



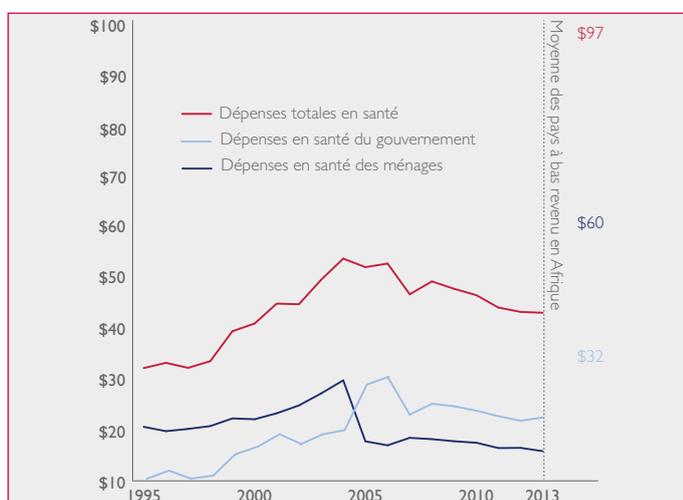
PROFIL DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ: SÉNÉGAL

Indicateurs-clés pour les pays

Indicateurs de développement*	
Population totale**	13 926 253
Taux de fertilité total (naissances par femme)	4,9
Revenu brut national par habitant (PPA)	2 240
Indicateurs de dépenses en santé***	
Ratio de dépenses	
Dépenses totales en santé en % du PIB	4,2% ↓ moyenne des pays à bas revenu (5%) ↓ moyenne globale (9,2%)
Niveau de dépenses	
Dépenses générales du gouvernement en santé en % des dépenses totales du gouvernement	7,6% ↓ cibles mises en place par la Déclaration Abuja (15%)
Indicateurs par habitant sélectionnés	
Dépenses totales en santé par habitant (PPA int.\$)	96
Dépenses en santé du gouvernement par habitant au taux d'échange moyen (US\$)	24
Dépenses en santé du gouvernement par habitant (PPA int.\$)	50
Sources de fonds****	
Dépenses générales en santé du gouvernement en % des dépenses totales en santé	39,6%
Dépenses en santé privées en % des dépenses totales en santé	48,0%
Ressources externes en santé en % des dépenses totales en santé	17,3%
Dépenses personnelles en % des dépenses privées en santé	76,0%

Note: L'OMS regroupe des données et effectue des calculs en utilisant les montants absolus en unités de devises nationales converties en équivalents de Parité des pouvoirs d'achat (PPA)

Dépenses par habitant en US\$ (constant 2013 US\$)**



*Observatoire Global de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2013 **Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie de Sénégal (ANSD), 2014
Base de donnée des dépenses globales en santé, OMS, 2013 *Ministère de la Santé, Sénégal, 2008.

Facteurs contextuels

Les Comptes Nationaux de la Santé 2005 (CNS) estiment qu'au Sénégal, les dépenses publiques en santé représentent 52% des dépenses totales en santé, alors que le secteur privé représente près de 48% des dépenses totales en santé, et les sources externes représentent près de 3,1%. Près de 43% des dépenses totales en santé sont des dépenses personnelles effectuées directement par les ménages. La moitié de ce montant est utilisée pour l'achat de médicaments, suivi par les paiements pour les guérisseurs traditionnels.¹

Des réformes de décentralisation ont permis au secteur public d'interagir avec les secteurs privés à buts lucratifs et à buts non-lucratifs, par le biais de partenariats entre les gouvernements (autorités centrales et locales) et les organisations non-gouvernementales ou communautaires. Depuis les années 1990s, les changements des réformes visent à étendre la couverture à des secteurs peu couverts de la population, et se sont penchées spécifiquement sur le ciblage des personnes âgées de plus de 60 ans et des femmes enceintes pour les césariennes. Les frais d'utilisateurs ont été mis en place pour les services offerts dans des établissements de santé du gouvernement, et jusqu'aux années 2000s, les contraintes financières étaient reconnues comme une importante barrière à l'utilisation des services de santé.

En 2013, le Sénégal a lancé son programme de Couverture Universelle de la Santé (CUS). Le Plan Stratégique de CUS du Sénégal pour 2013-2017 inclut des éléments d'expansion de la couverture et du partage de risques afin de réduire les inégalités et les vulnérabilités. Le plan de travail inclut quatre piliers stratégiques²:

- La réforme des *institutions de prévoyance maladie*, et des organisations d'assurance-maladie sociales couvrant les employés du secteur formel et leurs familles;
- L'expansion de la couverture en santé pour les employés des secteurs non-formels et ruraux par le biais des organisations d'assurance-maladie basées sur les communautés (AMBC) et le support financier des états et des gouvernements locaux;
- Le renforcement des politiques existantes qui exonèrent les personnes âgées et femmes enceintes du paiement de frais de santé; et
- L'implémentation d'une nouvelle politique qui fournirait des soins gratuits pour les enfants de moins de 5 ans.

Le Plan Stratégique de CUS est financé par une combinaison de subventions gouvernementales, des contributions des ménages, et par le financement externe en provenance de partenaires de développement. Afin d'accélérer la gestion de ces fonds, le gouvernement a mis sur pieds deux entités: le Fonds National de Solidarité en Santé et la Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle. Ces fonds occupent un rôle central dans le renforcement de la durabilité et dans l'amélioration des programmes de bénéfices obligatoires, communautaires et de l'assistance médicale. Ils sont devenus les instruments principaux de financement pour l'expansion de la couverture vers le secteur non-formel en subventionnant les soins gratuits pour les groupes externes.¹

Fonctions de Financement de la Santé

■ **Contribution et collection des revenus:** Les analyses de la circulation des fonds pour le secteur de la santé entre 2006 et 2008 montrent que le gouvernement central et les ménages sont les plus grands payeurs pour les services de soins de santé. Ces payeurs, qui peuvent être considérés soit publics (gouvernement central/décentralisé, *Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal* ou IPRES, fonds de servants civils, et employeurs) ou privés (*Institut de Prévoyance Maladie* ou IPM, *mutuelles*, firmes d'assurance privées, ménages, employeurs, organisations sans buts lucratifs et donateurs), font face à des coûts très différents pour les services de santé. Le Ministère de la Santé (MdS) et les ménages sont les principaux contributeurs publics et privés, dépensant en moyenne 74% et 77% des montants privés et publics en santé, respectivement.³ Les dépenses en santé per capita ont augmenté de US\$49 en 2006 à US\$66 en 2008.⁴ L'augmentation des revenus collectés publiquement au niveau des personnes riches et en santé, par exemple par le biais de l'AMBC, peut favoriser les subventions croisées et le partage des risques. Les systèmes efficaces de taxation et les primes prenant en compte les niveaux de revenu des individus doivent être mis en place afin d'éliminer les paiements aux points d'offre des services.

■ **Partage:** Il y a de multiples mécanismes de partage au Sénégal, contribuant à un environnement fragmenté, complexe et inéquitable. Globalement, de 25-30% de la population sont estimés être couverts par des programmes constitués de divers fonds et payeurs, qui offrent une couverture aux employés et aux retraités des secteurs publics formels et privés.¹ Les personnes n'étant pas couvertes par l'assurance-maladie font face à des dépenses personnelles importantes afin d'accéder aux soins de santé.

Le gouvernement couvre les servants civils et les employés du secteur public. Les deux payeurs, IPM et IPRES, offrent une couverture pour les employés du secteur privé, les retraités et leurs familles.¹ Un autre programme d'assurance-maladie géré par le gouvernement, le *Plan Sésame*, est financé par les taxes et offre une couverture médicale à 100% pour les personnes âgées et 65 ans et plus, peu importe leur activité professionnelle antérieure.

Le Sénégal a aussi vu le développement de nombreux programmes d'AMBC, ou *mutuelles*, destinés aux employés des secteurs non-formels et ruraux représentant 80% de la population. Il y a 130 différents programmes d'AMBC, mais la couverture reste basse à 4% de la population totale, et 14% de la population ciblée.⁵ Les Plans et les primes varient selon la *mutuelle*, mais la couverture des soins primaires est plus généralement offerte. Des efforts dans l'organisation et la consolidation des programmes de l'AMBC sous les plans d'assurances-maladie nationaux seront nécessaires. La plupart des *mutuelles* opèrent de manière indépendante et n'ont ainsi aucune obligation de standardiser les coûts ou bénéfices. Le Fonds National de Solidarité en Santé offrira une subvention générale pour les services offerts par le biais de *mutuelles* et cherche à promouvoir l'augmentation des inscriptions.⁶

■ **Achats:** Les fournisseurs de soins de santé publics sont payés sur une base de frais par service, avec des paiements qui dépendent d'un budget global annuel. Une liste importante des frais non-payés résultent en une dette financière pour la majorité des fournisseurs publics. Les établissements de santé publics ont de la difficulté à gérer les contraintes financières avec une demande constante pour les services, ce qui mène souvent à une démotivation parmi les fournisseurs de services de santé et les services de basse qualité.

Avec l'aide des donateurs externes, un programme de financement basé sur la performance (FBP) mis en place permet aux Ministères des Finances et de la Santé du Sénégal co-financer un ensemble de services et améliorent la qualité et l'accessibilité des soins. Sous ce programme, les établissements de santé recevraient un montant d'argent basé sur l'atteinte d'indicateurs favorisés.⁷ De tels mécanismes FBP ont été reconnus comme améliorant les indicateurs de santé, augmentant la motivation au sein des travailleurs de la santé, et améliorant les établissements de santé.⁸

Rencontrer les Objectifs de Couverture Universelle de la Santé (CUS)

La CUS ne peut être atteinte que si les services de santé et la protection contre les risques financiers sont équitablement distribués. La protection financière équitable signifie que toute personne, indépendamment de leur niveau de revenu, a accès aux services de santé dont elle a besoin sans que ceux-ci ne causent de difficultés financières importantes.

Protection financière et équité dans le financement et l'utilisation

Le gouvernement a démontré un désir d'institutionnaliser la surveillance de la CUS en incluant des indicateurs pour la couverture des programmes d'assurance-maladie dans les sondages de santé et de démographie futures. Le Plan Stratégique de CUS 2013-2017 vise aussi à regrouper des indicateurs basés sur les résultats afin de mieux évaluer l'équité dans l'accès aux services de soins de santé et à la protection financière.¹

Les analyses de l'accès aux soins de santé et de la couverture indiquent que les travailleurs des secteurs formels ont accès à plus de couverture que les résidents ruraux et le secteur non-formel. Les estimations du MdS montrent que 3% des ménages dans les régions rurales font partie des quintiles économiques les plus élevés, comparativement à 44% de ceux qui se trouvent dans les régions urbaines.¹ De plus, près de 35% de la population fait face à l'appauvrissement dû au poids économique des paiements personnels en santé tels que les frais d'utilisateurs.¹

Alors que le Sénégal étend sa couverture par le biais de l'assurance-maladie nationale et des *mutuelles*, le pays doit anticiper les méthodes afin de s'attaquer aux problèmes de l'inscription équitable, de la sélection adverse, de l'augmentation dans la demande de services de santé de manière à maximiser les impacts positifs potentiels sur la protection financière.

Notes

1. Tine J, Hatt L, Faye S et Nakhimovsky S. [Mesures de la Couverture Universelle de la Santé dans un contexte de bas ou moyen revenu: Une étude de cas du Sénégal](#). Bethesda, MD: Financement de la Santé & Projet de Gouvernance, Abt Associates Inc. Avril 2014
2. Abt Associates. [Le Président du Sénégal lance un programme de Couverture Universelle de la Santé](#). 10/7/2013.
3. Sylla S. [Analyse des Systèmes de Financement de la Santé du Sénégal: Implications pour la réforme du financement de la santé et de la couverture universelle de la santé](#). École de Santé Publique Rollins de l'Université Emory. Atlanta, GA. 2014.
4. La Banque Mondiale, BM. (2014a). [Données/ Dépenses en Santé per Capita](#) (US\$ présents).
5. Mladovsky P, Ndiaye P. [Solidarité dans l'assurance-maladie basée sur les communautés: rhétorique ou réalité?](#) Surveillance de la Santé Africaine. #20. Octobre 2015.
6. Mbengue CSA, Sene Mbaya et Camara M. [Les changements politiques soufflent un nouveau vent dans les Mutuelles de Santé du Sénégal](#). Bethesda, MD: Projet de Financement de la Santé & de la Gouvernance, Abt Associates Inc. Octobre 2014
7. Vergeer P et McCune S. [Comment les gouvernements et partenaires de développement peuvent-ils contribuer au financement visant à améliorer les résultats en soins de santé et renforcer les systèmes de santé](#). Groupe Banque Mondiale. Washington, DC. Décembre 2013.
8. Wadji Ly N et Hatt L. [Financement basé sur les résultats au Sénégal: Qu'avons-nous appris jusqu'à maintenant?](#) Bethesda, MD. Abt Associates. Septembre 2014.

Des informations additionnelles peuvent être obtenues à l'adresse suivante:
African Strategies for Health 4301 N Fairfax Drive, Arlington, VA 22203 • +1.703.524.6575 • AS4H-Info@as4h.org
www.africanstrategies4health.org