

Des opportunités pour améliorer le financement durable pour la planification familiale au Sénégal

Elise Lang, Andrew Carlson et
Ulrich Adombi

Résumé

Le gouvernement du Sénégal a la vision d'être un pays à revenu intermédiaire à l'horizon 2035 ; compte tenu de ses contraintes budgétaires, il doit prioriser les secteurs et programmes qui affectent le secteur santé, y compris la planification familiale. Le gouvernement sénégalais demeure dépendant des ressources externes pour financer la planification familiale. En 2017, les ressources externes ont représenté 49% des fonds totaux dépensés dans la planification familiale, soit selon les besoins du Cadre Stratégique National de la Planification Familiale (CSNPF), plus de 6 milliards de CFA en-deçà des besoins pour cette année-là (MSAS, 2018 et 2016). Dans ce contexte, il est essentiel pour le gouvernement du Sénégal d'assumer une plus grande responsabilité dans le financement de la planification familiale afin d'atteindre l'objectif d'un taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) de 45% chez les femmes en union, et d'assurer ainsi la pérennisation du programme (MSAS, 2016).

En janvier 2018, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) a invité des pays africains à une conférence sur le financement pour la planification familiale tenue dans la ville d'Accra afin de discuter des priorités en matière de mobilisation des ressources pour la planification familiale¹. Conformément au plan d'action du Sénégal établi pendant cette conférence, Health Policy Plus (HP+) a collaboré avec la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) pour examiner des options de mobilisation de ressources pour la

planification familiale à travers des investissements catalytiques. Un investissement catalytique est une activité, un programme ou un mécanisme qui exploite les ressources politiques, sociales et financières existantes, et qui incite efficacement les décideurs à augmenter ou améliorer l'allocation des ressources. Avec un groupe technique de parties prenantes de la planification familiale, quatre options ont été identifiées pour la mobilisation de ressources et des investissements :

1. Augmenter la contribution du budget général de l'État pour la planification familiale – particulièrement pour la ligne budgétaire des contraceptifs
 - a. Plaidoyer auprès du gouvernement pour l'augmentation du budget de planification familiale,
2. Augmenter la contribution du budget des collectivités territoriales pour la planification familiale
 - a. Élargir l'initiative de fonds de contrepartie dans un plus grand nombre de régions avec l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF),
3. Renforcer l'intégration de la planification familiale aux directives de l'Agence de couverture maladie universelle (ACMU)
 - a. Créer un environnement politique mandant les mutuelles de santé de l'offre de planification familiale dans le panier de soins d'assurance maladie,
4. Établir une affectation fiscale spécifiquement réservée à la santé, y compris la planification familiale

¹ Pour plus d'informations, veuillez consulter : <http://www.healthpolicyplus.com/FP-SSA.cfm>

- a. Analyser la possibilité d'une affectation fiscale spécifiquement réservée à la santé ou la santé de la reproduction, y compris la planification familiale.

Cette liste d'options possibles pour le Sénégal n'est pas exhaustive, mais indique des pistes identifiées comme des priorités à explorer. Pour l'établir, notre approche a compris la consultation de plusieurs parties prenantes du gouvernement, la société civile et les PTF, la collecte de données quantitatives et qualitatives sur les initiatives existantes et l'impact potentiel des options citées ci-dessus.

La section ci-dessous résume les informations tirées des conversations tenues avec les parties prenantes et des données collectées sur les quatre investissements catalytiques potentiels mentionnés ci-dessus.

1. **Plaidoyer pour l'augmentation du budget du gouvernement** - Le plaidoyer effectif offre un grand retour sur investissement. La société civile au Sénégal a une longue expérience dans l'utilisation de meilleures pratiques pour mobiliser des ressources, particulièrement au niveau infranational (départements, collectivités territoriales). Malgré les autres priorités du gouvernement et le budget interne limité alloué au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) (moins de 5% du budget général annuel de l'État entre 2015 et 2019), les responsables politiques sont réceptifs et appuient le programme de planification familiale. Le plaidoyer ne requiert pas de budget élevé pour être mis en œuvre ; de plus, compte tenu de l'expertise des acteurs sénégalais, cette option est très faisable. Nos analyses montrent que le retour sur investissement peut être de plus de 300% en une année, et que le plaidoyer constitue une stratégie qui peut être utilisée systématiquement.
2. **Élargir l'initiative de fonds de contrepartie** - Une deuxième option pour augmenter le financement domestique pour la planification familiale implique un projet appelé The Challenge Initiative (TCI), financé par

la Fondation Bill & Melinda Gates, et qui a développé une approche innovante pour inciter les collectivités territoriales à s'engager en faveur de la planification familiale. Le projet appuie les maires qui prennent des engagements financiers pour la planification familiale, en leur offrant des fonds de contrepartie et une assistance technique pour la mise en œuvre de programmes de la planification familiale. Le projet au Sénégal a mobilisé 31,4 millions de CFA en fonds domestiques pour la planification familiale. Cependant, le coût des activités visant à impliquer les maires, l'assistance technique elle-même et la gestion des fonds de contrepartie est élevé comparé aux fonds mobilisés par les maires. Par conséquent, l'élargissement de cette approche n'est possible qu'avec le soutien des PTF, ce qui rend plus difficile la mise en œuvre et affecte le retour sur investissement financier.

3. **Renforcer l'intégration de la planification familiale dans l'assurance maladie** - L'intégration complète de la planification familiale dans la mise en œuvre de l'assurance maladie au Sénégal est une troisième option. L'ACMU a élaboré un paquet minimum d'activités et services (PMA) qui devrait être couvert par les mutuelles de santé. Cependant, il n'existe pas de politique obligeant les mutuelles de santé ou les formations sanitaires liées à couvrir ces services pour leurs assurés. Les mutuelles de santé ont beaucoup d'autonomie et quelques formations sanitaires limitent le nombre de fois que les assureurs peuvent utiliser leur carte d'assurance pour couvrir le coût de services sur une période donnée. Si l'environnement politique est modifié de manière à ce que la planification familiale devienne un service couvert, et si les mécanismes appropriés de suivi et redevabilité sont mis en place, le paiement direct des utilisateurs et utilisatrices sera moindre, ce qui permettrait un meilleur accès à la planification familiale.

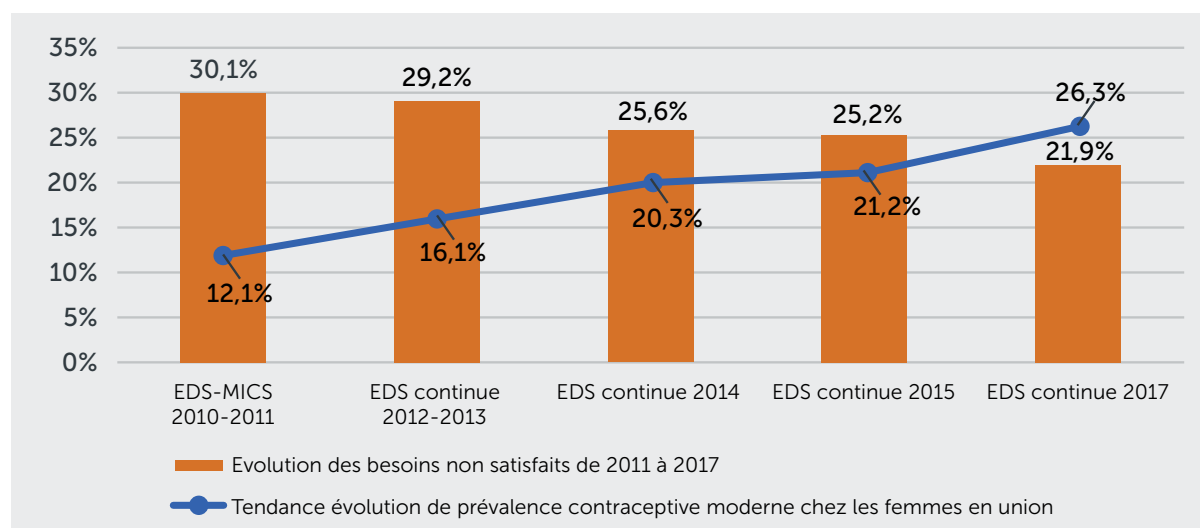
4. Analyser l'option d'une affectation fiscale à la santé, y compris la planification familiale - La dernière option que nous examinons ici est celle d'une affectation fiscale allouée spécifiquement à la planification familiale. Plusieurs exemples d'utilisation d'une affectation fiscale spécifique (et réservée) au financement d'un secteur ou programme existent. Au Nigeria, il existe une affectation fiscale pour l'assurance maladie, et au Guatemala pour la santé de la reproduction, y compris la planification familiale. Malgré des cas de réussite dans d'autres pays, les exemples d'affectations fiscales réservées uniquement à la planification familiale sont limités et tout type d'affectation requiert un soutien politique considérable, particulièrement du Ministère des Finances et du Budget (MFB). Les affectations fiscales restreignent le gouvernement dans sa capacité à distribuer des ressources déjà limitées, et les priorités annuelles ou de chaque administration politique peuvent changer. Cette option est la plus difficile à mettre en œuvre mais son impact potentiel est l'un des plus élevés car de moins de 1% sur les impôts existants pourraient couvrir le coût total des contraceptifs. Selon son niveau, une affectation fiscale pourrait assurer la stabilité et la pérennisation du programme de planification familiale.

En conclusion, le Sénégal a des opportunités pour stimuler la mobilisation des ressources domestiques pour la planification familiale à court et à long terme. Cette analyse suggère de se focaliser sur le plaidoyer aux niveaux national, infranational et auprès de l'ACMU afin d'avoir le plus d'impact possible dans un contexte réaliste. Nous proposons aussi d'autres pistes, dont l'approfondissement d'études sur les barrières qui entravent l'accès aux soins via l'ACMU et sur la faisabilité d'affectations fiscales réservées à la santé et la planification familiale dans le cas où cela intéresserait le MFB.

Introduction

Le Sénégal s'est engagé au niveau régional et mondial en matière de droits de planification familiale. À travers le Partenariat de Ouagadougou en 2011 et sa participation au Sommet de la Planification Familiale organisé à Londres en 2012 (FP2020), le pays s'est fixé l'objectif ambitieux d'atteindre un taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) de 21,2% en 2015 à 45% en 2020 chez les femmes en union (MSAS, 2016). Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) continue de 2017, le TPCm chez les femmes en union a augmenté de manière continue au cours des dernières années, passant de 16,1% en 2012-2013 à 26,3% en 2017 (Graphique 1).

Graphique 1. Évolution du TPCm et des besoins non satisfaits au Sénégal



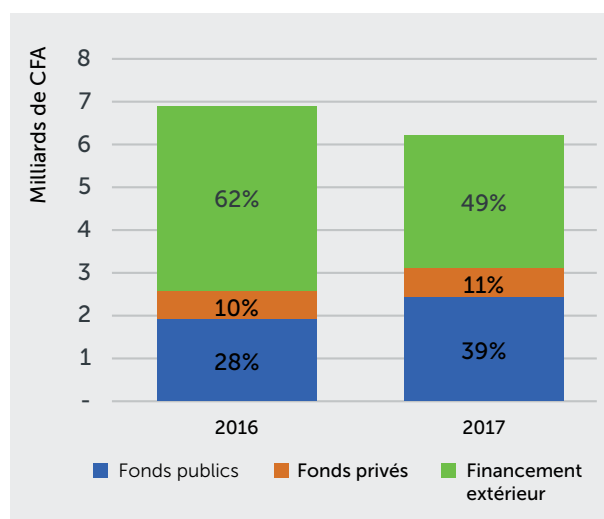
Source : EDS 2011-2017

Malgré cette évolution positive du TPCm, des besoins non satisfaits demeurent chez les femmes en union ; plus d'une femme sur cinq (21,9%) en union a des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (EDS, 2017). Des progrès notables ont été réalisés ces dernières années et le pays s'est fixé comme objectifs pour 2020, dans son Cadre Stratégique National de la Planification Familiale (CSNPF), d'augmenter son TPCm de 21,2% à 45% et de réduire les besoins non satisfaits de 25,2% à 10%. Pour atteindre ces objectifs, la mobilisation de ressources domestiques s'avère nécessaire.

Selon le CSNPF, moins de 3% du Plan d'Action National de planification familiale pour 2012-2015 était financé par l'État et sa contribution ne comprenait que l'achat de contraceptifs (700 millions de CFA sur quatre ans). L'étude de 2018 sur les Ressources et Dépenses de Planification Familiale (REDE PF, 2018) a permis d'identifier au total trois catégories de sources de financement de la planification familiale au Sénégal, à savoir les fonds publics, les fonds privés et le financement extérieur provenant des PTF. Ce dernier constitue une part importante du financement de la planification familiale en 2016 et 2017, à 62% et 49% du financement total, respectivement (Graphique 2). Sur les cinq années, 42 milliards de CFA d'investissement ont été prévus pour atteindre l'objectif, avec un coût moyen de 8,4 milliards de CFA par an (Graphique 3). Ceci indique un écart financier de 6,4 milliards de CFA en 2017 entre les besoins du programme dans son intégralité et le budget effectivement dépensé.

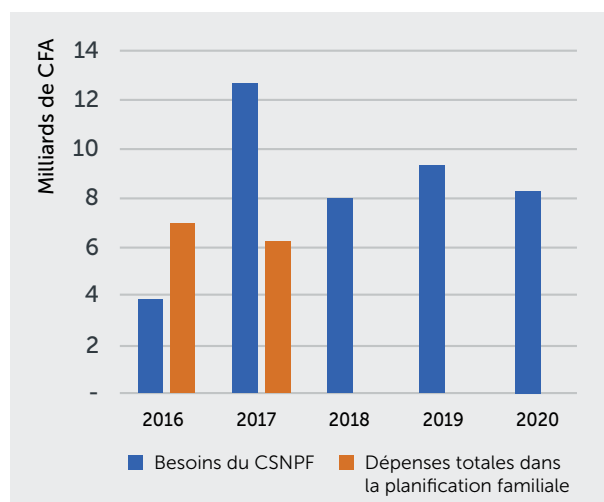
Face aux ressources externes instables et en déclin, atteindre le financement durable de la planification familiale conduit à déterminer des mécanismes de financement durable et à inciter les engagements financiers à travers des investissements catalytiques. Ces investissements à effet catalyseur ont pour but d'encourager la programmation des allocations en faveur de priorités stratégiques clés. Les investissements catalytiques devraient être utilisés pour exploiter des ressources supplémentaires, réduisant ainsi la dépendance vis-à-vis du financement des PTF et s'orientant vers un financement durable des programmes de planification familiale en accord avec

Graphique 2. Structure du financement de la planification familiale en 2016 et 2017



Source : REDE PF 2016-2017

Graphique 3. Besoins financiers pour la planification familiale selon le CSNPF 2016-2020 et dépenses totales dans la planification familiale



Source : CSNPF 2016-2020, REDE PF 2016-2017

le chemin vers l'autonomie (J2SR2²) et la couverture sanitaire universelle (CSU).

Ce document présente quatre options de mobilisation de ressources domestiques et options d'investissement pour la planification familiale au Sénégal, et examine le retour sur investissement ou impact potentiel de chacune d'entre elles.

² https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/J2SR_Fact_Sheet.pdf

Suivant les sujets et points d'action discutés à la réunion de l'USAID à Accra en janvier 2018 sur la mobilisation des ressources pour la planification familiale, cette analyse vise à aider le gouvernement du Sénégal et les PTF à identifier et cibler stratégiquement leurs investissements pour mobiliser plus de ressources domestiques pour la planification familiale.

En collaboration et coordination avec la DSME, notre analyse a commencé par des entretiens avec les informateurs clés de la planification familiale au Sénégal et une revue documentaire. Ceux-ci ont constitué la base de l'analyse situationnelle pour déterminer les sources existantes de financement pour la planification familiale au Sénégal, les réformes de financement de la santé et les opportunités potentielles pour accroître le financement domestique et durable de la planification familiale. Les informateurs clés étaient des membres du personnel de la Direction de l'administration, la gestion et de l'équipement du MSAS ; de l'ACMU ; du Réseau Siggil Jigéen (RSJ) ; de la Direction des impôts et domaines du MFB ; et des PTF.

Après cette recherche qualitative, une réunion a été organisée à la DSME avec les parties prenantes clés de la planification familiale et a débouché sur la priorisation des investissements catalytiques. Au fil des conversations, les parties prenantes ont priorisé quatre options de mobilisation des ressources domestiques pour la planification familiale au Sénégal :

1. Augmenter la contribution du budget général de l'État pour la planification familiale – particulièrement la ligne budgétaire pour l'achat des contraceptifs ;
2. Augmenter la contribution du budget des collectivités territoriales pour la planification familiale ;
3. Renforcer l'intégration de la planification familiale à l'ACMU ;
4. Établir une affectation fiscale spécifiquement réservée à la santé, y compris la planification familiale.

En fonction de ces quatre options, les parties prenantes se sont mis d'accord sur quatre actions permettant de susciter des investissements catalytiques et d'inciter un accroissement des fonds domestiques pour la planification familiale par le biais des options mentionnées ci-dessus :

1. Plaider auprès du gouvernement pour l'augmentation du budget de planification familiale ;
2. Élargir l'initiative de fonds de contrepartie dans un plus grand nombre de régions avec l'appui des PTF ;
3. Créer un environnement politique mandant les mutuelles de santé de l'offre de planification familiale dans leur paquet de soins couverts ;
4. Analyser la possibilité d'une affectation fiscale spécifiquement réservée à la santé ou la santé de la reproduction, y compris la planification familiale.

Ces options ne sont pas une liste exhaustive des opportunités existantes mais ont été identifiées comme des priorités initiales à explorer. Des données quantitatives et qualitatives ont été collectées en vue de compléter la revue documentaire et l'analyse situationnelle, particulièrement pour les indicateurs nécessaires à l'estimation de l'impact de chaque option.

L'analyse présente des limites liées essentiellement à la disponibilité de certaines

Qu'est-ce qu'un investissement catalytique pour la mobilisation des ressources ?

Une activité, un programme ou un mécanisme qui exploite les ressources politiques, sociales et financières existantes et qui incite efficacement les décideurs à augmenter ou améliorer l'allocation des ressources.

Les investissements catalytiques peuvent inclure un éventail d'actions, telles que l'assistance technique, de nouveaux partenariats public/privé et des accords de fonds de contrepartie.

données, c'est pourquoi il n'a pas été possible de calculer le retour sur investissement estimé pour chaque option. Les calculs présentés ici sont des estimations basées sur le postulat que l'investissement réussisse, et ne prennent pas en compte d'autres critères tels que la faisabilité.

Opportunités pour la mobilisation des ressources domestiques et les investissements catalytiques

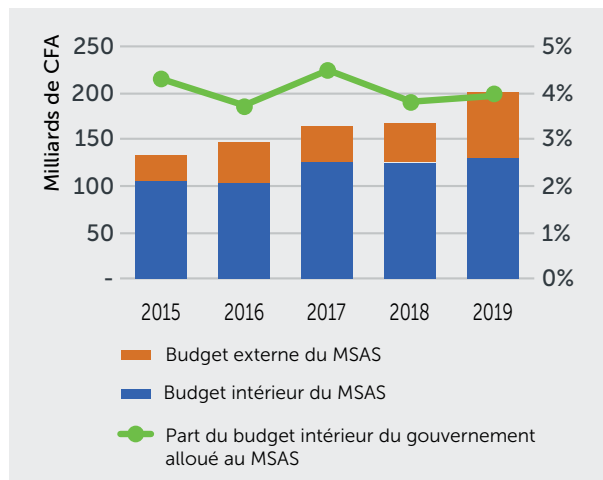
Au Sénégal, la situation de la mobilisation des ressources domestiques pour la planification familiale est préoccupante. La planification familiale est financée en majorité par des ressources extérieures, lesquelles sont en baisse. À l'instar des exemples observés dans d'autres régions du monde, il est important pour le pays d'augmenter sa contribution afin d'assurer l'accès continu des populations à ce service, qui génère de nombreux bénéfices pour la société. La section suivante porte sur la situation actuelle des initiatives de mobilisation de ressources, dans une perspective comparative entre pays, offrant un regard sur sa faisabilité dans le contexte du Sénégal et une analyse du retour sur investissement potentiel si l'investissement catalytique était réussi.

Augmentation de la contribution du gouvernement central à la planification familiale

Plaider auprès du gouvernement pour l'augmentation du budget de planification familiale de l'État

Classé comme pays à revenu intermédiaire inférieur par la Banque mondiale (mais avec l'ambition de rejoindre le rang des pays à revenu intermédiaire supérieur d'ici 2035), le budget intérieur du gouvernement sénégalais est limité mais a augmenté de 35,6%, passant de 2 400 milliards de CFA en 2015 à 3 200 milliards de CFA en 2019. Basés sur les lois des finances, les budgets alloués au MSAS avec des fonds domestiques ont augmenté également de 23%, passant de 104 milliards de CFA en 2015 à 128 milliards de CFA en 2019. Cependant, le pourcentage du budget général

Graphique 4. Évolution du budget du MSAS et pourcentage du budget intérieur du gouvernement alloué au MSAS



Source : Lois des finances rectificatives de 2015, 2016 et 2018 ; Lois des finances initiales de 2017 et 2019

domestique de l'État alloué au MSAS est demeuré en-dessous de 5%.

Le budget de la DSME, chargé des interventions de planification familiale, représentait 8,7% du budget du MSAS en 2017. Le budget de la DSME est attribué au niveau central et il n'a pas été possible de collecter des informations sur la part des fonds de la DSME utilisés pour la planification familiale. La ligne budgétaire pour les contraceptifs absorbe au moins 0,002% du budget du MSAS et l'exécution des fonds totaux (y compris les ressources externes) en matière de planification familiale représentait quant à elle 3,8% du budget du MSAS en 2017. Selon le CSNPF 2016-2020, le programme de planification familiale aurait eu besoin de 9,3 milliards de CFA en 2019, soit presque 3 milliards de CFA de plus que les dépenses totales enregistrées dans la planification familiale en 2017 – dont la moitié a été financée par des ressources externes. Ce besoin représente 42% du budget de la DSME et 4,7% du budget du MSAS, indiquant un gap financier important et une dépendance aux PTF.

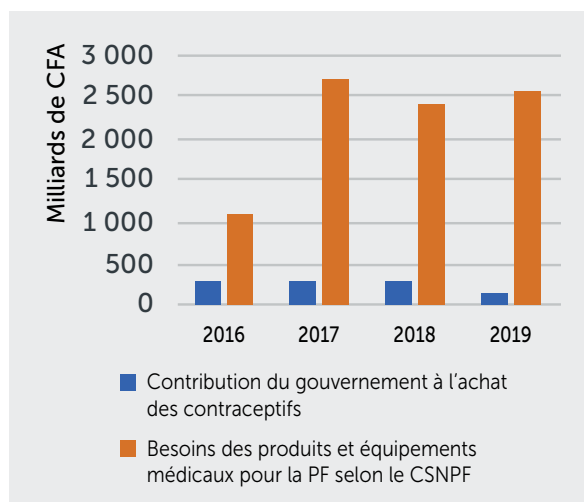
Le gouvernement a introduit une ligne budgétaire spécifique pour l'achat des contraceptifs en 2012. En 2019, ce budget spécifique a diminué considérablement, atteignant un niveau en-dessous du montant

alloué en 2014, en raison d'autres priorités et d'un espace fiscal limité (Graphique 5). Selon le CSNPF 2016-2020, les produits et équipements médicaux pour la planification familiale sont chiffrés à 2,5 milliards de CFA en 2019 et le gouvernement ne couvrirait que 12% et 15% de ces besoins en 2018 et 2019, respectivement.

Étant donné la dépendance des fonds extérieurs pour le financement de la planification familiale et la diminution récente des engagements de financement pour la ligne budgétaire des produits contraceptifs (Graphique 5), l'augmentation de la contribution du gouvernement central à la planification familiale est essentielle pour assurer la durabilité du programme, dans un contexte d'instabilité des fonds extérieurs.

Plusieurs pays, dont le Sénégal, ont réussi à augmenter leur budget gouvernemental pour la planification familiale utilisant des techniques de plaidoyer, comme celles élaborées par Advance Family Planning (AFP)³. Les partenaires d'AFP appliquent une approche de plaidoyer SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement définie) qui a été la clé du succès du plaidoyer en faveur de la planification familiale et de la participation des décideurs locaux et nationaux. AFP soutient également l'Opportunity Fund, créé en tant que mécanisme complémentaire d'octroi de petites subventions pour aider les organisations de la société civile en dehors de l'initiative AFP à saisir des opportunités de plaidoyer déterminantes (AFP, 2016). Ce mécanisme de subventions a permis à trente-et-une (31) organisations locales de la société civile de plaider en faveur de la planification familiale dans dix-sept (17) pays de l'initiative FP2020, ce qui a permis d'obtenir d'importants résultats. Le Réseau Siggil Jigéen (RSJ) au Sénégal travaille avec les maires des collectivités territoriales et est parvenu à établir un engagement de 20,7 millions de CFA au total dans 21 communes en 2017 en faveur de la planification familiale.

Graphique 5. Budget annuel de la ligne budgétaire pour les contraceptifs comparé aux besoins annuels identifiés dans le CSNPF



Source : CSNPF 2016-2020, SIGIF 2016-2019

Pour inciter une augmentation du budget de la planification familiale, le plaidoyer ciblé est une activité catalytique permettant de convaincre le gouvernement de prendre un engagement financier concret pour la planification familiale, avec une approche ciblée sur le MFB (autant les acteurs de la programmation que ceux de l'exécution des dépenses) et le MSAS. Des activités de plaidoyer pourraient comprendre l'élaboration d'outils de plaidoyer, comme des dépliants politiques, avec des chiffres projetant les impacts sanitaires et économiques pour le pays, pour informer les décisions politiques. Ce plaidoyer doit viser l'engagement des dirigeants au gouvernement, dont le MSAS, le MFB et les autres ministères impliqués dans la santé de la reproduction, ainsi que les parlementaires, la société civile et les PTF. Dans nos analyses, hors solde (frais des ressources humaines), les activités de plaidoyer sont estimées à 150 000 USD ou 86,7 millions de CFA par an⁴. Notre modèle montre que si ces activités entraînaient une augmentation de la ligne budgétaire des contraceptifs à 500 millions de CFA par an (de 117 millions de CFA pour l'année 2019), le retour sur investissement serait de plus de 300%.

³ Advance Family Planning (AFP) est une initiative lancée en 2009 par l'Institut Bill & Melinda Gates pour la Santé de la Population et de la Reproduction à l'École de Santé Publique Bloomberg de l'Université de Johns Hopkins.

⁴ Taux de change annuel de xe.com . \$1 = CFA 578,53 (au 1er juillet 2019)

L'approche de plaidoyer est très faisable. Malgré les contraintes budgétaires du gouvernement sénégalais, le pays vise à réaliser la CSU et est engagé à augmenter sa contribution interne au budget de la santé. Le Sénégal bénéficie par ailleurs d'acteurs de la société civile très actifs, par exemple, le RSJ. Dans ce contexte, le plaidoyer pour l'augmentation du budget de la planification familiale est une grande possibilité avec une perspective favorable sur le long terme puisque le pays avance vers la CSU.

Augmentation de la contribution des collectivités territoriales pour la planification familiale

Élargir l'initiative de fonds de contrepartie dans plus de régions avec l'appui des PTF

Étant donné les tendances budgétaires au niveau central, il n'est pas étonnant que les instances de gouvernement infranationales et territoriales ne contribuent que peu au financement de la planification familiale. En 2012, le Sénégal a introduit l'acte 3 de sa politique de décentralisation, qui donne plus de pouvoir et autonomie aux niveaux infranationaux. L'acte souligne que la santé est une compétence transférée aux collectivités territoriales (mairies et départements), ce qui leur confère les compétences suivantes : (1) la construction, la gestion, l'équipement et l'entretien des postes de santé, maternités et cases de santé ; (2) l'organisation et la gestion des secours au profit des nécessiteux ; (3) la gestion, l'équipement et l'entretien des centres de santé ; (4) la mise en œuvre des mesures de prévention et d'hygiène ; et (5) le recrutement et la mise à disposition du personnel d'appui (République du Sénégal, 2013). Par conséquent, des politiques nationales sont déjà en place et désignent les responsabilités des dirigeants des collectivités territoriales pour assurer l'accès aux services de santé essentiels, y compris la planification familiale.

Pour augmenter l'engagement des collectivités territoriales dans le financement de la planification familiale, le projet The Challenge Initiative (TCI), financé par la Fondation Bill & Melinda Gates, vise à inciter les contributions à la planification

familiale à travers une approche de fonds de contrepartie. Le projet a commencé en 2010 et est mis en œuvre dans quinze (15) pays⁵ en Asie et Afrique, dont le Sénégal. L'initiative apporte des fonds de contrepartie aux administrations municipales qui ont choisi de prendre des engagements en matière de planification familiale, encourageant ainsi les maires à s'impliquer. Les intéressés, soit les maires/ administrations municipales, doivent soumettre un Dossier d'Expression d'Intérêt (DEI) au projet et fournir des preuves de leur volonté politique, de leur capacité en ressources financières et humaines, et proposer des idées pour relever les principaux défis de la planification familiale dans leurs communautés. À la suite de l'accord signé entre les deux parties, TCI et la ville travaillent ensemble pour concevoir un programme dans lequel les interventions sont choisies parmi un menu d'options à haut impact. Dans le cadre de cet accord, les maires et les administrations municipales doivent s'engager à augmenter le financement de la planification familiale pour pouvoir bénéficier de la subvention de contrepartie.

Au Sénégal, depuis 2019, TCI travaille dans trois villes, à savoir Kolda, Nioro et Ziguinchor. Le Tableau 1 ci-dessous résume les contributions territoriales engagées, mobilisées et dépensées. Nous constatons que même si la subvention de contrepartie a réussi à catalyser les engagements des gouvernements locaux, il s'est avéré difficile pour les responsables de tenir leur promesse et mobiliser effectivement l'intégralité de leurs engagements.

Le projet de TCI a calculé un investissement estimé à 6,5 millions de CFA pour inciter les maires à signer les lettres d'engagement et 4,25 millions de CFA par an pour appuyer les trois villes en matière de suivi et d'assistance technique. La modélisation ne montre pas de retour sur investissement, compte tenu des grands investissements à l'avance nécessaires et les fonds de contrepartie totaux. Les villes ont effectivement mobilisé autour de 25% des investissements engagés. Cependant, même si

⁵ Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Kenya, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, Sénégal, Tanzanie, Togo, Ouganda et Inde.

Tableau 1. Résumé de l'engagement de trois villes pour TCI, en USD (millions de CFA)

Ville	Fonds de contrepartie de TCI	Contributions territoriales engagées		Contributions territoriales mobilisées 2018		Contributions territoriales mobilisées 2019*		Total mobilisé	
		Espèce	Nature	Espèce	Nature	Espèce	Nature	Espèce	Nature
Kolda	\$54 051 (30,3)	\$24 669 (13,8)	\$3 270 (1,8)		\$4 166 (2,3)	\$15 970 (9,2)	\$2 555 (1,5)	\$15 970 (9,2)	\$6 721 (3,8)
Nioro	\$87 500 (49)	\$22 898 (12,8)	\$5 890 (3,3)	\$11 111 (6,2)	\$3 824 (2,1)		\$2 370 (1,4)	\$11 111 (6,2)	\$6 194 (3,5)
Ziguinchor	\$227 688 (127,8)	\$29 630 (16,6)	\$131 191 (73,6)			\$9 259 (5,3)	\$5 601 (3,2)	\$9 259 (5,4)	\$5 601 (3,4)
Total	\$369 239 (207,2)	\$77 197 (43,3)	\$140 351 (78,8)	\$11 111 (6,2)	\$7 990 (4,5)	\$25 229 (14,6)	\$10 526 (6)	\$36 340 (20,8)	\$18 516 (10,6)

*taux de change annuel de xe.com. \$1 = CFA 561,13 en 2018 ; CFA 578,53 en 2019.

*Jusqu'à le 31 Mars 2019

les villes avaient mobilisé toutes les ressources engagées, cela n'aurait pas de grand effet sur le retour sur investissement (Engagement des maires= \$11 584 ; Fonds totaux de contrepartie TCI = \$369 239 ; Assistance technique de TCI : \$7 574 ; Contributions territoriales engagées = \$54 856).

Bien qu'il ait été difficile d'assurer que les ressources promises par les maires soient vraiment mobilisées et dépensées, l'approche de fonds de contreparties a réussi à augmenter l'engagement des municipalités allant de 0 à 31,4 millions de CFA. Néanmoins, cette approche est seulement faisable avec l'appui financier continu et l'assistance technique des PTF. Il est impossible de calculer la probabilité des mairies de continuer leur appui financier à la planification familiale sans l'incitation de fonds de contrepartie, faute de données et compte tenu de la courte durée sur laquelle le projet a été mis en œuvre sur le terrain. Pourtant, le gouvernement sénégalais pourrait s'inspirer de l'approche TCI pour établir une stratégie de co-financement similaire avec les collectivités territoriales afin de catalyser leur engagement pour la planification familiale.

Renforcer l'intégration de la planification familiale à l'ACMU

Créer un environnement politique qui mandate les mutuelles de santé de l'offre de la planification familiale dans leur paquet de soins couverts

En 2015, le gouvernement du Sénégal a établi l'ACMU. L'Agence assure la mise en œuvre de la stratégie nationale de couverture maladie universelle et a pour but d'étendre la couverture d'assurance maladie communautaire à tous les citoyens (100%) sénégalais des communautés (Wright, 2016 ; ACMU, 2016). L'une des stratégies employées par l'ACMU pour y parvenir consiste en la promotion et l'appui aux mutuelles de santé communautaires. Les mutuelles de santé remboursent partiellement les coûts des services et des produits de santé couverts dans les paquets de soins établis par chaque mutuelle. Ces remboursements sont financés partiellement par les primes des assurés et par les contributions de l'ACMU. La cotisation annuelle par assuré est de 7000 CFA (~12 USD). Il existe deux types de subventions pour l'affiliation des particuliers à l'ACMU : une subvention couvrant 100% de la contribution et destinée aux bénéficiaires du Programme National de Bourses de Sécurité Familiale ; l'autre ne couvrant que 50% de la contribution et destinée aux travailleurs du secteur informel qui ne bénéficient actuellement d'aucune assurance maladie (contrairement aux travailleurs du secteur privé formel). Le budget de l'ACMU en 2018 était de 15,8 milliards de CFA (~28 millions de USD), auquel le gouvernement et l'Agence française de développement (AFD) ont contribué à hauteur de 88% et 12%, respectivement (ACMU, 2018). L'adhésion des assurés à l'ACMU a largement augmenté

depuis sa création : l'adhésion des assurées aux mutuelles affiliées à l'ACMU a également connu une croissance et le taux de couverture de la population par les mutuelles est passé de 5% en 2015 à 19% en 2017 et 2018. Il existe 676 mutuelles dans le pays (ACMU, 2018).

Depuis quelques années, l'ACMU a élaboré le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Le PMA comprend un ensemble de services de santé que l'ACMU recommande comme paquet de base à toutes les mutuelles de l'ACMU. La consultation et les méthodes de planification familiale sont incluses dans le PMA, mais aucune politique n'oblige l'intégration des services de planification familiale, ni d'autres services, dans les paquets de soins couverts. Les mutuelles sont autonomes et sont ainsi autorisées à élaborer leurs propres paquets de soins. De plus, des obstacles existent au niveau des mutuelles et des structures de santé qui empêchent les utilisateurs assurés de faire valoir leur carte d'assurance pour les dépenses de planification familiale (Voir encadré 1).

L'assurance maladie peut représenter une option importante pour offrir une protection financière aux utilisateurs et utilisatrices, notamment les populations pauvres, et améliorer ainsi l'accès à la planification familiale. Une étude sur l'engagement pour l'égalité estime que 70% des adhérents de l'ACMU qui payent 100% de la cotisation font partie de la population appartenant à la tranche 50% inférieure de la distribution des revenus (Banque mondiale, 2018). En revanche, près de 50% des bénéficiaires des dépenses dans les services de santé publique font partie de la population dans la tranche 40% supérieure. Ces constats suggèrent que la prestation des services de santé, telle que la planification familiale, par le biais de l'ACMU profite davantage aux pauvres qu'aux non-pauvres, bien que le contraire soit vrai pour la prestation des services de santé par le biais des finances publiques. Ainsi, les investissements publics dans l'ACMU peuvent avoir un plus grand impact sur la réduction de la pauvreté que les dépenses générales de santé au Sénégal. Au Sénégal, 86% des utilisatrices accèdent déjà aux services de planification familiale dans le secteur public (EDS 2017).

Encadré 1. Deux défis de la couverture de la planification familiale sous l'ACMU

1. En réponse à une augmentation de l'utilisation des services santé après la création de l'ACMU, *certaines mutuelles ont limité l'usage de chaque carte d'assurance à deux fois par mois*. Par conséquent, les adhérents préfèrent utiliser leurs cartes d'assurance pour les frais médicaux les plus onéreux tels que la dentisterie, en délaissant la planification familiale et d'autres services moins coûteux.
2. *Certaines formations sanitaires refusent les cartes d'assurance pour les consultations et méthodes de planification familiale*. Cela peut s'expliquer par des faiblesses administratives, de longs délais dans le traitement des remboursements et un manque de rentabilité pour les formations sanitaires.

L'intégration efficace et effective des services de planification familiale et d'autres services de santé aux paquets de soins de l'ACMU peut servir à promouvoir la réduction de la pauvreté chez les utilisatrices.

La majorité des pays d'Amérique latine offrent une large gamme de services et méthodes de planification familiale dans le cadre de mécanismes d'assurance maladie nationaux ou sociaux. Le Chili, par exemple, a inclus la planification familiale au panier de soins de ses mécanismes d'assurance maladie et offre ces services à la majorité de la population sans risque de barrière financière (Voir encadré 2). L'exemple du Chili nous montre que l'inclusion de la planification familiale au panier de soins n'est pas suffisante pour assurer l'accès de toute la population, particulièrement les indigents, mais demeure néanmoins une étape importante. Créer un environnement politique favorable à la planification familiale dans le cadre de la CSU est un investissement catalytique pour inciter davantage l'utilisation

Encadré 2. Assurance maladie et planification familiale : l'exemple du Chili

Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes offrent des exemples réussis de systèmes de financement subventionnés par le gouvernement qui intègrent la planification familiale pour parvenir à la Couverture sanitaire universelle (CSU). Le Chili, par exemple, bénéficie d'une assurance maladie quasi-universelle et d'un soutien de longue date aux services de planification familiale financés par l'État. Le Chili investit dans deux principaux mécanismes de financement, le Fonds national de santé (Fondo Nacional de Salu, ou FONASA) et les Institutions de santé prévisionnelle (Instituciones de Salud Previsional, ou ISAPRES) (qui couvrent respectivement 76 et 17% de la population), qui couvrent toutes les principales méthodes de contraception. En outre, à l'exception de la stérilisation, toutes les cliniques de soins de santé primaires fournissent la planification familiale gratuitement aux membres du système, sans supplément de participation pour les produits ou services. Pourtant, si des progrès ont été réalisés en termes de couverture de la population, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale demeurent de l'ordre de 13%. La quasi-totalité des habitants du Chili ayant accès à une assurance maladie, le pays doit maintenant s'attaquer à d'autres obstacles entravant l'accès à la planification familiale, notamment en réduisant les obstacles non-financiers et en offrant des services adaptés aux jeunes pour améliorer l'accès des adolescents (HP +, 2016) (Fagan et al, 2017).

de la planification familiale. Depuis son établissement, l'ACMU accorde une grande autonomie aux mutuelles pour instituer leurs propres politiques et accords avec les structures de santé. En revanche, cette flexibilité risque de générer des inégalités d'accès aux services de santé essentiels entre différentes populations, y compris pour la planification familiale. Au Sénégal, le TPC est plus bas chez les adolescentes et les personnes vivant en milieu rural et en situation de pauvreté (Cavallaro, 2017). L'ACMU devrait mettre en œuvre des efforts pour obliger les mutuelles et les formations sanitaires à fournir les services du PMA, y compris la planification familiale, dans leurs paquets de soins offerts sans limitation.

Dans le même temps, il est important d'envisager d'autres interventions et appuis nécessaires pour surmonter d'autres barrières et inciter les prestataires à offrir ces services. Par exemple, renforcer les compétences des agents des mutuelles et des prestataires, ainsi que la capacité des mécanismes de remboursement des prestataires pour le rendre plus rapide. De plus, passer de 'la rémunération à l'acte' (ou « fee-for-service ») à la capitation (ou par client) motivera les prestataires à augmenter leur nombre des

patients et patientes adhérant à la mutuelle. Selon la capitation, l'assureur prévoit un taux d'utilisation périodique d'un ensemble des services. Au début de la période, l'assureur transfère un paiement conforme au taux d'utilisation prévu pendant la période égale aux remboursements calculés. En revanche, la rémunération à l'acte nécessite une démarche administrative entre le prestataire et l'assureur après consultation de chaque adhérent, ce qui entraîne souvent une lourde charge de travail et un certain délai de remboursement, parfois assez long.

Le gouvernement du Ghana est parvenu à atténuer la charge administrative de son régime d'assurance après avoir introduit la capitation dans une région du pays (Opuku et al, 2014). Au Sénégal, un mécanisme tel que la capitation peut rendre plus efficace le processus de remboursement (et la charge de travail administratif) et générer une motivation d'efficacité pour les mutuelles et les structures de santé en les incitant à rendre plus disponibles les produits de planification familiale.

La proportion des structures de santé confrontées à ces barrières n'est pas connue et nécessite une autre étude. Par conséquent,

pour démontrer l'impact potentiel de l'inclusion complète de la planification familiale à l'ACMU, nous avons exploré l'impact financier des centres de santé et des hôpitaux offrant des services de planification familiale sous l'ACMU selon trois scénarii modélisés pour l'année 2020 (Graphique 6). Le premier scénario part du postulat que les assurés peuvent acheter les méthodes de planification familiale (toutes méthodes confondues) à des prix couverts par les mutuelles seulement dans 25% des structures de santé. Le deuxième et le troisième scénario se basent sur l'hypothèse de pourcentages de 50% et 75%, respectivement. Les barres bleues dans ces scénarii (voir Graphique 6 ci-dessous) représentent les paiements directs engagés par les assurés pour les méthodes de planification familiale couvertes. La modélisation des remboursements des mutuelles aux structures de santé pour les ventes des méthodes et les consultations de planification familiale couvertes sont représentés par les barres orange⁶. Selon le premier scénario, dans lequel les services de planification familiale couverts par une assurance sont dispensés par seulement 25% des formations sanitaires, nous remarquons que les paiements directs (de la poche des patients) sont quatre fois plus élevés que les remboursements des mutuelles (454 millions de CFA vs. 114 millions de CFA). L'écart entre les dépenses est moindre

⁶ Dans les calculs de cette section, nous partons du postulat que la pilule, l'injectable, l'implant, le DIU et la consultation en planification familiale sont inclus dans les paquets de prestation.

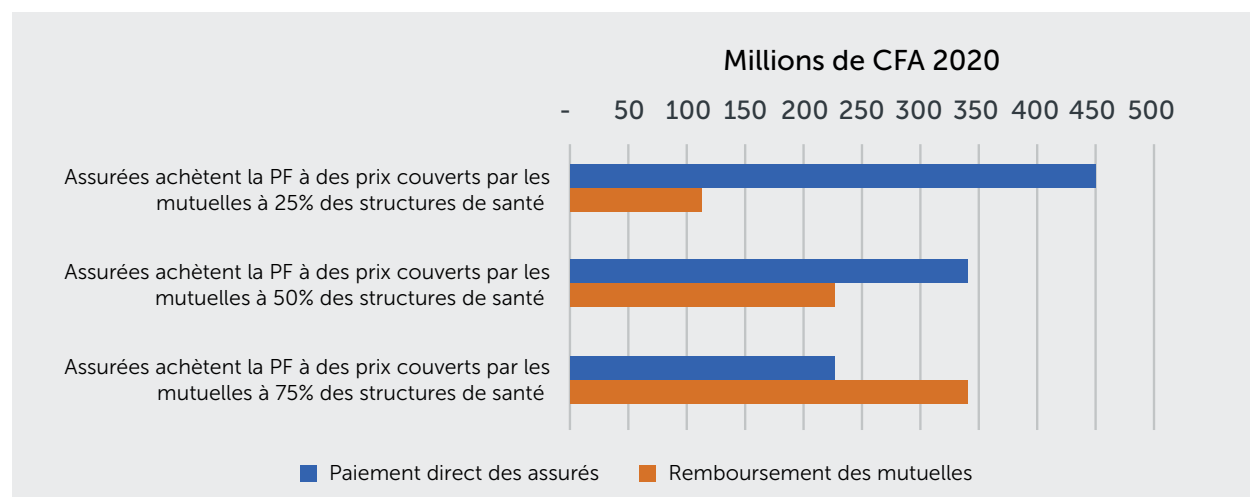
dans les deux autres scénarii. Selon le scénario impliquant moins de barrières, où la planification familiale est couverte dans 75% des formations sanitaires, les remboursements des mutuelles dépassent les paiements directs de 50%, minimisant le paiement direct des utilisateurs et utilisatrices et évitant de limiter l'accès pour des raisons financières. Par ailleurs, ces remboursements sont trois fois plus élevés que l'allocation du budget central dédié aux contraceptifs en 2018 (341 millions de CFA vs. 118 millions de CFA). Les sources de ces remboursements comprennent principalement les primes d'assurance des assurés des mutuelles et les subventions de l'État. On peut conclure de ces estimations qu'un investissement dans la réduction des barrières permettrait de réduire les paiements directs des utilisateurs et d'améliorer l'égalité d'accès à la planification familiale.

Établir une affectation fiscale dédiée à la santé, dont la planification familiale

Analyser l'option d'une affectation fiscale dédiée à la santé ou la santé reproductive, y compris la planification familiale, provenant de taxes spécifiques

Il n'y a pas actuellement des recettes d'impôts ciblés dont un pourcentage soit affecté systématiquement à la santé au Sénégal. Les parties prenantes restent ouvertes à l'idée d'explorer l'impact financier d'une telle

Graphique 6. Modélisation de la répartition estimée des dépenses dans la planification familiale en 2020, en millions de CFA



affectation, mais ne sont actuellement pas certaines de sa faisabilité. Plus de discussion avec les parties prenantes, dont celles du MFB, et une étude sur la faisabilité des options pourrait être une activité nécessaire pour examiner cette option plus en profondeur.

On compte plusieurs exemples d'affectation de ressources pour la santé en général, ou pour des programmes de santé spécifiques, dont les taxes sur le « péché » (comme l'alcool ou le tabac), les prélèvements aériens et les revenus affectés des recettes générales. Deux exemples du Guatemala et du Nigeria sont illustrés dans les encadrés 3 et 4.

Une étude sur l'établissement d'une affectation des recettes publiques en faveur de la santé en général ou la santé reproductive en particulier serait nécessaire pour savoir si l'option de mobilisation de ressources domestiques pour la planification familiale est appropriée dans le contexte du Sénégal. Cela nécessite un processus législatif afin de créer une loi pour l'affectation, ce qui prend un certain temps et requiert l'appui des parties prenantes au-delà du MSAS, comme celles du MFB.

Cependant, les expériences du Guatemala et du Nigeria présentent des exemples d'affectation de recettes publiques dont le Sénégal pourrait s'inspirer. L'affectation du Nigeria consiste en une source des recettes réservées au niveau central dont une proportion des fonds est transférée aux institutions infranationales d'assurance maladie et de soins primaires. Le Sénégal pourrait envisager un dispositif similaire de manière à ce qu'un pourcentage des recettes générales soit affecté à l'ACMU et/ou au Ministère du développement communautaire pour être reversé aux mutuelles de santé et/ou au MSAS, puis aux institutions de santé au niveau local.

Comme au Nigeria, une affectation assez modeste d'une source importante de recettes au Sénégal se traduirait par une enveloppe budgétaire considérable dédiée à la santé ou à la santé familiale et reproductive. Les trois principales sources des recettes fiscales au Sénégal en 2018 étaient les impôts sur les biens et les services ; sur le revenu, les bénéfices et les gains en capital ; et sur le commerce extérieur et les transactions internationales. Ces trois sources devraient

Encadré 3. Affectations dédiées à la santé : le cas du Guatemala

Cent pour cent des revenus des taxes sur le tabac sont reversés au budget du secteur national de la santé. De même, 15% des revenus des taxes sur l'alcool sont transférés au budget de la santé reproductive. Selon la loi, 30% de cette deuxième affectation doit être réservée aux contraceptifs et consommables de la planification familiale, mais en réalité, bien moins de 30% du total sont disponibles. Ces deux exemples, parfois appelés 'taxes sur le péché', sont politiquement populaires parce qu'elles financent les budgets de la santé publique au moyen de revenus provenant de biens nuisibles pour la santé publique ou la santé des consommateurs (Fagan, 2017).

générer 955, 544 et 266 milliards de CFA de recettes publiques, respectivement. Le budget intérieur cible pour les contraceptifs en 2018, de 500 millions de CFA, correspond à 0,05% des recettes fiscales sur les biens et les services, lesquelles étaient de 955 milliards de CFA en 2018 (MFB, 2018). De plus, le besoin total en contraceptifs en 2018 correspondait à 0,25% des recettes fiscales sur les biens et les services. L'investissement nécessaire pour établir une telle affectation serait bien en-deçà du retour en termes des ressources fiscales mobilisées à long terme.

Alternativement, l'établissement d'une taxe sur le péché similaire à celles du Guatemala peut être envisagé. Une étude préalable serait importante pour identifier la cible appropriée, les biens largement consommés et l'effet de la taxe sur la consommation. Le retour sur investissement de cette option est difficile à calculer. Cela dépendra du coût de l'étude et du volume de plaidoyer nécessaire pour convaincre toutes les parties prenantes pertinentes, et de l'efficacité de la collecte et gestion des recettes. Comme au Guatemala, ces obstacles peuvent empêcher le compte planification familiale de recevoir les recettes même quand la loi l'exige.

Encadré 4. Affectations dédiées à la santé : le cas du Nigeria

Établi en 2014, le Fonds de la provision des soins de santé de base (FPSB) du Nigeria finance le Régime d'assurance médicale nationale et l'Agence nationale de développement des soins de santé primaires. Chaque année, 46% des revenus collectés au niveau central sont alloués au gouvernement central. 1% de ces fonds est transféré au FPSB. Ensuite, le FPSB verse 50% et 45% de ces revenus au Régime et à l'Agence, respectivement. Le Régime et l'Agence distribuent à leur tour les revenus aux régimes locaux d'assurance santé et aux conseils locaux de santé primaire. Les méthodes de planification familiale se trouvent dans le panier de soins que chaque régime local est obligé de fournir conformément au régime national. De plus, les structures de santé primaires gouvernées par les conseils locaux de santé primaire offrent également ces méthodes (Ministère fédéral de la santé du Nigeria, 2018).

Sans plus de données probantes, de discussion et de soutien des parties prenantes au Sénégal, y compris du MFB, un investissement pour établir une affectation fiscale pour la santé ou la santé familiale et reproductive ne semble actuellement pas faisable. Par ailleurs, dans les autres contextes mentionnés, des telles affectations ont rencontré une certaine résistance de la part du ministère des finances, au Parlement et dans d'autres institutions chargées du budget de l'État. Ceci est dû au fait que les affectations contraignent la flexibilité des décisions d'allocation budgétaire dans le temps. Bien que les affectations dédiées soient ciblées et offrent une source de financement durable, elles risquent de remplacer ou réaffecter le budget discrétionnaire alloué à ces fins, ce qui aurait pour résultat de ne générer que peu ou aucune ressource additionnelle.

Conclusion

Compte tenu des priorités des parties prenantes de la planification familiale au Sénégal en matière de mobilisation des ressources domestiques, nous recommandons comme activité immédiate de mener un plaidoyer au niveau national et infranational. Le plaidoyer a fait ses preuves dans plusieurs contextes, et s'il est fondé sur des données financières et relatives à l'impact sanitaire d'un budget réduit de planification familiale, c'est l'option la plus à même de réussir. De plus, grâce à la grande compétence des parties prenantes au Sénégal, dont la société civile, c'est une option très faisable. A moyen terme, nous recommandons de focaliser les efforts sur le renforcement

de l'ACMU, en demandant l'adhérence au PMA, qui doit comprendre la planification familiale, et en veillant à ce que toutes les formations sanitaires offrent la planification familiale à travers ce mécanisme, sans limiter l'utilisation de la carte d'assurance. Cette option sur le moyen terme, si adéquatement mise en œuvre, a la capacité d'augmenter l'accès à la planification familiale et de réduire les paiements directs (de la poche des utilisateurs). Cependant, cette option demande plus de temps, un engagement politique et des ressources financières pour pouvoir traduire le PMA en politique et l'exécuter.

Quant à l'engagement des acteurs locaux, le mécanisme de fonds de contreparties offre l'opportunité de motiver les dirigeants locaux à s'engager pour la planification familiale et à verser une première contribution à la planification familiale ; certes, en raison du coût, cette option n'est faisable qu'avec le soutien continu des PTF. Elle requiert un plus grand investissement, mais mobiliser de premières ressources pour la planification familiale au niveau des collectivités territoriales est efficace. Quant à l'option d'affectation fiscale, le potentiel de mobilisation des ressources est de taille ; seule une fraction d'un pour cent sur un impôt existant peut mobiliser les ressources nécessaires au financement des contraceptifs. Cependant, cette option pose une barrière politique importante. Ces affectations limitent le contrôle du gouvernement dans la distribution des ressources selon les priorités annuelles de l'administration, c'est pourquoi elles seront en général difficiles à institutionnaliser. Le tableau ci-dessous

Tableau 2. Sommaire des options catalytiques pour la mobilisation de ressources domestiques pour la planification familiale

Investissement	Temps	Difficulté	Impact
Plaidoyer pour l'augmentation du budget national	Courte durée	+	++
Fonds de contrepartie pour l'augmentation du budget des collectivités territoriales	Moyenne durée	++	+
Application du PMA à toutes les mutuelles et mandat des formations sanitaires de l'offre	Moyenne durée	++	+++
Analyse de l'option d'une affectation fiscale pour la santé, y compris la planification familiale	Longue durée	+++	+++

* Faible = +, Moyen(ne) = ++, Élevé(e) = +++

présente un sommaire des résultats des entretiens, de la revue documentaire et des calculs estimatifs de notre étude. La colonne « temps » représente la durée de l'investissement avant que les retours sur investissement ne se réalisent. Le niveau de difficulté prend compte des barrières politiques à la mise en œuvre, la faisabilité et l'acceptabilité par le gouvernement et autres parties prenantes. L'impact porte sur le retour sur investissement potentiel en termes financiers et d'impact sanitaire.

Cette analyse présente seulement les quatre options examinées mais le gouvernement du Sénégal pourrait envisager plusieurs options conformément à sa stratégie de financement de la santé. Le Sénégal a actuellement l'opportunité d'investir dans la mobilisation des ressources domestiques en accord avec les engagements du Plan Sénégal Émergent. Avec une volonté politique et des données probantes, les parties prenantes peuvent assurer l'inclusion de la planification familiale aux réformes du système de financement de la santé et à la vision pour la CSU, assurant ainsi l'accès équitable et sans fardeau financier à la planification familiale.

References

Advance Family Planning. 2016. *Opportunity Fund: Opportunistic Advocacy to Advance Family Planning Case Study*. http://gatesinstitute.org/sites/default/files/AFP_Brief_Opportunity_Fund%20%281%29.pdf.

Agence de la couverture maladie universelle. 2016. *Rapport de performance de l'année*

2015. Dakar : Ministère de la Santé et l'Action Sociale.

Agence de la couverture maladie universelle. 2019. *Rapport de performance de l'année 2018*. Dakar : Ministère de la Santé et l'Action Sociale.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). 2018. *Enquête démographique et de santé continue du Sénégal, 2017*. Rockville, Maryland.

Banque mondiale. 2018. *Systematic Country Diagnostic of Senegal*. Dakar, Senegal.

Cavallaro, F.L. et al. 2017. "Examining trends in family planning among harder-to-reach women in Senegal 1992–2014." *Scientific Reports* 7, 41006; doi: 10.1038/srep41006.

CSU 2030 le partenariat international santé. 2018. Guide de plaidoyer sur la couverture santé universelle. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/Advocacy/Advocacy_toolkit_FR_JUN18_WEB_FULL_1.pdf.

Fagan, T., A. Dutta, J. Rosen, A. Olivetti, and K. Klein. 2017. "Family planning in the context of Latin America's universal health coverage agenda." *Global Health: Science and Practice* 5(3):382-398.

Fagan T. 2017. *Fiscal Space for Health in Guatemala: Prospects for Increasing Public Resources for Health*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

Federal Ministry of Health of Nigeria (FMOH), National Health Insurance Scheme (NHIS),

National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA). 2018. *Basic Health Care Provision Fund Operations Manual*. Abuja, Nigeria.

Health Policy Plus. 2016. *Financing Family Planning: Chile*. Washington DC: Health Policy Plus.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. 2016. *Cadre stratégique nationale de Planification Familiale 2016-2020*. Sénégal : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. 2018. *Évaluation des dépenses de la planification familiale 2016 – 2017/ Ressources et Dépenses de Planification Familiale*. Sénégal : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant.

Ministère des Finances et du Budget. 2018. Direction de la Prévision et des Études Économiques. www.dpee.sn (Tableau de bord Décembre 2018 et TOFE). Consulté en Mai 2019.

Opoku, M., R. Nsiah, P. Oppong, and E. Tetteh. 2014. "The Effect of Capitation Payment on the National Health Insurance Scheme in Ashanti Region, Ghana." SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2479305>.

République de Sénégal. 2013. Loi n 2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des collectivités locales.

Wright, J., K. Bhuwanee, F. Patel, J. Holtz, T. Van Bastelaer, et R. Eichler. 2016. *Le financement de la couverture sanitaire universelle et de la planification familiale : Étude panoramique multirégionale et analyse de certains pays d'Afrique de l'Ouest : Sénégal*. Washington, DC : United States Agency for International Development, le Projet Health Finance & Governance.

CONTACTEZ NOUS

Health Policy Plus
1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600
Washington, DC 20004
www.healthpolicyplus.com
policyinfo@thepalladiumgroup.com

Health Policy Plus (HP+) est un accord coopératif de 5 ans financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID) sous l'égide de l'accord No. AID-OAA-A-15-00051, qui a pris effet le 28 août 2015. HP+ est mis en œuvre par Palladium, en collaboration avec Avenir Health, Futures Group Global Outreach, Plan International USA, Population Reference Bureau, RTI International, ThinkWell et l'Alliance du ruban blanc pour une maternité sans risque.

Cette présente publication a été conçue pour examen par l'USAID et préparée par HP+. Les informations fournies dans ce document ne sont pas des informations officielles du gouvernement des États-Unis et ne reflètent pas nécessairement les points de vue ou positions de l'USAID ou du gouvernement américain.

Photo de la page de couverture par © 2013 Milo Mitchell/IFPRI