opérées pour césarienne, soient affectés aux différents régimes en fonction de leur niveau socio-économique. La gestion de la frustration que cette exclusion est susceptible de générer est un défi qui a été évoqué par un expert technique du niveau central.

LES RETICENCES DE LA POPULATION PAR RAPPORT A L'ADHESION AUX MUTUELLES

Certains politiciens observent que la population n'adhère pas aux initiatives mutualistes pour diverses raisons y compris le manque d'informations sur les conditions d'accès aux services. Dans la pratique, les bénéfices des services sont conditionnés au respect des niveaux de référence-contre référence alors que les populations sont déjà habituées à recourir directement aux hôpitaux en raison de leur perception de la qualité perçue des soins.

Le manque de confiance est un facteur dont il convient de tenir compte. Même ceux qui adhèrent aux mutuelles, ne cotisent pas régulièrement. Il semble que les questions de droit des usagers et de leur capacité à les revendiquer en cas de dysfonctionnements dans la fourniture des services des services de santé sont également à prendre en considération. *" On ne peut pas évoquer l'argument de la pauvreté de la population pour expliquer la faible adhésion aux mutuelles. Peut-on par exemple facilement trouver, de nos jours, un jeune de 18 ans qui n'a pas un téléphone portable qui, pour le moins qu'on puisse dire, engendre des coûts récurrents (il faut recharger des unités). Pourtant les gens sont prêts à supporter de tels coûts mais rechignent au paiement, annuel et généralement modique, de leur adhésion et cotisation à une mutuelle de santé. L'élément fondamental reste donc une question de confiance ! » Chercheur*

LA FAIBLE ATTRACTIVITE POUR LES PRESTATAIRES PRIVES

Pour les prestataires privés, les conditions d'application des politiques publiques de gratuité ne sont pas satisfaisantes car elles n'offrent pas de garantie de rémunération. Et les contrats avec les mutuelles ne sont pas suffisamment attractifs car les tarifs pratiqués sont inférieurs à leurs attentes. *"On ne va pas nous dire de recevoir quelqu'un et après on ne sait pas qui paye. Les mutuelles ne veulent pas venir dans le privé parce qu'ils disent que les privés sont chers, jamais dans les labos privés, presque jamais dans les cliniques, étant donné que les cotisations dans les familles sont très faibles, ils demandent au privé de donner un prix spécial, les gens ne sont pas contre, ce qui n'est pas toujours possible. Les pharmacies ne peuvent même pas faire de prix spécial."* **Opérateur privé de mise en œuvre**

PROCESSUS INCLUSIF DE CONCEPTION DES POLITIQUES POUR LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

LES PROCESSUS DESCENDANTS SONT ENCORE PERCUS COMME PREDOMINANTS

Beaucoup estiment que pour plusieurs décisions à propos de la CMU, la volonté politique est parfois en avant sur les logiques techniques avec certaines politiques développées et promues de manière descendante, sans tenir compte des vraies réalités du terrain. La participation communautaire et des collectivités locales devrait être davantage améliorée. Il n'y a pas vraiment de tribune pour exposer les idées de ceux qui opèrent à la base du système de santé. Les comités de santé pourraient jouer un rôle à ce propos mais leurs capacités sont limitées. « *Il y a des espaces comme les Conseils Régionaux de Développement (CRD) et il y a eu le Forum Santé ... ou la Concertation Régionale sur la Santé Des idées ont été exposées mais on ne sait pas si elles ont été prises en compte. En tout cas on ne voit pas encore d'actions concrètes. On nous écoute, mais nous entend-t-on ?* » **Chercheur**

Les experts techniques considèrent que la prise en compte de leurs points de vue est globalement satisfaisante pour orienter les politiques publiques de santé. Certains évoquent toutefois que cette prise en compte dépend beaucoup du leadership des décideurs en place, certains seraient plus à l'écoute que d'autres. Quant aux opérateurs publics de mise en œuvre, l'attention apportée à la prise en compte de leurs points de vue par les décideurs serait moins forte. Par contre, il y a un fort sentiment des opérateurs privés que l'Etat ne tient pas vraiment compte des avis du secteur et que les conditions pour un dialogue véritable manquent.

Par ailleurs, il y a aussi le sentiment ancré parmi les experts techniques et les acteurs de mise en œuvre publics comme privés et les partenaires que la politique pour le moment a pris le pas sur la technique dans la prise de certaines décisions stratégiques concernant le processus d'avancement vers la CSU en général.

SOLUTIONS ET INNOVATIONS

PERCEPTIONS SUR LES INNOVATIONS AU NIVEAU DU SENEGAL

AU NIVEAU DE LA COLLABORATION MULTISECTORIELLE

Le Sénégal a adopté une démarche particulièrement participative et inclusive pour élaborer sa stratégie de financement de la santé pour la CSU. « *La manière de conduire le processus d'élaboration de la SNFS sur le plan du management, du coaching, de la mobilisation des parties prenantes et surtout l'inclusivité, la multisectorialité, l'engagement autour du processus reste pour nous quelque chose de novateur* » **Expert technique**

Les efforts ont été prolongés par l'organisation d'un forum national de plaidoyer sur la mobilisation des ressources nécessaires à sa mise en œuvre. A cette occasion, chaque groupe de détenteurs d'enjeu a solennellement fait une déclaration publique d'engagement en exprimant sa contribution individuelle pour la réussite de la CSU. La mise en œuvre de la stratégie va bénéficier d'un ancrage politique fort élevé car son comité de pilotage sera présidé par le Premier Ministre et une cellule technique sera spécialement dédiée à son suivi. Un consensus est en train de se mettre en place sur l'idée que les collectivités locales consacreront désormais 9% de leur

budget aux actions de santé. En 2017, un arrêté interministériel 1448 (Santé et Education) a institué le régime d'assurance maladie « CMU-Élève » qui vise l'inscription à terme 3 millions d'élèves. Par ailleurs, la SNFS identifie la responsabilité sociétale d'entreprise comme un moyen additionnel pour financer les régimes d'assurance maladie au profit du secteur formel. Il entend lancer un dialogue actif avec le milieu des entreprises sur ce chantier.

Les partenaires comptent poursuivre leurs efforts d'accompagnement à la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement DAGE pour le processus pour l'allocation des ressources par la DAGE sur la base de critères plus objectifs. De même, ils continuent l'appui technique à la mise en place d'une matrice intégrée de suivi des recommandations formulées par les différentes instances de décision du secteur santé. Cet outil construit autour des piliers du système de santé facilitera grandement la coordination des acteurs.

Dans le domaine de la formation des ressources humaines, l'harmonisation des curricula entre les écoles publiques et privée est en marche. Elle offre l'opportunité d'une plus grande concertation entre le public et le privé pour mettre à disposition les ressources humaines répondant aux besoins du système de santé sénégalais. *« L'uniformisation de la formation publique et privée en santé telle que nous le faisons au Sénégal est une bonne pratique. D'autres pays bloquent l'émergence de la formation privée en santé... Ici, les élèves des écoles privées en santé doivent passer les mêmes examens que les écoles publiques. »* **Opérateur privé de mise en œuvre.**

Ce mouvement est accompagné d'une dynamique de structuration des écoles privées. En effet, celles-ci se regroupent de plus en plus pour former des groupes scolaires dans le souci d'une grande efficacité des ressources dont elles disposent et un renforcement de la qualité de l'enseignement dispensé. *« Comme les salles de démonstration coûtent cher, notre groupe scolaire envisage d'organiser une salle de démonstration commune avec un agenda commun et probablement louer cela à d'autres écoles. »* **Opérateur privé de mise en œuvre.**

Il faut noter l'existence de diverses formes de collaboration entre le public et le privé dans l'offre des services de santé par exemple des conventions cadres entre les hôpitaux public et privés pour la réalisation des examens paracliniques dans le secteur privé. Selon les acteurs du privé cette collaboration pour l'offre des services peut être nettement améliorée.

AU NIVEAU DES ECHANGES ET DE L'APPRENTISSAGE

Le processus d'élaboration de la stratégie de financement de la santé a certes été riche, des ateliers de haut niveau ont été organisés, onze drafts de documents produits, plus d'une trentaine de rapports écrits, près de 80 personnes qui ont porté cette dynamique. Le Ministère de la Santé et ses partenaires envisagent maintenant de documenter ce processus. A partir de Janvier 2018, les acteurs qui l'ont animé, se regrouperont pour revisiter le parcours dans la vision d'une capitalisation de l'approche. Elle aboutira à l'élaboration d'un document susceptible d'être partagé avec d'autres pays.

Aussi le Ministère de la Santé s'investit dans des efforts de recherche afin de disposer des évidences susceptibles de l'aider dans ces choix stratégiques. Il soutient le programme recherche développement CMU (PRD-CMU) qui vient récemment d'être lancé avec l'université Gaston Berger et l'Université de Liège pour les aspects de droit, et l'université de Thiès pour les aspects économiques. Par ailleurs, la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques a lancé le projet de recherche sur le rôle de la mutualité dans la CSU, ainsi que le projet de recherche opérationnel sur le financement basé sur les résultats avec l'appui financier de la Banque Mondiale. Dans sa volonté de mieux encadrer ces initiatives, il y a eu la mise en place, à travers une note du Ministre de la santé, d'un comité scientifique sur la CSU.

AU NIVEAU DE LA REDEVABILITE

Les innovations et les solutions envisagées en matière de redevabilité dans le cadre de la CSU porte essentiellement sur l'amélioration de la communication vis-à-vis des bénéficiaires des services. En effet, certaines organisations en charge de différents aspects de la CSU ont pris conscience du fossé avec lancommunauté à propos de la CSU. Certaines de ces organisations se sont lancées dans l'élaboration de plans de communication qui visent à résorber cet écart. Ainsi l'institution de coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO) créée par le décret 2012-832, s'est emparée des questions de redevabilité des IPMs avec l'élaboration de son plan de communication. L'objectif est de sensibiliser sur le travail qu'effectue l'ICAMO pour que les participants se sentent impliqués dans le processus.

Par ailleurs, l'Agence est en train de développer un plan de communication à la fois stratégique et opérationnelle qui prend en compte tous les volets de la CSU particulièrement l'Assurance Maladie. L'idée est de sensibiliser les assurés sociaux pour l'adhésion et leur contribution mais également rendre compte de ses activités. L'Agence a soutenu le recrutement d'une équipe technique par les unions départementales de mutuelles. Celle-ci est chargée de suivre la gestion administrative, financière et comptable des mutuelles de santé et s'assurer que les subventions publiques soient bien utilisées pour l'atteinte de la politique publique de promotion de la mutualité. En dépit de ces initiatives, le secteur privé réclame la mise en place d'un point focal au niveau de l'Agence qui serait son référent pour une implication précoce dans toutes les actions CSU qui requièrent sa contribution.

PERCEPTIONS SUR LES INNOVATIONS AU NIVEAU REGIONAL

L'idée des mutuelles sociales de l'UEMOA est une occasion ratée selon certains partenaires interrogés. Pourtant elle aurait pu permettre de mieux intégrer la protection sociale avec des mutuelles gérées de manière plus professionnelle.

Concernant l'identification des assurés sociaux, l'Agence CMU a opté, en concert avec le Ministère de l'Intérieur, d'adopter la nouvelle carte d'identité CEDEAO déjà rendue opérationnelle au Sénégal. Elle utilise son système de codification pour harmoniser les procédures d'identification des bénéficiaires et ainsi réduire le coût des investissements puisqu'une base de données existe déjà contenant les informations sur les détenteurs de cette

carte. « On utilise un dispositif déjà existant que l'Etat a acquis. On essaye juste de bâtir des solutions de reconnaissance biométrique sur cette infrastructure. » **Expert technique**

APPROCHE DU PROJET AFRICAN COLLABORATIVE FOR HEALTH FINANCING SOLUTION

Le projet a reçu un écho positif auprès des personnes interviewées lors de la consultation. Elles s'accordent sur l'utilité pour le Sénégal de bénéficier d'un tel soutien tant les trois composantes méritent une attention particulière pour que le Sénégal progresse dans sa marche vers la CSU.

COLLABORATION MULTISECTORIELLE

IMPLIQUER DAVANTAGE LES USAGERS

De manière unanime, tous les acteurs reconnaissent qu'il faut davantage impliquer les prestataires, la société civile, les autorités locales (collectivités locales, leaders religieux) pour que des solutions adaptées aux réalités locales puissent émerger. Parlant notamment des capacités de mobilisation des marabouts « *dès qu'ils ouvrent leur bouche pour soutenir quelque chose, c'est fini* » **Opérateur privé de mise en œuvre**

TRAVAILLER A L'EFFICACITE OPERATIONNELLE DES PLATEFORMES

La plupart des détenteurs d'enjeu estime que les cadres de dialogue existent déjà. L'accent doit maintenant être mis sur leur fonctionnalité et à leur coordination. Pour y parvenir, il faut au préalable asseoir une bonne compréhension des raisons d'être de ces instances. Ensuite il faut favoriser l'identification des synergies, la complémentarité entre les plateformes. Et pour l'animation interne, il est nécessaire d'encourager l'expression libre et continue des participants, la formulation de propositions constructives et veiller à la mise en œuvre des recommandations issues des plateformes.

OPTIMISER LE DIALOGUE INTERSECTORIEL

Enfin plusieurs acteurs pensent que le projet ACS est venu à point nommé pour optimiser la collaboration franche entre les Ministères en charge de la CSU (Santé, Décentralisation, Collectivités Locales) dans l'optique de mobiliser toutes les ressources disponibles et faire avancer le processus. Ils suggèrent toutefois que le projet veille à ce que les Ministères de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur, de la Justice soient davantage impliqués à ce dialogue. Profitant de cette opportunité, il faudra sans doute aborder les vrais problèmes de fond ; entre autres une répartition claire et précise du rôle de chaque acteur, les intérêts et motivations susceptibles de dynamiser le partenariat public-privé.

CULTURE DU PARTAGE, APPRENTISSAGE ET GESTION DES CONNAISSANCES

Il ressort de l'avis des informateurs que le réflexe du partage de connaissances est généralement insuffisant dans les pratiques organisationnelles, comme en témoigne la multiplication d'études identiques dont les résultats ne sont pas partagés.

Par manque d'appropriation de la partie nationale, les initiatives novatrices restent des expérimentations non intégrées au système et non capitalisées. « *On n'a pas une vision globale*

de toutes les stratégies qui sont mises en œuvre et qui doivent aller toutes ensemble vers le renforcement du système de santé » **Partenaire au développement**

Il y a peu d'effort consenti à la documentation des pratiques. Les véritables agendas d'apprentissage sont le plus souvent conduits par les partenaires. A travers les entretiens avec les acteurs de la société civile et des chercheurs, on note qu'il existe une tendance la généralisation des initiatives sans une véritable évaluation et une prise en compte des expériences similaires existantes.

Les acteurs du système de santé sénégalais espèrent surtout un accompagnement méthodologique du projet ACS pour systématiser l'apprentissage interne autour des processus de réformes qu'ils conduisent. Mais ils sollicitent l'accès aux bonnes pratiques existantes dans les pays à contexte similaire sur des préoccupations d'ordre technique. Par ailleurs, les techniciens et partenaires ayant participé à l'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé font remarquer que le Sénégal est en mesure de partager avec les pays désireux d'apprendre de ses propres expériences.

REDEVABILITE

Malgré l'existence de nombreux cadres de suivi et d'évaluation des politiques de santé, les détenteurs d'enjeu conviennent que la redevabilité n'est pas suffisamment ancrée dans les pratiques. En effet, les acteurs n'observent pas toujours une attitude de compte rendu. Les freins résident dans l'inapplication des mesures de transparence même lorsque la législation l'exige comme dans le décret 2010-1812 relatif au contrat de performance applicable aux agences d'exécution. *« Ceux qui prônent la bonne gouvernance sont les premiers à ne pas y souscrire. C'est souvent un slogan utilisé au gré des gens qu'on veut convaincre ».* **Expert technique**

Les personnes interrogées sur le sujet sollicitent du projet ACS, un renforcement des capacités des acteurs non étatiques afin qu'ils jouent un rôle de veille citoyenne. *« Il faut d'abord capaciter la population afin qu'elle soit plus éclairée et plus exigeante. »* **Société civile**

De la manière générale, ils suggèrent dans l'esprit de la coordination des acteurs œuvrant pour la CSU, qu'une cartographie de ces différents acteurs soit réalisée et que les rôles des différentes parties prenantes (gouvernement, partenaires techniques et financiers, secteur privé etc.) soient clairement définis.

DOMAINES PRIORITAIRES D'INTERVENTION

Selon les personnes consultées, le projet ACS est le bienvenu pour soutenir le renforcement de la gouvernance et du stewardship au service de la CSU. Précisément, une majorité d'acteurs espère de manière prioritaire que le projet renforce :

- la collaboration multisectorielle à travers la facilitation et la coordination des plateformes de collaboration,

- l'appui au renforcement de la gestion des connaissances et de l'apprentissage au niveau national (en lien avec le niveau sous régional) à travers la mise en œuvre d'agendas de connaissances en réponse aux besoins identifiés ;
- la construction du leadership des organisations en charge du pilotage de la CSU ;
- le renforcement continu et à la rétention des ressources humaines à différents niveaux de pilotage stratégique mais aussi de mise en œuvre opérationnel et en appuyant la communication stratégique visant à mobiliser de manière optimale les parties les moins impliquées (notamment le secteur privé et la population générale) ;
- le développement et la mise en œuvre du Système d'Information et de Gestion intégrée de la CMU (SIGICMU) ;
- l'appui technique pour l'amélioration de la portabilité de la CMU, le basculement graduel de l'assistance vers l'assurance et le développement d'un système qualité.

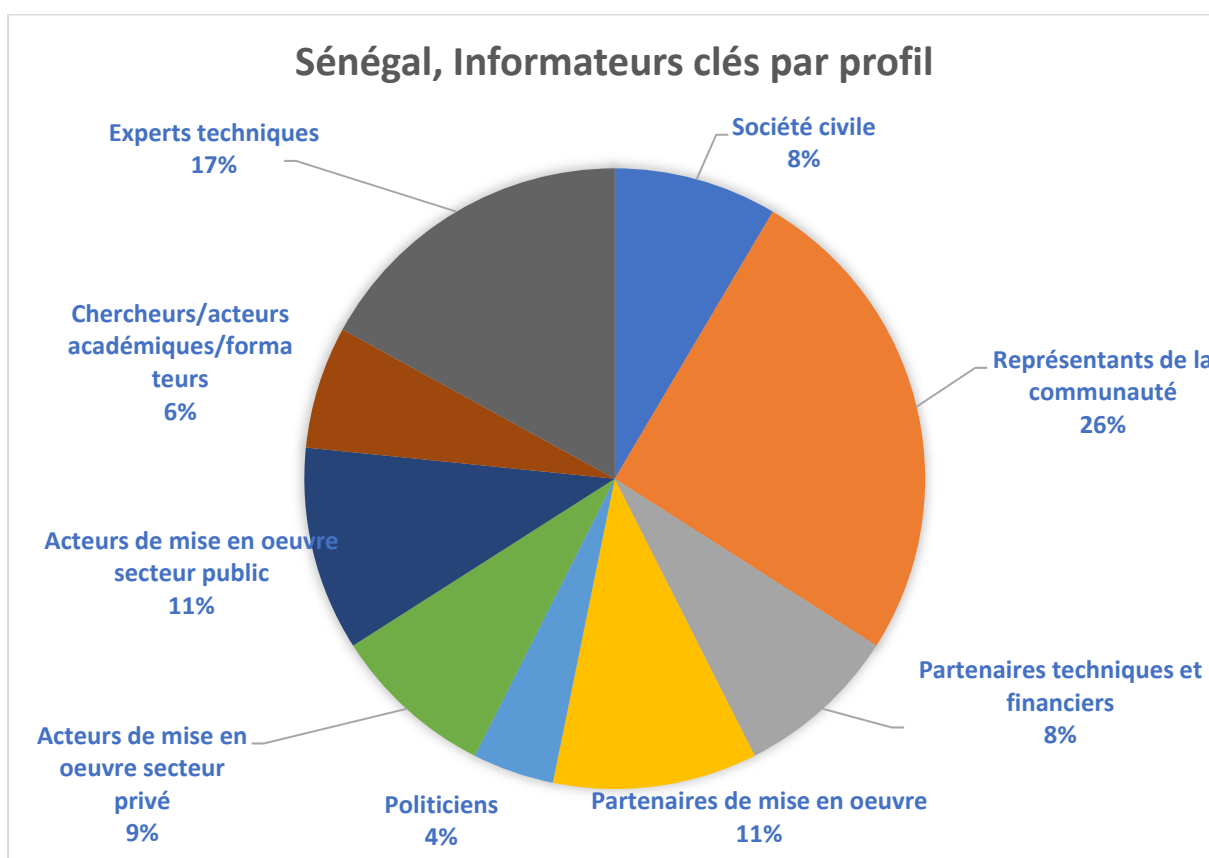
D'autres besoins exprimés incluent l'appui technique à l'amélioration des processus d'allocation des ressources aux différents acteurs de la CSU et à l'amélioration de la gestion financière. Il y a aussi l'appui à l'amélioration de la redevabilité et à la mise en œuvre de stratégies pérennes de financement, l'appui à la prise de décision basée sur les évidences, au suivi-évaluation et à la capitalisation des connaissances issues des différentes interventions en rapport avec la CSU.

DEFIS

Le défi majeur pour le projet ACS envisagé par la majorité des acteurs est l'implication effective des détenteurs d'enjeu clés et l'appropriation du projet ACS. La perception du projet comme un projet USAID avec un manque d'appropriation par la partie nationale y compris par les acteurs politiques pourrait être un défi. « *Je vois mal, un projet venir dire faites ceci faites cela : le projet ne peut faire que créer les conditions du dialogue* » **Expert technique**

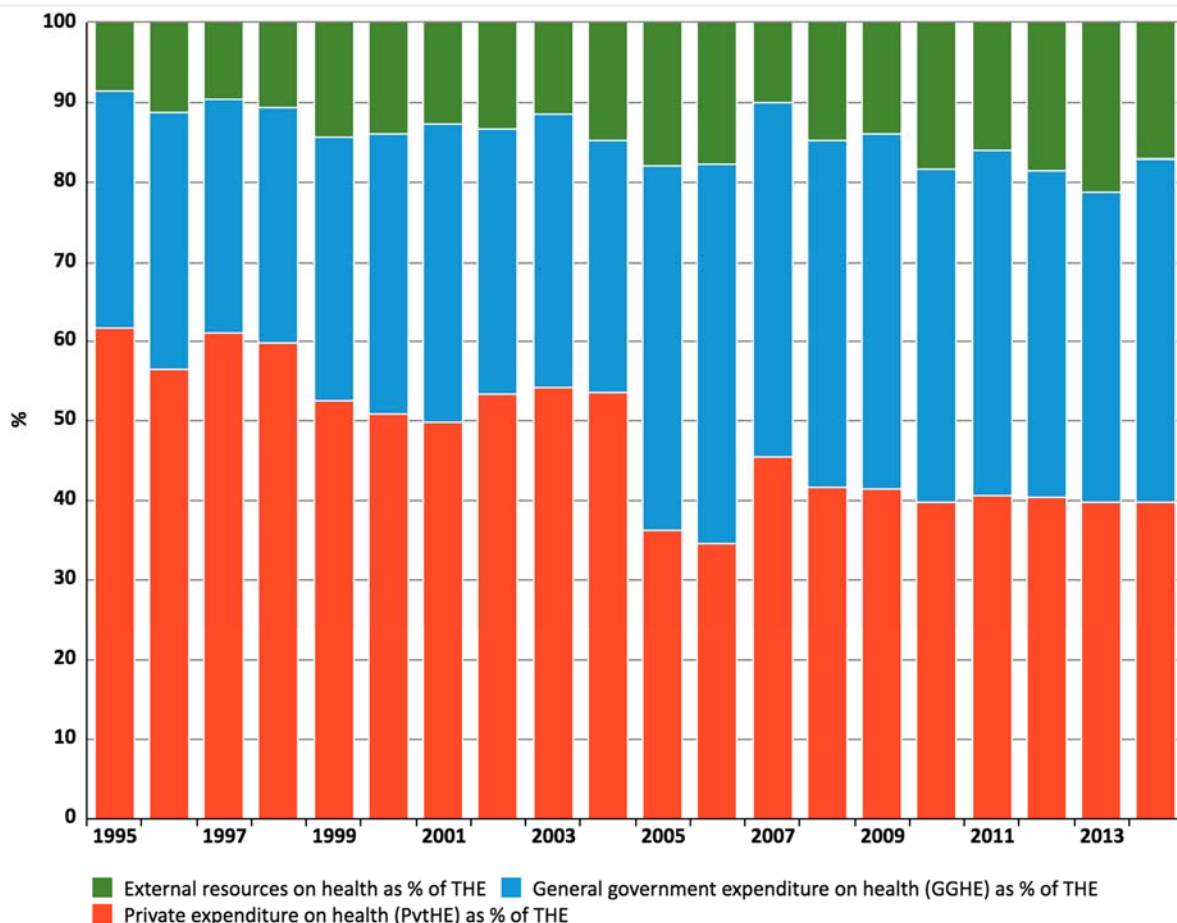
Relativement moins de personnes évoquent les risques liés à un manque de coordination du projet en raison par exemple d'un mauvais choix des facilitateurs du projet et de leur mauvais positionnement dans le système de santé, d'une politisation des sujets d'intervention, du détournement de l'objectif et de l'esprit d'inclusivité initiaux au départ du projet, l'absence de transparence et le manque d'intégration au paysage des intervenants en CSU.

Nous avons rencontré neuf groupes de détenteurs d'enjeu nationaux (politicien, experts technique, partenaire au développement et bailleur, partenaire de mise en œuvre du secteur public et du secteur privé, société civile, chercheurs et acteurs académiques, représentants de la communauté). A travers 38 entretiens semi-structurés et deux groupes de discussion, nous avons impliqué 47 informateurs clés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. 45% de ces informateurs clés sont actifs au niveau opérationnel. Nous avons aussi eu des entretiens avec des acteurs à envergure sous-régionale comme le Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG) et la Fédération Ouest Africaine du Secteur Privé (FOASP).



ANNEXE 2 : RESSOURCES ADDITIONNELLES CLES

Figure 1 : Parts relatives des différentes sources de financement de la Santé au Sénégal de 1995 à 2014[11]



ANNEXE 3 : CHIFFRES MAJEURS SUR LE SENEGAL

Tableau 3: Chiffres majeurs sur le Sénégal

Superficie	196722 Km ²
Population	15 726 037 habitants – Projection 2018 0-14 ans : 41.51% ; 15-24 ans: 20.33% 25-54 ans : 31.19% ; 55-64 ans: 3.98% 65 ans et plus : 2.98%
Population urbaine et principales villes	44.4% Dakar 1075582 habitants, Pikine 874062 habitants, Touba 529176 habitants, Guédiawaye 293737 habitants, Thiès 263493 habitants
Religions	Islam : 95.4%; Christianisme: 4.2% ; Animisme: 0.4% (2010-11 est.)

Tableau 4: Principaux indicateurs de financement de la santé au Sénégal

Indicateurs	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses totale en santé (% du PIB)	4.4	4.3	4.5	4.7	
Dépenses publiques en santé (% du PIB)	2.3	2.2	2.2	2.4	
Dépenses publiques en santé (% des dépenses du gouvernement)	7.8	7.5	7.9	8.0	
Dépenses publiques en santé (% du total des dépenses en santé)	51.6	50.6	49.6	51.8	
Dépenses privées en santé (% du PIB)	2.1	2.1	2.3	2.2	
Dépenses de santé par habitant, Parité du Pouvoir d'Achat (\$ internationaux constants de 2011)	95.4	95.0	101.2	106.9	
Ressources extérieures pour la santé (% des dépenses totales en santé)	18.9	22.5	26.8	20.6	
Risque d'appauvrissement du à des dépenses pour des soins de chirurgie (% de la population à risque)				60.1	
Risque de dépenses catastrophiques pour des soins de chirurgie (% de la population à risque)				49	
Aide Publique au Développement nette reçue (% des dépenses du gouvernement central)	41.7	45.0	38.9	30.8	27.5
Aide Publique au Développement nette reçue par habitant (dollars américains constants)	79.3	78.5	70.4	76.2	58.7
Aide Publique au Développement nette reçue (% des importations de biens et services)	15.1	14.4	12.6	14.0	
APD nette reçue (% du RNB)	7.5	7.7	6.8	7.4	6.6

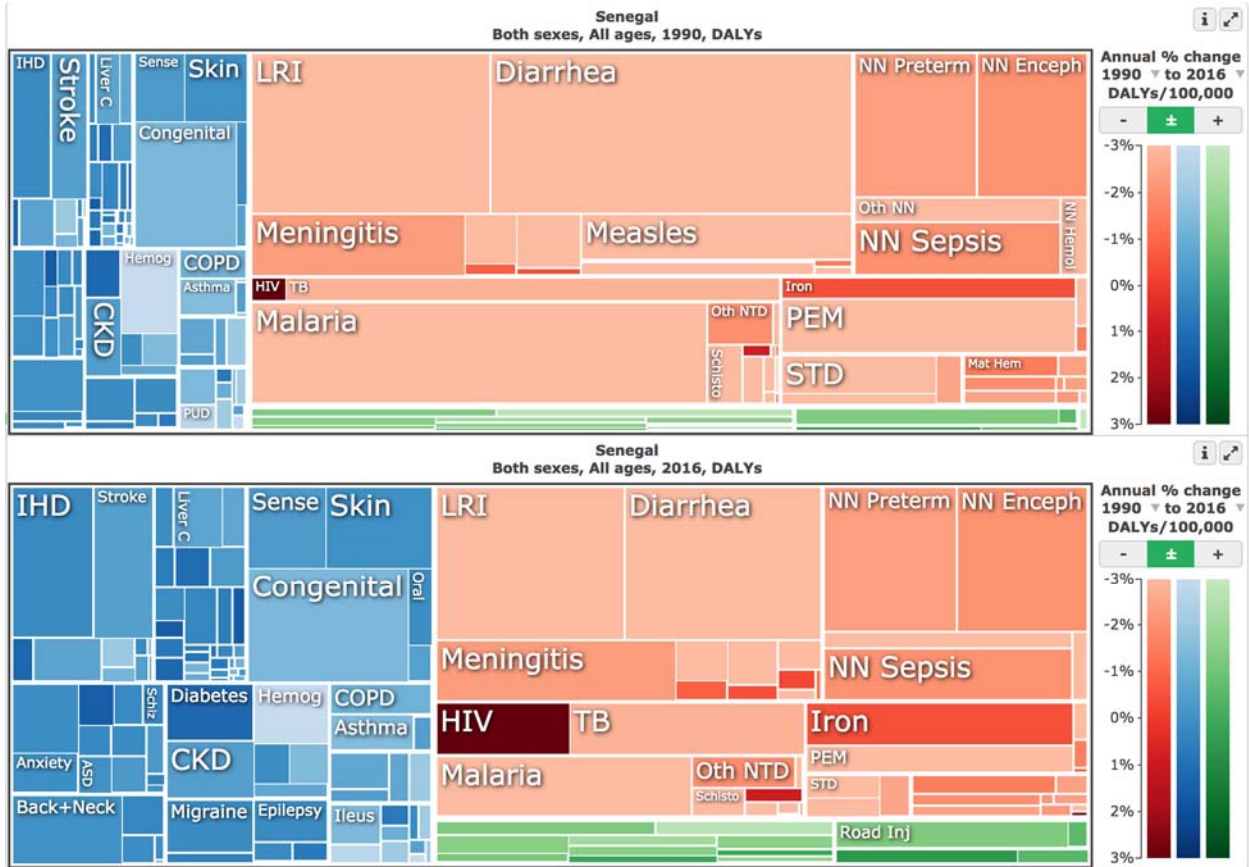
ANNEXE 4: SYNTHÈSE DES DIFFÉRENTS RÉGIMES

Tableau 5: Synthèse des différents types de régimes et de mécanismes concourant à la CSU au Sénégal, 2017

Type de régime	Champ d'application	Nom
Mesures d'assistance	Personnel	Gratuité des soins chez les 0 à 5 ans
		Gratuité des soins pour les personnes âgées 60 ans et plus (Plan Sésame)
	Matériel	Gratuité des césariennes
		Gratuité des dialyses
		Gratuité de la prise en charge du VIH et de la tuberculose
Assurances volontaire ou obligatoires	Personnel	Volet santé des bourses de sécurité familiale: Mutuelle à subvention totale
		Volet santé des cartes d'égalité des chances : Mutuelle à subvention totale
	Personnel	Mutuelles à subvention partielle
	Personnel	Assurances privées
Obligatoires	Personnel	Institution de prévoyance maladie
	Personnel	Caisse de sécurité sociale

ANNEXE 5 : EVOLUTION DU FARDEAU GLOBAL DES MALADIES AU SENEGAL

Figure 2: Evolution du fardeau des maladies au Sénégal de 1990 à 2016



REFERENCES

- 1 République du Sénégal. Plan Sénégal Emergent. Dakar, Sénégal: 2014.
- 2 DRC- PNDS. Plan National De Developpement Sanitaire PNDS 2009 - 2018. Dakar, Sénégal: 2009.
- 3 Diop IL, Koita M, Diop M, El-Khoury M. Cartographie du Secteur Privé en Santé au Sénégal 2016-2017. Bethesda (MD): 2017.
- 4 World Health Organization, The World Bank. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. 2017.
- 5 Service Delivery Indicators Initiative, The World Bank. Service Delivery Indicators Education, Health Senegal. Washington, DC: 2013.
- 6 Ministère de la santé et de l'action sociale. *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017*. Dakar, Sénégal: 2013.
- 7 Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal. Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal. 2011.<http://www.ipres.sn/> (accessed 24 Jan 2018).
- 8 Ministère du Travail, du dialogue social des organisations professionnelles et des relations avec les institutions. Les institutions de prévoyance maladies | Ministère du Travail. 2015.<http://www.travail.gouv.sn/node/57> (accessed 24 Jan 2018).
- 9 GUEYE MA, WADE MA, SARR O, DRAME DIAKHATE NF, NGOM COLY MR, LO M, *et al.* Réactualisation des Statistiques de l'Assurance Maladie Obligatoire à partir de l'enquête sur les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM). Dakar, Sénégal: 2016.
- 10 Caisse de Sécurité Sociale S. Caisse de Sécurité Sociale. 2006.<http://www.secusociale.sn/mission.html> (accessed 24 Jan 2018).
- 11 Knoema. Senegal National Health Accounts, 1995-2014 - knoema.com. 2017.<https://knoema.com/WHONHA2016/national-health-accounts-1995-2014> (accessed 17 Jan 2018).