

REPUBLIQUE DU SENEGAL



Un Peuple - Un But - Une Foi



MINISTRE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE



**STRATEGIE NATIONALE DE FINANCEMENT
DE LA SANTE POUR TENDRE VERS
LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE**

AVANT PROPOS

Le développement du capital humain étant un axe majeur du Plan Sénégal Emergent, je réaffirme la priorité que j'accorde à la Santé et à l'Action sociale dans notre Stratégie de Développement Economique et Social. Dès ma première adresse à la Nation à l'occasion de la fête de l'indépendance, le 3 avril 2012, je m'exprimais en ces termes : « Au-delà d'un nouveau volontarisme dans le renforcement de l'équipement sanitaire, je compte lancer, en concertation avec les acteurs concernés, un programme de couverture maladie universelle et une sérieuse réflexion sur la gouvernance sanitaire ».

En ouvrant cet important chantier, j'engageais notre pays à lutter contre les inégalités d'accès aux soins qui se traduisent par l'exclusion d'une frange de la population économiquement faible par rapport aux coûts des soins, ou géographiquement éloignée des prestations sanitaires. Conformément à la résolution WHA 58:33 du 25 mai 2005 de l'OMS, le Sénégal a l'ambition que chaque citoyen puisse accéder à des soins de qualité, sans subir de difficultés financières lors de leur paiement. Cet objectif a été défini comme la couverture sanitaire universelle.

Lors du lancement officiel du programme de la CMU, le 20 septembre 2013, je soulignais que « malgré les performances réalisées et les efforts déployés au plan des investissements et de l'amélioration du fonctionnement des établissements sanitaires, l'évolution du système de santé de notre pays n'a pas, jusqu'ici, favorisé l'équité dans l'accès aux soins ».

L'analyse de l'offre et de la demande m'avait amené à décliner une ambition de « permettre à tous les sénégalais, au moment où ils en ont besoin, d'accéder à des soins de santé de qualité, sans aucune entrave financière, et sans aucun risque financier ». Je suis convaincu que toutes les stratégies destinées à lever les barrières financières ne pourront pas avoir la portée escomptée en l'absence d'une offre de services de santé de qualité.

Fort heureusement, la présente stratégie de financement de la santé pour tendre vers la couverture sanitaire universelle prend en compte ces deux préoccupations. Sa mise en œuvre devrait à terme garantir une meilleure santé des populations, gage de l'émergence économique.

A ce titre, j'exhorte tous les acteurs à s'engager activement pour l'atteinte des objectifs de la couverture sanitaire universelle.

Son Excellence M. Macky SALL
Président de la République du Sénégal

REMERCIEMENTS

La politique du Sénégal en matière de santé trouve son fondement dans la Constitution qui dispose en son article 17 que : «...l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées... ». La mise en œuvre de cette politique est basée sur l'amélioration de la fourniture des services de santé de qualité et la prise en charge des engagements internationaux en matière de santé, notamment les objectifs de développement durable (ODD).

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) est devenue une priorité pour le Sénégal. Pour y parvenir, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale a élaboré une Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) à travers un processus participatif et inclusif basé sur une approche multisectorielle.

Je voudrais remercier les ministères sectoriels pour leur contribution à travers leurs services techniques, avec une mention particulière au Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan.

Je réitère ma profonde gratitude aux Partenaires Techniques et Financiers pour l'excellente contribution qu'ils ont apportée à ce processus, sans oublier les collectivités locales, la société civile, le secteur privé et les partenaires sociaux.

Enfin, j'adresse toutes mes félicitations aux membres des comités de pilotage et technique pour le professionnalisme et le dévouement dont ils ont fait preuve tout au long de ce processus.



Abdoulaye Diouf SARR

RESUME

Le Gouvernement du Sénégal a érigé l'accès équitable à des services de santé de qualité au rang de priorité nationale. Pour réaliser cette ambition, le présent document de stratégie de financement de la santé pour tendre vers la couverture sanitaire universelle est élaboré et s'inscrit dans la démarche globale du Plan Sénégal Emergent (PSE). Il définit les orientations stratégiques de financement en tenant compte des politiques nationales, des normes et standard internationaux en matière de prestation de services de santé. Les options retenues sont tirées des éléments de l'analyse situationnelle de l'offre des services et de la demande de soins corrélée aux possibilités de mobilisation des ressources internes et externes.

Il est structuré en quatre points: (i) le contexte global (ii) l'analyse de la situation sanitaire et du financement de la santé, (iii) le cadre stratégique proposé pour le financement de la santé et (iv) le montage institutionnel de pilotage, de suivi et d'évaluation de la SNFS.

L'analyse de la situation a montré qu'en dépit de l'augmentation graduelle de la population et ses effets sur la demande, les efforts de l'Etat dans les domaines socio-économique et sanitaire ont réussi à maintenir une amélioration progressive de l'espérance de vie qui est estimée à 64,8 ans en 2014.

Les perspectives de croissance démographique conjuguées à l'urbanisation galopante et aux disparités en matière de pauvreté mettent en exergue l'impérieuse nécessité d'accélérer les efforts en vue d'adapter l'offre de services à l'évolution de la demande et aux besoins de la population. L'analyse retient aussi que malgré les progrès importants enregistrés pour l'état de santé de la population, l'offre de services doit être renforcée de même que la couverture de risque maladie. La densification de la carte sanitaire, l'augmentation des mutuelles de santé l'enrôlement des bénéficiaires des bourses de sécurité familiale et des handicapés détenteurs de la carte d'égalité des chances, l'enrôlement envisagé des élèves sont des voies d'extension de la couverture du risque médical.

Par ailleurs, en rapport avec la situation socio-sanitaire, il a été mis en évidence un ensemble de constats dans les quatre domaines : l'offre de services, la protection contre les risques affectant la santé, la mise en commun de risques et la mobilisation des ressources.

S'agissant de l'offre de services de qualité, malgré les progrès faits, elle reste inadéquate parce qu'insuffisante et mal répartie sur l'étendue du territoire. Cinq constats majeurs sont notés:

- Une répartition inéquitable des ressources (humaines, matérielles et financières) ;
- L'insuffisance des capacités du système à capturer les opportunités en vue de renforcer la performance des programmes prioritaires ;
- L'inadaptation des paquets de services aux exigences de l'extension de la couverture maladie universelle (CMU) et aux évolutions du profil démographique ;
- Le besoin d'améliorer les capacités du secteur à fournir des médicaments et des produits essentiels de qualité et autres produits de santé (sang);
- L'achat stratégique et les autres modalités de transfert de ressources devraient être renforcés pour améliorer la qualité des services.

Concernant la protection des risques affectant la santé, l'analyse met l'accent sur les déterminants à haut impact sur la santé des populations. Trois constats émergent de l'analyse situationnelle :

- La non fonctionnalité des cadres multisectoriels ne permet pas d'atténuer de façon significative les risques liés aux déterminants de la santé des populations ;
- L'inefficacité des initiatives de promotion de la santé contribue à renforcer l'exposition des individus aux effets des déterminants comportementaux ;
- L'absence de stratégies communes et inclusives sur les déterminants liés au système de santé limite les efforts visant à rationaliser les dépenses de santé.

En ce qui concerne **la mise en commun des risques** : les forces et les insuffisances des différents

régimes de couverture du risque maladie ont été examinés, à savoir : les régimes obligatoires (Imputation Budgétaire, IPM, IPRES, CNSS), régimes contributifs non obligatoires (assurances commerciales, mutuelles de santé), les régimes d'assistance médicale (visant les individus ou ciblant des prestations) et enfin les initiatives de gratuité. L'analyse de la situation conclut sur une note de fragmentation des régimes d'assurance du risque maladie et d'assistance médicale.

L'analyse approfondie a porté également sur **la mobilisation des ressources financières pour la santé.**

Les dépenses de l'Etat, des collectivités locales et des PTF ont été passées en revue pour montrer, d'une part la progression importante de 47,97% de l'allocation budgétaire de l'Etat en 5 ans. Malgré cet effort remarquable, la part de la santé ne représente encore que 8% du budget national, loin de la norme de 15% visée, nonobstant le niveau d'exécution budgétaire qui rencontre des contraintes, surtout pour les investissements. Quant aux collectivités locales, elles ne financent que 1% du budget de la santé à cause de leurs ressources limitées. Enfin, les PTF ont contribué jusqu'à 21% en 2008 pour baisser à 13% en 2013; le respect de la Déclaration de Paris est effectif, mais les différences de cycles et de procédures de mobilisation des fonds constituent des difficultés réelles dans l'harmonisation pour la réalisation des programmes.

Les dépenses du secteur privé qui comprennent celles des ménages, des entreprises et des ONG ont fortement progressé (de 21% en 5 ans). La part de chaque composante a été analysée. Il en ressort que le paiement direct par les ménages constitue 52% des dépenses totales de santé.

Des défis majeurs ont été dégagés après l'analyse de chacun des quatre domaines :

Ces défis ont trait à la fonctionnalité des infrastructures sanitaires, des équipements, des structures de maintenance et des systèmes d'accueil et d'orientation des malades. D'autres sont liés à la disponibilité et la fidélisation du personnel de santé, la disponibilité géographique et l'accessibilité financière des médicaments et produits essentiels de qualité, l'institutionnalisation des mécanismes d'achat stratégique pour accroître l'accessibilité et la qualité des services de santé et enfin, le développement du partenariat public privé et l'application de critères objectifs d'allocation des ressources.

L'analyse de la situation sur les déterminants de la santé suggère que l'Etat devra faire face aux défis du renforcement de la promotion de la santé, de l'intégration de la dimension genre dans les politiques, programmes et interventions et de la mise en place d'un cadre unique de coordination de la multisectorialité.

Pour la mise en commun des risques,

Pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, il faudra faire face aux défis communs aux régimes d'assurance maladie et d'assistance médicale dont l'extension de la couverture du risque maladie et la réduction de la fragmentation des régimes de financement, la pérennisation du financement de la CMU, la définition d'un paquet de services essentiels garantis, le développement de mécanismes d'adhésion obligatoire, le renforcement du ciblage des bénéficiaires des régimes d'assistance médicale et le renforcement du pilotage et de la coordination des différents régimes.

Enfin, l'analyse de la situation sur la mobilisation des ressources financières met en évidence des défis majeurs que le Sénégal devra relever pour tendre vers la couverture sanitaire universelle notamment l'allègement du fardeau des dépenses directes de santé supportées par les ménages. Par ailleurs, des efforts seront nécessaires pour soutenir l'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des ressources, l'exécution des dépenses d'investissement et le respect des délais de mise à disposition des fonds de dotation. Les défis du renforcement de la contribution de l'Etat et des collectivités locales, la mobilisation des ressources du secteur privé et la prévisibilité des ressources extérieurs devront être relevés.

Pour relever ces défis et tendre vers la Couverture sanitaire universelle, la SNFS a défini une vision, des valeurs et principes qui en constituent le socle et la référence.

Vision : La stratégie nationale de financement de la santé repose sur une vision d'un Sénégal où toutes les populations ont accès à des services de santé de qualité sur la base d'un financement durable respectant les principes d'équité et de solidarité.

La stratégie comporte quatre orientations stratégiques. Il s'agit notamment de :

- L'amélioration effective de la disponibilité de services de santé de qualité ;
- L'extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie ;
- Le renforcement des interventions multisectorielles à haut impact sur la santé ;
- La mobilisation accrue des ressources financières pour tendre vers la CSU.

Douze lignes d'action ont été retenues à travers ces orientations stratégiques :

L'orientation stratégique 1 a retenu trois lignes d'actions :

- La densification et la démocratisation de l'offre de services de santé ;
- L'amélioration de la qualité des services ;
- La disponibilité et l'accessibilité des médicaments et produits essentiels de qualité.

Pour l'orientation stratégique 2, trois lignes d'actions sont identifiées :

- L'extension progressive de la couverture au secteur informel et au monde rural ;
- L'affiliation de la grande majorité des indigents aux régimes de couverture ;
- L'unification des mécanismes de gouvernance des régimes de couverture.

L'orientation stratégique 3 a retenu deux lignes d'actions

- L'application de mesures dissuasives et promotion d'initiatives sur les déterminants comportementaux ;
- La promotion d'initiatives dissuasives sur les déterminants environnementaux.

Pour l'axe stratégique 4, cinq lignes d'actions ont été identifiées

- Rationalisation de l'utilisation des ressources ;
- Augmentation substantielle de la contribution de l'Etat et de ses démembrements au financement de la santé ;
- Développement de stratégies de financement innovantes ;
- Mobilisation du financement extérieur.

Pour assurer une mise en œuvre réussie de la SNFS, un dispositif institutionnel de pilotage, de suivi et d'évaluation est prévu. Il comprend un comité de pilotage présidé par le Premier Ministre, une cellule en charge du suivi de la mise en œuvre des programmes et des activités, un système de suivi et d'évaluation.

Enfin il est retenu de mettre un accent particulier sur l'élaboration et le déroulement d'un programme de communication stratégique car la réussite de la mise en œuvre de la SNFS repose sur son appropriation par les décideurs et leur engagement, voire leur implication dans sa mise en œuvre.

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	9
INTRODUCTION	10
1. CONTEXTE	11
1.1 Situation géographique et administrative	11
1.2 Tendances démographiques	11
1.3 Contexte macroéconomique	11
1.4 Situation socio sanitaire	11
2. ANALYSE SITUATIONNELLE	13
2.1 Offre de services de santé	13
2.2 Protection contre les risques affectant la santé	17
2.3 Mise en commun des risques	18
2.4 Mobilisation des ressources financières	21
3. CADRE STRATEGIQUE DE FINANCEMENT DE LA SANTE	23
3.1 Vision de la SNFS	23
3.2 Principes et valeurs	23
3.3 Orientations stratégiques	24
4. CADRES INSTITUTIONNELS DE PILOTAGE, DE SUIVI ET D’EVALUATION	32
4.1 Dispositif institutionnel de pilotage	32
4.2 Système de suivi et d’évaluation de la Stratégie nationale de financement de la santé	33
4.3 Communication stratégique	33

ACRONYMES

ACMU	Agence de la Couverture Maladie Universelle
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ARV	Antirétroviraux
ASPS	Alliance du Secteur Privé de la Santé
BCI	Budget Consolidé d'Investissement
CAPSU	Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle
CDS	Comité de Développement Sanitaire
CIMA	Conférence Interafricaine du Marché des Assurances
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPRS	Centre de Promotion et de Réinsertion sociale
COU	Centre des Œuvres Universitaires
CRD	Comité Régional de Développement
CSS	Caisse de Sécurité Sociale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGPSN	Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale
EDS – MICS	Enquête Démographique de Santé à Indicateurs Multiples
EPS	Etablissement Public de Santé
FBR	Financement Basé sur les Résultats
ICAMO	Institut de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire
ICP	Infirmier Chef de Poste
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IPM	Institution de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite au Sénégal
MAP	Mécanisme d'Achat de la Performance
MCA	Milleniun Challenge Account
MEFP	Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
NINEA	Numéro d'Identification National des Entreprises et des Associations
ODD	Objectifs de Développement Durable
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OS	Orientation Stratégique
PDCS	Programme de Densification de la Carte Sanitaire et Sociale
PIB	Produit Intérieur Brut
PIS	Programme d'Investissements Sectoriels
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPP	Partenariat Public Privé
PSE	Plan Sénégal Emergent
PSEG	Paquet de Services Essentiels Garanti
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PUDC	Plan d'Urgence de Développement Communautaire
PUMA	Plan d'Urgence de Modernisation des Axes Frontaliers
SDAS	Service Départemental de l'Action Sociale
SFE	Sage-Femme d'Etat
SNEEG	Stratégie Nationale d'Equité et d'Egalité de Genre
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SNU	Système des Nations Unies
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SRMNIA	Santé Reproductive, de la Mère, du Nouveau né et des Adolescents
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

INTRODUCTION

Le droit à la santé et à un environnement sain est garanti par l'article 8 de la Constitution du Sénégal. En outre, la Constitution dispose en son article 17 que «... l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille, et en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ». Ces dispositions sont renforcées dans l'Acte 3 de la décentralisation de 2013 qui confère, entre autres, aux collectivités locales des responsabilités dans le développement de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

A travers son Axe 2 portant sur le capital humain, le Plan Sénégal Emergent (PSE) a clairement défini les objectifs stratégiques du Gouvernement du Sénégal en matière de santé et de protection sociale. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) constitue un des principaux instruments stratégiques de la contribution du secteur de la santé à la réalisation des objectifs du PSE.

Ces documents cadres tiennent compte du contexte international dont la résolution WHA 58:33 du 25 mai 2005 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) appelant les pays membres à développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute leur population un accès à des services de santé de qualité. Par ailleurs, le Sénégal fait siennes les dispositions suivantes : (i) La déclaration de Tunis du 5 juillet 2012 des ministres des finances et de la santé des pays d'Afrique qui les engage à accélérer la Couverture Sanitaire Universelle ; (ii) la résolution de l'Organisation des Nations Unies (ONU) du 12 décembre 2012 qui a renforcé l'élan mondial en direction de la Couverture Sanitaire Universelle ; (iii) la recommandation 202 de 2012 relative au socle de protection sociale de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) ; (iii) les Objectifs de Développement Durable (ODD) ; (iv) l'Agenda 2063 de l'Union Africaine d'éradication de la pauvreté, de la promotion de la santé et du bien-être ; (v) les engagements pris par les chefs d'Etat africains depuis 2001 à Abuja d'allouer au moins 15% de leur budget national au secteur de la santé.

Fort de ce qui précède, le chef de l'Etat a lancé officiellement le chantier important de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal le 20 septembre 2013 en engageant tous les acteurs dans une synergie d'actions indispensable pour réussir cette entreprise hautement multisectorielle.

Pour réaliser cette ambition, le présent document de stratégie de financement de la santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle est élaboré. Il définit les orientations stratégiques de financement en tenant compte des politiques nationales, des normes et standards internationaux en matière de prestations de services de santé. Les options retenues sont tirées des éléments de l'analyse situationnelle de la demande et de l'offre de services de santé corrélée aux possibilités de mobilisation des ressources internes et externes.

Le document de stratégie de financement de la santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle est articulé autour des points suivants : le contexte, les résultats de l'analyse situationnelle, la vision, les orientations stratégiques et le cadre de mise en œuvre.

I. CONTEXTE

1.1 SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIVE

D'une superficie de 196 722 km², le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Il est subdivisé en 14 régions, 45 départements et 557 communes¹.

1.2 TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES

La population du Sénégal est estimée à 14,7 millions d'habitants en 2016². Un sénégalais sur deux a moins de 20 ans. Le taux d'accroissement moyen annuel de la population, bien qu'il soit encore élevé, est resté stable à 2,5% sur la période 1988 à 2013, ce qui s'est traduit par un doublement de la population en 25 ans.

La population rurale reste prédominante (54,8% de la population totale) avec une forte tendance à l'urbanisation (34% en 1976 et 45,2% en 2013).

Sur la période 1960-2014, l'espérance de vie à la naissance est passée de 51 ans à 64,8 ans, soit une augmentation de 27% en 54 ans. Cet acquis reflète entre autres les efforts importants que l'Etat a consentis dans la mise en œuvre des politiques et programmes de santé.

1.3 CONTEXTE MACROÉCONOMIQUE

Le taux de pauvreté au Sénégal, estimé à 46,7% en 2011, reste élevé. L'incidence de la pauvreté n'a baissé que de 1,8% entre 2006 et 2011, tandis que le nombre absolu de pauvres a augmenté pour atteindre 6,3 millions en 2011. Les disparités géographiques restent cependant très prononcées : 2 habitants sur 3 vivent dans la pauvreté dans les zones rurales, et en particulier dans le sud du pays, contre 1 sur 4 à Dakar.

Entre 2013 et 2016, la croissance économique est passée de 3,5% à 6,7%. Selon la Direction de la Prévision et des Etudes Economiques (DPEE), la pression fiscale est estimée à 20,6% sur la période 2013-2017 contre une moyenne de 19,48% pour l'Union Economique Monétaire Ouest Africaine.

A partir de 2017, le dynamisme de l'activité économique devrait se maintenir à la faveur d'une part, d'un environnement interne plus favorable et d'autre part, grâce aux investissements structurants dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Sénégal Émergent.

1.4 SITUATION SOCIO SANITAIRE

En matière de couverture sanitaire, le ratio poste de santé / habitants est passé de 1 poste pour 10 851 habitants en 2011 à 1 poste pour 10 495 habitants en 2016 alors que la proportion d'infrastructures construites et équipées se situe à 50% (en deçà de la cible de 80%). L'offre de médicaments enregistre une hausse. La proportion de produits traceurs disponibles est passée de 77% en 2015 à 82% en 2016 (en deçà de la cible de 87%)³.

La situation socio sanitaire est marquée par une amélioration des performances dans le domaine de la santé maternelle et infantile. Le ratio de mortalité maternelle est passé de 850 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1987⁶ à 392 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDS–MICS 2010-2011. Toutefois, les estimations du Système des Nations Unies (SNU) en 2015⁴ situent ce taux à 315 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 132‰ en 1992 à 65‰ en 2012 et 59‰ en 2015⁵.

¹ ANSD

² MEFP/ANDS (2016) : projections population du Sénégal 2013-2063, février 2016

³ Rapport de performances 2015, MSAS

⁴ SNU

⁵ ANSD, EDS 2015

Ces tendances favorables cachent des disparités selon le milieu (rural/urbain) et les régions. La mortalité maternelle est nettement plus élevée dans la région de Kédougou (921/100 000 NV) que dans la région de Dakar (342/100 000 NV). En 2014, les niveaux de mortalité infanto-juvénile les plus importants ont été relevés dans les régions de Kolda, Kédougou, Tambacounda et Sédhiou avec des taux de plus de 100‰. Ils varient du simple au double en passant des régions de Dakar (37,7‰) et Thiès (58‰) aux régions de Kédougou (104,9‰) et Kolda (115‰)⁶.

Dans la lutte contre les maladies transmissibles, le fardeau du paludisme a connu une régression de plus de 50% entre 2009 et 2014. La prévalence du VIH SIDA est restée stationnaire autour de 0,7% dans la population générale avec des disparités régionales. Ce taux est toutefois plus élevé chez les populations à haut risque comme les professionnels du sexe (19,8%) et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (21,5%). Le taux de succès au traitement des nouveaux cas de tuberculose à bacilloscopie positive est stationnaire autour de la cible fixée à 88%. L'apparition de la tuberculose multi résistante est devenue préoccupante.

En dépit des performances enregistrées pour l'amélioration de l'état de santé de la population au cours de ces dernières années, il convient de souligner qu'il reste des efforts à faire. Dans cette perspective, des initiatives sont en cours pour la densification de la carte sanitaire et l'extension de la couverture du risque maladie. Le taux de couverture du risque maladie a sensiblement augmenté avec l'enrôlement des bénéficiaires des bourses de sécurité familiale et des personnes handicapées détentrices de la carte d'égalité des chances. L'extension de cet enrôlement aux élèves du préscolaire, du primaire, du moyen, du secondaire et des écoles coraniques modernes est en cours.

La soutenabilité et la durabilité des mécanismes de couverture médicale des indigents et groupes vulnérables restent fortement liées à un ciblage pertinent des bénéficiaires. Pour un meilleur ciblage, il est nécessaire de renforcer la collaboration entre la Délégation Générale à la Protection sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSN), l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (ACMU) et la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS). Cette dernière, dont le rôle est déterminant dans le processus du ciblage, est confrontée à un gap important de couverture en Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS)⁷.

⁶ ANSD, EDS Continue 2014

⁷ le Sénégal compte 46 CPRS alors que les normes prévoient 1 CPRS par commune soit 557 CPRS

II. ANALYSE SITUATIONNELLE

2.1 OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ

Dans la dernière décennie, l'Etat du Sénégal a consenti des efforts substantiels de densification de l'offre de services de santé pour accompagner la mise en œuvre des orientations du PNDS et améliorer la couverture en infrastructures.

Malgré ces efforts, l'offre de services reste inadéquate parce qu'insuffisante et mal répartie sur l'étendue du territoire⁸. De façon globale, l'offre de services de santé fait face à un ensemble de défis liés à (i) sa capacité à anticiper l'évolution des besoins dans le temps et à prendre en charge les priorités nationales au regard des ressources mobilisées, (ii) la prise en compte intégrale du secteur privé, (iii) la capacité du système de prestations à mettre en place une combinaison de mécanismes de financement qui incitent et maintiennent un niveau de qualité élevé dans la fourniture de services de santé pour la couverture des besoins des populations.

Les résultats de l'analyse de la situation de l'offre de services de santé sont résumés ci-après :

L'accès aux services de santé et le financement des priorités nationales de santé publique sont limités par une répartition inadquate des ressources (humaines, matérielles et financières).

Au cours des dernières décennies, le niveau de ressources destinées à financer l'accès des populations aux paquets de services a augmenté progressivement. L'analyse des séries de comptes nationaux de la santé (CNS) montre une augmentation considérable des dépenses de santé qui sont passées de 245 milliards FCFA en 2005 à 431 milliards FCFA en 2013 (environ 5% du PIB), soit une augmentation de près de 76%.

Le système d'allocation des ressources contribue aux disparités dans le financement des programmes et services de santé à différents échelons de la pyramide (tableau 1). La promotion de l'accès aux soins de santé à moindre coût qui est une priorité nationale ne se reflète pas dans l'allocation des ressources destinées à la production de services de santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Tableau 1 : Evolution de la répartition du financement aux différents échelons de la pyramide sanitaire

Indicateurs		2005	2008	2013
Part du financement du niveau périphérique dans le financement public des prestataires de soins		47,30%	26,18%	33,49%
Dont	Postes de santé	10,17%	5,68%	4%
	Centres de santé	37,13%	20,50%	29,49%
Part du financement des hôpitaux dans le financement public des prestataires de soins		51,28%	71,92%	66,41%

Source CNS2005, 2008 et 2013

Les tendances dans l'allocation des ressources ne reflètent pas les disparités spatiales dans la répartition de la charge de morbidité.

L'examen des résultats des comptes nationaux de la santé 2013 révèle que les régions du Sud Est qui ont les taux de mortalité infanto-juvénile les plus élevés du pays bénéficient de moins de ressources. Une part importante des financements liés aux services de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (SRMNIA) est concentrée dans un triangle Dakar, Thiès et Kaolack, régions qui ont les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile les moins élevés.

La répartition inéquitable des ressources concerne également le personnel de santé. Selon le Plan national de développement des ressources humaines en santé (2011-2018), 71% des médecins sont concentrés à Dakar et Thiès contre 29% pour le reste du pays ; de même 56,1% des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et des Sages Femmes d'Etat (SFE) sont à Dakar et Thiès contre 43,9% pour les 12 autres régions.

L'insuffisance des capacités du système à capturer les opportunités en vue de renforcer la performance des programmes prioritaires ne permet pas de faire des progrès significatifs vers la CSU.

Les nouvelles initiatives de financement telles que le Global Financing Facility (GFF), le nouveau modèle de financement du Fonds mondial etc., offrent une opportunité pour renforcer les progrès dans le domaine de la SRMNIA considérée comme une priorité pour le secteur de la santé.

Au niveau national, des efforts sont entrepris dans le cadre du Plan d'Urgence de Développement Communautaire (PUDC) pour résorber les gaps au niveau communautaire. La phase 2 du Millenium Challenges Account (MCA) et le Plan d'Urgence de Modernisation des Axes frontaliers (PUMA) en cours de formulation ont également pour ambition de contribuer de façon significative à résorber les retards dans la couverture en infrastructures dans leurs zones d'intervention. Toutefois le secteur de la santé n'a pas pu bénéficier directement de ces différentes initiatives dans leurs premières phases, même si les volets considérés comme plus urgents, constituent des déterminants qui ont un impact sur le secteur de la santé. La deuxième phase du PUDC devrait être une opportunité d'inscrire la santé parmi les domaines prioritaires.

Le Sénégal dispose d'un secteur privé de la santé dynamique qui a contribué pour 0,2% du PIB en 2010. Toutefois, le potentiel offert par le dynamisme de ce secteur privé n'est pas suffisamment valorisé par le système public. D'une part, l'offre de services de santé du secteur privé est insuffisamment capitalisée au profit de la densification de la couverture sanitaire ; d'autre part, les données et contributions du secteur privé à l'offre de services sont faiblement capturées et valorisées dans le calcul et l'analyse des indicateurs de santé. Et pourant, le recours au partenariat public-privé constitue une opportunité pour l'Etat de renforcer la disponibilité des services, particulièrement dans la perspective du développement de la CMU. Enfin les conditions d'accès aux crédits d'investissements et aux incitations fiscales limitent les capacités du secteur privé de la santé à offrir des prestations accessibles.

L'offre de services de santé des armées et des autres départements ministériels occupe une place importante dans le système sanitaire. Les données de ces acteurs commencent à être capitalisées par le système d'information sanitaire.

Les paquets de services ne sont pas adaptés aux exigences de l'extension de la couverture maladie universelle (cmu) et aux évolutions du profil épidémiologique.

Les résultats des comptes nationaux de la santé 2013 révèlent que seuls 9,62% des dépenses courantes de santé sont consacrées à la santé de la mère et de l'enfant (voir tableau 2) bien qu'elle soit considérée comme domaine prioritaire. Les maladies non transmissibles ont absorbé près de 30% des dépenses courantes de santé ; ce qui en fait le deuxième poste de dépenses courantes après les maladies infectieuses.

Tableau 2 : Répartition des dépenses courantes par maladies/affections en 2013

Classification des maladies / affections	Dépenses (FCFA)	Proportion
Maladies infectieuses et parasitaires	162 074 941 275	39,55%
Santé de la reproduction	39 425 274 146	9,62%
Carences nutritionnelles	15 484 018 725	3,78%
Maladies non transmissibles	122 769 943 965	29,96%
Traumatismes	24 982 675 032	6,10%
Non liées à une maladie spécifique	108 089 919	0,03%
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	44 978 864 458	10,98%
TOTAL	409 823 807 520	100,00%

Source CNS 2013

Le manque de cohérence entre la priorité accordée aux paquets de services et les ressources allouées constitue aussi un handicap à la lutte contre la maladie.

On note que les PTF contribuent pour 81,33% au financement des dépenses courantes de santé consacrées à la santé de la mère et de l'enfant (tableau 3). La pérennisation des acquis ne sera garantie que lorsque l'Etat aura inversé cette tendance en y consacrant des ressources substantielles.

Tableau 3 : Répartition des dépenses de santé liées à la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et infantile

Agents de financement	Dépenses (FCFA)	Proportion
Administration publique	33 83 398 934	13,63%
Entreprises	320 295 937	1,29%
Ménages	852 444 147	3,43%
ISBLSM	79 777 838	0,32%
Reste du monde	20 193 361 727	81,33%
TOTAL	24 829 278 583	100%

Source : CNS2013 (base de données)

Le manque de cohérence entre la priorité accordée aux paquets de services et les ressources allouées constitue aussi un handicap à la lutte contre la maladie.

L'aptitude à fournir des médicaments et des produits essentiels de qualité et autres produits de santé (sang) est à améliorer

Ces dix dernières années, la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) a mis en œuvre plusieurs stratégies pour rendre disponibles et accessibles les médicaments et produits essentiels. Il s'agit principalement du renforcement du maillage du territoire par la mise en place de onze Pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA), de la mise en place dans les structures sanitaires de dépôts-ventes avec reversement de la marge (DVRM), de la mise en œuvre d'initiatives innovantes⁹.

9 « Jegesi naa » (je me suis rapproché) : Distribution des médicaments et produits essentiels jusqu'au niveau des dépôts de districts

« Yeksi naa » (je suis arrivé) : Distribution des médicaments et produits essentiels jusqu'au niveau des postes de santé

Le secteur privé complète les efforts de l'Etat. Il dispose de 5 unités de production et de reconditionnement, de 6 grossistes répartiteurs privés et de 1193 officines privées et dépôts de médicaments. Il offre une plateforme nationale d'approvisionnement et de distribution de spécialités et de génériques.

Malgré les progrès réalisés, des difficultés persistent pour assurer la disponibilité continue des médicaments, développer la production nationale et lutter de manière plus efficace contre le marché illicite des médicaments.

Par ailleurs, les insuffisances identifiées dans la disponibilité du sang et de ses dérivés limitent les capacités du système à lutter de façon efficace contre la mortalité maternelle, infantile et à prendre en charge correctement des maladies non transmissibles comme l'insuffisance rénale, les cancers mais aussi les victimes d'accidents de la circulation qui font souvent recours à la transfusion sanguine. Malgré une augmentation en moyenne de 13 % par an du nombre de dons de sang dans le pays durant ces dix dernières années, le Sénégal ne collecte que 6 dons pour 1000 habitants alors que l'OMS recommande au moins 10 dons pour 1000 habitants.

L'achat stratégique et les autres modalités de transfert de ressources devraient être renforcés pour améliorer la qualité des services.

Depuis 2010, le Sénégal expérimente une approche de «mix-achat» 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 (MAP) et le financement direct. Le recours du ministère en charge de la santé à l'utilisation du «mix achat» vise à renforcer la capacité du système tout en maintenant un certain niveau de compétitivité et de motivation du personnel.

L'évaluation du FBR a montré des améliorations sur certains aspects, notamment le statut de l'ICP, la gestion participative et la bonne gouvernance, la qualité des services, la gestion des médicaments. Au niveau des EPS, les CPOM ont contribué à améliorer (i) la qualité des services, (ii) le système de référence/contre référence, (iii) le système d'information et (iv) le système de gestion.

L'absence d'une évaluation globale de ces mécanismes ne permet pas de capitaliser les leçons apprises et d'identifier les complémentarités et synergies d'actions.

La disponibilité et l'accessibilité des paquets de services de qualité à moindre coût pour la population restent dépendantes des défis suivants :

- *la disponibilité et la fidélisation du personnel de santé avec une planification de la relève ;*
- *la fonctionnalité des infrastructures sanitaires et des équipements avec le respect de la carte sanitaire ;*
- *la disponibilité géographique et l'accessibilité financière des médicaments et produits essentiels de qualité et du sang ;*
- *l'institutionnalisation des mécanismes d'achat stratégique qui ont fait leurs preuves ;*
- *le développement du partenariat public privé ;*
- *l'application de critères objectifs d'allocation des ressources financières*

2.2 PROTECTION CONTRE LES RISQUES AFFECTANT LA SANTÉ

La maîtrise de la charge de morbidité par la lutte contre les maladies évitables constitue un axe majeur de renforcement de l'efficacité dans le secteur de la santé. Le rapport 2010 sur la santé dans le monde¹⁰ estime que 20 à 40% des dépenses de santé ont été utilisées de manière inefficace. Une des causes identifiées est la persistance des maladies évitables par une action sur les déterminants sociaux de la santé.

Les déterminants sociaux de la santé sont définis comme étant « les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, y compris le système de santé ». (OMS 2004). La SNFS met l'accent sur les déterminants à haut impact sur la santé des populations.

Les résultats de l'analyse de la situation des déterminants de la santé sont résumés ci-après : L'insuffisance notée dans la fonctionnalité des cadres multisectoriels ne permet pas d'atténuer de façon significative les risques liés aux déterminants de la santé des populations.

L'utilisation des services de santé se pose avec acuité dans les zones à indice de pauvreté plus élevé notamment dans les régions de Kolda (76,6%), Kédougou (71,3%), Sédhiou (68,3%) et Ziguinchor (66,8%).

Des insuffisances sont notées dans l'application des textes législatifs et réglementaires en rapport avec les déterminants de la santé. Cela a un impact négatif sur la santé et la qualité de vie des populations. Il s'agit des textes en rapport avec (i) l'hygiène, l'eau et l'assainissement, (ii) la lutte antitabac, (iii) l'alcool et autres boissons, (iv) l'usage des stupéfiants, (v) la préservation de l'environnement, (vi) la santé et sécurité au travail, (vii) le contrôle des médicaments et des aliments, (viii) l'exercice des professions de santé, (ix) l'aménagement du territoire, etc.

Le contexte socio-culturel est marqué par la persistance de croyances et pratiques traditionnelles néfastes pour la santé (interdits alimentaires, excision, mariage précoce, lévirat et sororat etc.). De même, l'éffritement du capital social à travers le développement de l'individualisme, la perte progressive des valeurs de solidarité, la nucléarisation des familles se fait de plus en plus ressentir dans la vie sociale. L'utilisation abusive des technologies de l'information et de la communication (TIC) s'accompagne également d'effets néfastes sur la santé.

L'inefficacité des initiatives de promotion de la santé contribue à renforcer l'exposition des individus aux effets des déterminants comportementaux.

Les résultats de l'enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles révèlent que la prévalence globale de la consommation du tabac est de 5,9%. Les sénégalais consomment en moyenne 3,5 portions de fruits et légumes par jour, alors que le nombre de portions recommandé est de 5. Près de 14% de la population fait moins de 150 minutes d'activité physique modérée par semaine.

La recrudescence des accidents de la route constitue un lourd fardeau pour la santé des populations. En 2016, 24 000 victimes ont été enregistrées dont 606 décès, d'après la Direction des transports routiers. Il est reconnu que la plupart des accidents sont liés aux comportements humains.

Concernant les IST, le multipartenariat, les rapports sexuels non protégés sont des facteurs de risque de leur propagation. Selon l'EDS-MICS 2010-2011, 19% des adolescent(e)s de 15- 19 ans ont une vie sexuelle active. Le poids des grossesses précoces est important avec un taux de 16% d'adolescentes ayant déjà donné naissance à un enfant au moins. La question du mariage précoce

10. OMS, rapport sur la santé dans le monde : le financement de la santé, le chemin vers la couverture sanitaire universelle - 2010

chez les adolescentes a un lien avec les grossesses précoces ; 24% des adolescentes de 15-19 ans sont mariées ou en union.

Les problèmes de santé évoqués pourraient être résolus à travers un programme de promotion adapté. Cependant, la promotion de la santé n'est pas suffisamment prise en compte dans la répartition des ressources.

L'absence de stratégies communes et inclusives sur les déterminants liés au système de santé limite les efforts visant à rationaliser les dépenses de santé.

L'éloignement, l'enclavement, l'insuffisance d'aménagements adaptés aux personnes handicapées, le coût élevé des prestations de santé ou le manque de couverture sanitaire, constituent des obstacles à l'accès équitable aux services de santé.

L'accueil est un élément important dans la prise en charge du patient. Des manquements tels que l'engorgement des structures de santé, l'aménagement inadapté, l'insalubrité des locaux, le manque d'humanisation des soins et de socialisation des structures, ont un impact négatif sur la qualité de l'offre de services.

Il est reconnu que le développement durable ne pourra se réaliser sans la prise en compte des principes d'équité et d'égalité de genre. Conscient de cette exigence, le gouvernement du Sénégal a adopté la Stratégie Nationale d'Equité et d'Egalité de Genre (SNEEG 2009-2015). Toutefois, les femmes, les personnes handicapées, les personnes âgées et les enfants, dans leur grande majorité, continuent de subir de façon disproportionnée des difficultés d'accès aux services sociaux de base.

Les trois défis majeurs tirés de l'analyse de la situation sur les déterminants de la santé sont résumés ci-après :

- *le renforcement de la promotion de la santé ;*
- *l'intégration de la dimension genre dans les politiques, programmes et interventions ;*
- *la mise en place d'un cadre unique de coordination de la multisectorialité.*

2.3 MISE EN COMMUN DES RISQUES

Depuis son indépendance, l'Etat du Sénégal a impulsé le développement de plusieurs régimes de mise en commun des risques au bénéfice de différents segments de la population. Plusieurs initiatives ont été lancées récemment pour étendre la couverture du risque maladie à l'ensemble de la population.

Malgré ces efforts, l'extension de la couverture et la réduction de la fragmentation des régimes de financement restent des défis majeurs.

2.3.1 REGIMES OBLIGATOIRES

Imputation budgétaire : L'Etat, en tant qu'employeur, assure la couverture du risque maladie de ses agents en activité et des fonctionnaires à la retraite ainsi que de leurs ayants droit à travers le régime de l'imputation budgétaire. L'imputation budgétaire couvre 80% des frais d'hospitalisation, de consultation, des examens et analyses. Les principaux atouts du régime d'imputation budgétaire incluent la disponibilité de ressources financières dans le budget de l'Etat et l'absence de contribution en amont par les bénéficiaires. Cependant, le régime souffre de plusieurs faiblesses dont l'absence de la prise en charge des médicaments, l'insuffisance de structures agréées, la non acceptation des imputations budgétaires par les centres et postes de santé et les retards dans le remboursement.

Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) : Depuis 1975, l'Etat a instauré le régime contributif obligatoire des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) pour assurer la couverture maladie des travailleurs salariés du secteur privé ainsi que leurs ayant-droits. Les IPM couvrent la maladie non professionnelle à hauteur de 50% à 80% des frais médicaux et pharmaceutiques sur la base d'une cotisation paritaire du travailleur et de l'employeur. Le régime des IPM a démontré sa résilience qui repose sur plusieurs atouts dont l'attractivité du paquet de services (secteur privé et médicaments), le niveau de professionnalisation de la gestion (siège, gestion informatisée, etc.), l'existence d'IPM inter-entreprises et leur déploiement sur l'ensemble du territoire. Le régime des IPM est confronté cependant à plusieurs faiblesses dont l'évasion sociale des employeurs, l'insuffisance de l'équité, la faiblesse dans la gouvernance et la gestion. Par ailleurs, la gestion de la consommation des services fait face aux dérapages dûs à la fraude des bénéficiaires, des professionnels de santé et à l'absence de contrôle médical et de médecin-conseil.

Autres régimes obligatoires : Les agents du secteur privé et les agents de l'Etat non-fonctionnaires à la retraite ainsi que leurs ayant-droits bénéficient d'une couverture médicale par le canal de l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES). La Caisse de Sécurité Sociale (CSS) prend en charge les accidents de travail et les maladies professionnelles dont sont victimes les travailleurs sur la base de la contribution des employeurs. Les centres des œuvres universitaires prennent en charge les étudiants pour les soins courants (consultations, médicaments, analyses, soins dentaires et hospitalisations). Les structures privées non affiliées à une IPM sont tenues de souscrire une assurance santé pour leur personnel et leurs ayants droits. Enfin, il existe d'autres mécanismes spécifiques parmi lesquels on peut citer la médecine d'entreprise et le fonds de garantie automobile pour les victimes d'accidents de la circulation.

2.3.2 REGIMES CONTRIBUTIFS NON OBLIGATOIRES

Assurances commerciales. Les assurances privées sont régies par le code CIMA (Conférence Interafricaine du Marché des Assurances). Elles couvrent en règle générale des particuliers qui ont un niveau de revenu assez élevé. La force des assurances privées repose sur l'attractivité des paquets de bénéfices offerts et le professionnalisme de la gestion. Cependant, l'offre du produit « assurance santé » qui est toujours faible, l'émiettement des risques couverts et les niveaux élevés des primes limitent les potentialités de contribution significative de l'assurance maladie privée à but lucratif à l'extension de la couverture du risque maladie.

Mutuelles de santé au 1er franc ou mutuelles de santé communautaires : Elles sont créées pour les populations du secteur informel et du monde rural non affiliées à un régime d'assurance maladie obligatoire. Leurs paquets de bénéfices ont été élargis et harmonisés grâce aux subventions de l'Etat à hauteur de 100% pour les indigents (bénéficiaires de bourses de sécurité familiale, titulaires de cartes d'égalité des chances) et de 50% pour les autres. D'autres indigents sont pris en charge dans les mutuelles de santé par les collectivités locales. En 2016, 672 mutuelles de santé ont été dénombrées sur l'ensemble du territoire : toutes les communes du pays disposent d'une mutuelle de santé au moins et chaque département dispose d'une union départementale de mutuelles de santé.

Mutuelles de santé complémentaires : Elles sont créées par des agents relevant de la fonction publique pour leur permettre de bénéficier de garanties plus larges que celles que procure le régime d'imputation budgétaire. On peut citer la mutuelle des agents de l'Etat, la mutuelle des Forces Armées, la mutuelle de la douane, la mutuelle générale de l'éducation etc.

2.3.3 REGIMES D'ASSISTANCE MEDICALE

Plusieurs mécanismes d'assistance médicale ont été lancés au Sénégal dont ceux ciblant des individus ou des prestations.

Mécanismes ciblant les individus : ces régimes ciblés couvrent différentes catégories de la population définies selon l'âge ou la vulnérabilité. Le « Plan SESAME » concerne les personnes âgées de 60 ans et plus. La gratuité des soins pour les moins de cinq ans assure la prise en charge de certaines prestations au profit des enfants de cette tranche d'âge.

Mécanismes ciblant des prestations : Plusieurs prestations et services sont fournis gratuitement grâce aux subventions de l'Etat. La gratuité de la césarienne est pratiquée dans les centres de santé dotés de blocs SOU et dans les hôpitaux. La dialyse est gratuite dans les structures publiques dotées d'une unité d'hémodialyse.

Enfin, il existe des initiatives de gratuité portées par des programmes du ministère en charge de la santé (antirétroviraux (ARV) et antituberculeux) et la subvention de certains médicaments et produits spécifiques destinés à la prise en charge des maladies à soins coûteux dont certains anti-cancéreux et l'insuline.

Les différents régimes d'assurance du risque maladie et d'assistance médicale au Sénégal sont fragmentés.

Chaque régime dispose de son propre mécanisme de fonctionnement sans interconnexion. La couverture du risque maladie est assurée à travers plusieurs mécanismes à savoir les imputations budgétaires gérées par le ministère chargé des finances, les initiatives récentes de subventions aux mutuelles de santé pour les populations non couvertes par un régime d'assurance obligatoire et les subventions aux structures de santé à travers l'ACMU dans le cadre des initiatives de gratuité. Egalement, la coordination des institutions de prévoyance maladie est assurée par l'ICAMO qui est sous la tutelle du ministère en charge du travail et les assurances commerciales par le ministère en charge des finances.

En résumé, l'analyse de la situation de la mise en commun des risques et des ressources permet de relever l'inexistence d'un cadre institutionnel unifié, source d'inefficience et de fragilité. Cette situation a pour conséquence majeure un manque de solidarité réelle et agissante entre les sociétaires des différents régimes existants.

L'importance relative des différents régimes et du paiement direct des ménages est matérialisée dans le tableau 4.

Tableau 4 : Part des différents régimes et du paiement direct des ménages dans les dépenses en santé

Rubriques	Montants (F CFA)	Proportion
Régimes de l'administration publique	131 111 703 580	31,99%
Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	27 125 218 550	6,62%
Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	25 218 393 340	6,15%
Paiement direct des ménages	226 368 492 040	55,24%
TOTAL	409 823 807 510	100,00%

CNS 2013

Pour progresser vers la Couverture Sanitaire Universelle, il faudra faire face aux défis communs aux régimes d'assurance maladie et d'assistance médicale que sont :

- La soutenabilité des initiatives de gratuité de la CMU ;
- La pérennisation du financement du programme de la CMU ;
- La définition d'un paquet de services essentiels garanti ;
- Le développement de mécanismes d'adhésion obligatoire ;
- La mise en place d'un système de gestion unifié des différents régimes de couverture maladie ;
- Le renforcement du ciblage et l'identification des bénéficiaires des régimes d'assistance médicale ;
- Le renforcement du pilotage et de la coordination des différents régimes ;
- La mise en place du système d'informations intégré opérationnel.

2.4 MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

2.4.1 DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ

Pour la part de l'Etat : Entre 2012 et 2017, le budget du Ministère en charge de la santé est passé de 110 505 288 086 FCFA à 163 522 351 000 FCFA, soit une augmentation de 53 017 062 914 FCFA en valeur absolue et 47,97 % en valeur relative (graphique 1).

Malgré ces efforts, le budget consacré à la santé est encore faible : il se situe à 8% du budget national alors que les engagements des chefs d'Etat Africains à Abuja en 2001 sont de le porter à 15%.

En outre, si le taux d'exécution pour le budget de fonctionnement dépasse régulièrement 90%, celui du budget d'investissement atteint rarement 70% du fait, entre autres, des contraintes liées aux procédures de décaissement et à la planification des dépenses d'investissement.

Tableau 5 : Evolution du budget du ministère en charge de la santé de 2012 à 2017 (en milliards de FCFA)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dépenses de personnel	36 532 629 086	35 388 243 500	35 879 390 760	35 983 860 980	35 218 972 660	36 174 009 000
Dépenses de fonctionnement	10 125 322 000	10 235 685 000	10 325 170 000	7 515 597 000	8 000 597 000	7 675 537 000
Transferts courants	24 902 337 000	27 556 245 000	28 756 245 000	34 123 245 000	37 823 245 000	39 265 805 000
Investissements exécutés par l'Etat	36 086 000 000	36 750 000 000	39 465 659 000	46 750 000 000	62 272 000 000	71 142 000 000
Transferts en capital	2 859 000 000	13 762 000 000	12 669 000 000	10 194 000 000	6 775 000 000	9 265 000 000
TOTAL	110 505 288 086	123 692 173 500	127 095 464 760	134 566 702 980	150 089 814 660	163 522 351 000

DAGE, MSAS

Pour les Collectivités locales : La contribution des collectivités locales dans le financement de la santé sur fonds propres est de 1%¹¹. Ce faible niveau de contribution s'explique en partie par les ressources limitées de certaines d'entre elles.

En ce qui concerne les PTF, les comptes nationaux de la santé 2005 ont estimé à 21% la part de l'assistance étrangère dans les dépenses totales de santé dont 59% des fonds proviennent de la coopération bilatérale, 14% de la coopération multilatérale, 26% des ONG. En 2013, la part de l'appui des PTF dans les dépenses totales de santé a baissé à 14% dont 19% provenant de la coopération bilatérale, 80% de la coopération multilatérale.

Le ministère en charge de la santé est le principal bénéficiaire des ressources de l'appui des PTF allouées au secteur de la santé à hauteur de 63% en 2005 et de 68% en 2013. Du point de vue du respect des principes de la Déclaration de Paris, l'appui des PTF s'insère dans les priorités de l'Etat en matière de santé ; certains parmi eux commencent à expérimenter les procédures nationales. Il faut noter que le décalage des cycles de planification budgétaire, les différences de procédures de mobilisation et d'exécution des ressources financières entre l'Etat du Sénégal et certains partenaires constituent des difficultés importantes dans le respect des principes d'alignement et d'harmonisation. Les diverses procédures d'exécution, souvent complexes, ont conduit quelques fois à des difficultés dans la réalisation des activités. Il s'y ajoute que le ministère en charge de la santé est confronté à un problème de prévisibilité du financement extérieur.

2.4.2 DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ

Depuis 2005, les résultats des comptes nationaux de la santé montrent que les dépenses privées ont toujours constitué la part la plus importante du financement du secteur. En effet, le financement privé qui prend en compte les dépenses des ménages, des entreprises et des ONG est passé de 43% des dépenses de santé en 2005 à 64% en 2013.

Pour les Entreprises : Entre 2005 et 2008, les dépenses de santé des entreprises sont passées de 9% à 11%. En 2013, ce niveau a connu une baisse pour se situer à 5%¹² des dépenses totales de santé.

Pour les Ménages : Depuis la généralisation de l'Initiative de Bamako dans les années 90, les ménages sont devenus une source de financement importante des formations sanitaires publiques. En 2013, la part des dépenses des ménages dans les dépenses totales est évaluée à 58%. Près de 95% des dépenses des ménages sont constituées de paiements directs et moins de 5% des contributions dans les systèmes d'assurance maladie. Une part importante des paiements directs des ménages dans la santé sert à l'achat des médicaments dans les officines privées de pharmacie ; en effet, ils ont dépensé 135,6 milliards de FCFA pour l'achat de médicaments. De même, ils ont contribué à hauteur de 65% des dépenses au niveau des postes de santé et plus de 40%¹³ des dépenses dans les centres de santé et autres établissements publics de santé.

Le paiement direct des ménages est au cœur de la problématique des réformes du financement de la santé car il constitue une source d'exclusion des services de santé et un risque d'appauvrissement.

Des efforts sont en cours pour mettre en place des mécanismes de prépaiement comme l'adhésion et les cotisations dans les mutuelles de santé. Des mesures plus énergiques seront nécessaires pour l'instauration de mécanismes de prépaiement obligatoire pour couvrir l'ensemble de la population et réduire significativement les paiements directs des ménages.

L'analyse de la situation actuelle de la mobilisation des ressources financières met en évidence les défis majeurs suivants :

- *l'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des ressources ;*
- *l'allègement du fardeau des dépenses de santé supportées par les ménages ;*
- *l'amélioration du taux d'exécution du budget d'investissement ;*
- *la réduction des délais de mise à disposition des Fonds de dotation ;*
- *le renforcement de la contribution de l'Etat et des collectivités locales à partir de leurs fonds propres dans le financement de la santé ;*
- *le renforcement de la mobilisation des ressources du secteur privé ;*
- *l'amélioration de la prévisibilité et de la mobilisation des ressources extérieures.*

III. CADRE STRATEGIQUE DE FINANCEMENT DE LA SANTE

La stratégie de financement de la santé décline la façon dont les pouvoirs publics comptent surmonter les défis majeurs relevés dans l'analyse situationnelle pour garantir le droit à la santé et à un environnement sain pour tous conformément à la Constitution du Sénégal. L'identification des sources de financement et la détermination de la stratégie de mobilisation de ressources pour la santé en constituent les enjeux majeurs .

3.1 VISION DE LA SNFS

La stratégie nationale de financement de la santé repose sur une vision d'un Sénégal où toutes les populations ont accès à des services de santé de qualité sur la base d'un financement durable respectant les principes d'équité et de solidarité.

3.2 PRINCIPES ET VALEURS

La stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la CSU repose essentiellement sur les valeurs et principes suivants :

Multisectorialité : la SNFS étant une politique gouvernementale qui se particularise par son caractère multisectoriel, sa mise en œuvre requiert l'implication active d'une pluralité d'acteurs ;

Ethique et intégrité : elles sont traduites à travers l'adoption de comportements individuels (prestataire, décideur politique, usager, etc.) exclusivement respectueux de la dignité des personnes ;

Efficience et qualité des services : l'utilisation à bon escient des ressources doit permettre de rendre disponible un paquet de services essentiels garanti répondant aux standards de qualité ;

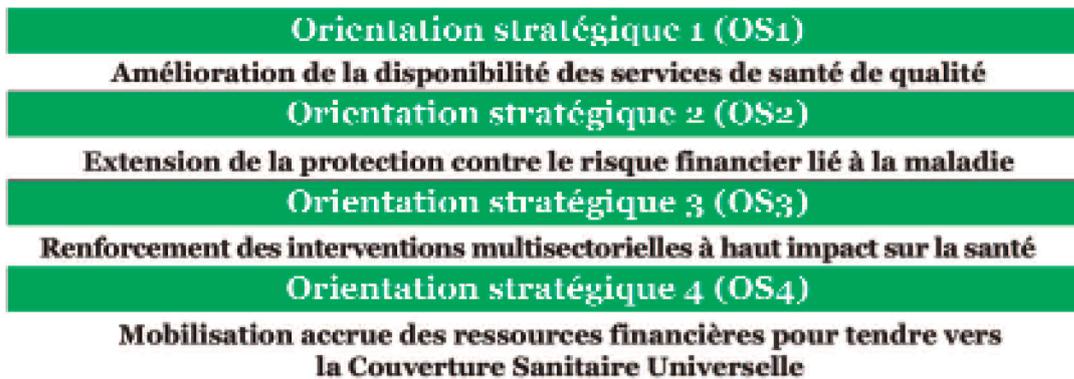
Participation et inclusion : dans la perspective de la Couverture Sanitaire Universelle, il est nécessaire de promouvoir une synergie d'actions des différentes parties prenantes ;

Équité et solidarité : le principe d'équité sera clairement positionné dans les critères qui soutiennent les décisions sur l'allocation des ressources en vue de démocratiser l'accès aux services de santé. La recherche de l'équité sera combinée avec le principe de solidarité pour assurer l'inclusion sociale des indigents et des groupes vulnérables dans les mécanismes de couverture du risque maladie ;

Redevabilité et transparence : elles sont centrées sur le devoir de rendre compte et un droit à l'information quelle que soit la position des acteurs impliqués dans la gestion, la gouvernance ou l'utilisation des services.

3.3 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Pour donner corps à cette vision, quatre orientations stratégiques complémentaires sont retenues :



3.3.1 OS1 : Amélioration de la disponibilité des services de santé de qualité

Pour garantir l'accès équitable à des services de santé de qualité, des efforts sont nécessaires pour mettre à niveau le système d'offre de services, renforcer sa résilience et sa capacité d'adaptation aux besoins des populations. Afin de concrétiser cette option stratégique, les lignes d'actions suivantes sont identifiées :

Ligne d'actions 1 : Densification et démocratisation de l'offre de services de santé

Pour progresser vers la CSU, l'Etat du Sénégal intensifiera les efforts visant à assurer une disponibilité géographique des paquets de services de qualité définis par la carte sanitaire à un coût moindre pour la population. Dans cette perspective, le ministère en charge de la santé veillera à la bonne exécution d'un Programme de Densification de la Carte Sanitaire et Sociale (PDCS) pour satisfaire les besoins en matière d'offre de services. Une des options phares de la SNFS est l'institutionnalisation d'un paquet de services essentiels garanti (PSEG) à toutes les populations sénégalaises quelle que soit leur situation socioéconomique. En outre, l'Etat mettra en place des ressources techniques et matérielles nécessaires pour garantir la maintenance des infrastructures et des équipements à tous les niveaux.

Le Ministère en charge de la Santé va initier un dialogue avec le Ministère en charge des finances, le Ministère en charge de la fonction publique, les collectivités territoriales et les partenaires techniques et financiers pour renforcer le système de gestion des ressources humaines en vue de garantir la disponibilité d'un personnel adapté aux besoins. Des efforts seront nécessaires pour doter la Direction des Ressources Humaines (DRH) de moyens adaptés à la mise en œuvre du plan national de développement des ressources humaines en santé. Le ministère en charge de la santé développera des mécanismes qui assurent la disponibilité d'un personnel qualifié dans les zones difficiles avec un plan de relève, rendent disponibles les spécialistes dans les régions avec un plan de fidélisation. Des initiatives devraient être prises par le Gouvernement pour le respect des normes de la carte sanitaire en matière de ressources humaines et la promotion de la décentralisation des postes budgétaires.

L'Etat mettra en place les instruments fonctionnels et efficaces pour favoriser un partenariat public-privé performant afin de tirer un meilleur profit des avantages comparatifs de l'utilisation des différentes plateformes disponibles dans le secteur de la santé. A cet effet, le ministère en charge de la santé devra instaurer et faciliter le dialogue avec le Ministère des finances, le secteur privé de la santé, les collectivités locales pour mettre en place des mesures incitatives et autres

mécanismes d'allègement des charges. Il contribuera à la mise en place d'un fonds de garantie et de services d'accompagnement technique en vue de faciliter la contribution effective du secteur privé de la santé à la mise en œuvre de la CSU. Un allègement de la réglementation qui encadre l'installation des structures privées pourrait être envisagé.

Le ministère en charge de la santé facilitera le dialogue et le développement de partenariats stratégiques entre la PNA, l'industrie locale et le secteur privé local en vue de faire du Sénégal une plateforme pharmaceutique en mesure de rayonner dans la sous-région ouest africaine.

Ligne d'actions 2 : Amélioration effective de la qualité des services

Afin de renforcer la capacité de l'offre de services à répondre aux besoins des populations, des efforts seront nécessaires pour (i) améliorer la qualité de l'accueil à tous les niveaux, (ii) doter les structures responsables des urgences de moyens adéquats, (iii) créer des pôles d'excellence régionaux, (iv) renforcer la gestion communautaire et (v) renforcer le partenariat avec l'université et le secteur privé.

Pour garantir la continuité de la prise en charge du patient, le dispositif de référence contre référence sera amélioré.

Par ailleurs, le renforcement institutionnel du dispositif en charge de la qualité permettra de garantir le respect des politiques, normes et protocoles afin de répondre efficacement aux attentes des populations.

L'Etat du Sénégal devrait également renforcer les capacités de résilience du système de santé pour répondre aux urgences sanitaires (épidémies, catastrophes etc.).

Le ministère en charge de la santé mettra en place des instruments efficaces pour accompagner les exigences de qualité et de disponibilité de services liées au développement de la CSU. A ce titre, la complémentarité des transferts budgétaires à travers les CPOM, les contrats de performance, le financement basé sur les résultats et le financement direct est une option viable pour améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources destinées à la santé mais aussi renforcer la qualité des services et la motivation du personnel. En outre, le ministère en charge de la santé initiera un dialogue avec le Ministère en charge des Finances et les collectivités locales en vue de promouvoir l'appropriation des mécanismes d'achat stratégique par ces derniers et les communautés.

Ligne d'actions 3 : Disponibilité et accessibilité des médicaments et produits essentiels de qualité

Le Ministère en charge de la santé va renforcer les capacités du secteur pharmaceutique pour assurer une disponibilité et une accessibilité du médicament et des produits essentiels de qualité. A cet effet, le ministère en charge de la santé devra assurer une viabilité technique et financière de la chaîne d'approvisionnement (Jegesi naa, Yeksi naa)¹⁴, promouvoir la production locale de médicaments et produits essentiels de santé. Les cadres législatif et réglementaire devront être revus pour garantir la disponibilité et la qualité des médicaments et lutter contre la vente illicite des médicaments et produits pharmaceutiques.

Egalement, une politique de transfusion sanguine révisée devra accorder une attention particulière au renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) en vue d'assurer la disponibilité permanente et l'accessibilité du sang et de ses dérivés à tous les niveaux.

¹⁴ Jegesi naa « je me suis rapproché » : distribution jusqu'au niveau district, Yeksi naa « je suis arrivé » : distribution jusqu'au niveau des PPS

Quelques mesures phares ou projets prioritaires d'opérationnalisation des lignes d'actions de l'OS 1

- Développement d'un plan d'investissement à court et moyen terme pour la densification et la démocratisation de l'offre de services de santé ;
- Mise en œuvre d'un plan de développement à moyen et long terme des ressources humaines avec un accent sur les mécanismes de fidélisation du personnel ;
- Développement d'un programme intégré de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles ;
- Mise en œuvre des réformes prioritaires pour améliorer la disponibilité et la qualité des paquets de services ;
- Renforcement de la réglementation du médicament ;
- Développement d'un plan de renforcement des capacités institutionnelles de la chaîne d'approvisionnement
- Opérationnalisation du dispositif en charge de la politique de la qualité des services.

3.3.2 OS2 : EXTENSION DE LA PROTECTION CONTRE LE RISQUE FINANCIER LIÉ À LA MALADIE

La protection contre le risque financier se fera par la minimisation et à terme, la suppression du paiement direct à travers des mécanismes d'adhésion obligatoire dûment ciblés, sans exclusion des pauvres.

Ligne d'actions 1 : Extension progressive de la couverture au secteur informel et au monde rural

Cette extension se fera par une mise en place progressive de mécanismes d'adhésion obligatoire étant donné que l'adhésion sur une base volontaire pourrait constituer un obstacle majeur pour progresser à un rythme prédéterminé vers la Couverture Sanitaire Universelle. L'adhésion obligatoire à un dispositif d'assurance maladie passera par l'institutionnalisation d'une obligation attachée ou couplée à des bénéfiques (obtention de permis, registre de commerce, NINEA, soumission aux marchés publics, accès aux micro-crédits, distribution de semences etc.) pour des segments de la population entretenant des relations avec l'Administration Publique. Cette option permettra de réduire la sélection adverse. Elle favorisera un assouplissement des modalités d'adhésion, une amélioration du ciblage, un renforcement de l'équité et une amélioration de la protection financière des ménages. Elle aura l'avantage de faciliter la réceptivité et l'acceptabilité sociale. Elle contribuera au renforcement des sources obligatoires avec réduction des coûts associés à la collecte des cotisations, la minimisation des contributions volontaires des individus, des ménages et la sécurité dans le financement.

Ligne d'actions 2 : Affiliation des indigents

La prise en charge des indigents concerne la frange de la population qui ne pourra pas s'acquitter de droits d'adhésion et de cotisations aux mutuelles de santé. Un ciblage rigoureux permettra d'identifier les populations économiquement faibles, ayant droit à l'assistance médicale ; une telle disposition permettra une meilleure rationalisation des ressources. Le ministère en charge de la santé devra renforcer le maillage du pays en CPRS et SDAS dotés de moyens adaptés. Dans cette perspective, il s'agira de capitaliser les plateformes et instruments existants, notamment le registre national unifié et les systèmes de ciblage à travers les services de l'Action sociale, de l'ACMU, de la DGPSN, etc.

Ligne d'actions 3 : Unification des mécanismes de gouvernance des régimes de couverture

Pour assurer une mise en œuvre cohérente et efficiente du système de protection des populations contre le risque maladie, une coordination générale des régimes de couverture doit se faire de manière à atténuer la fragmentation. A cet effet, il s'agira de mettre en place un dispositif unifié. La démarche sera progressive et passera par la coordination pour le secteur formel d'une part et d'autre part pour le secteur informel et le monde rural.

Il s'agira de renforcer la coordination des régimes à travers deux organismes différents mis en place pour la gestion (i) des régimes du secteur formel (imputation budgétaire, IPM, IPRES, CSS etc.) et (ii) des régimes du secteur informel et du monde rural.

L'option d'une Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU) est à envisager. Dans sa conception actuelle, la CAPSU est censée gérer le financement de la CMU et les bourses de sécurité familiale. Sa mise en place favoriserait une meilleure articulation entre la CMU et les filets sociaux.

Un système d'information intégré facilitera le processus de la mise en place du système unifié. La mise en place du système d'information est liée à l'impérieuse nécessité de disposer à temps d'informations de qualité qui non seulement servent de base à la gestion des régimes, mais constituent aussi une source d'informations mises en commun pour mieux comprendre, suivre et orienter la dynamique vers la Couverture Sanitaire Universelle.

Quelques mesures phares ou projets prioritaires d'opérationnalisation des lignes d'actions de l'OS2

- *Développement d'un plan de financement à court et moyen terme de la CMU définissant les options de viabilité du financement et les ressources nécessaires ;*
- *Institutionnalisation d'un paquet essentiel de services garanti (PSEG) à toutes les populations sénégalaises ;*
- *Mise en œuvre d'un plan des réformes prioritaires pour tendre à terme vers un dispositif unifié de gouvernance des régimes de couverture ;*
- *Révision des mécanismes de gestion des initiatives de gratuité.*

3.3.3 OS 3 : RENFORCEMENT DES INTERVENTIONS

MULTISECTORIELLES À HAUT IMPACT SUR LA SANTÉ

La charge de morbidité et l'importance des dépenses de santé y afférentes sont fortement tributaires de facteurs comportementaux et environnementaux dont les réponses relèvent de la compétence de plusieurs secteurs de développement.

Compte tenu du faible niveau initial de couverture et des écarts à combler, les déterminants sociaux de la santé doivent figurer au premier rang des défis à relever.

Ligne d'actions 1 : Application de mesures dissuasives et promotion d'initiatives sur les déterminants comportementaux

Certains facteurs liés au mode de vie sont responsables de la mauvaise santé et agissent négativement sur le bien-être des individus. Il s'agit, entre autres, des mauvaises habitudes alimentaires, de l'usage abusif du tabac, de l'alcool, des drogues et d'autres substances psychoactives, du manque d'activité physique, de la violence et des rapports sexuels non protégés. L'application effective des textes législatifs et réglementaires dans ces domaines constituerait une avancée significative.

Dans le domaine particulier de la lutte contre l'abus d'alcool, il faudra un contrôle plus strict des débits de boissons et une interdiction de vente d'alcool aux abords des espaces scolaires. Il est indispensable de mettre en place une stratégie de promotion d'une alimentation saine et équilibrée et de veiller au contrôle de l'hygiène alimentaire en relation avec les secteurs du commerce, de l'éducation et les institutions de recherche. En effet, les tabous alimentaires et les mauvaises pratiques culinaires sont à l'origine d'une alimentation non équilibrée qui est source de maladies.

Le renforcement de la promotion d'activité physique adéquate permettra de réduire les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et métaboliques. L'insuffisance d'aménagements sportifs et le mode de vie dans les grandes agglomérations ne favorisent pas la pratique d'activité physique.

Il est nécessaire de renforcer le contrôle de l'état de santé des conducteurs en particulier ceux des véhicules de transport en commun et de promouvoir un programme de prévention des comportements à risque pour les usagers de la route. La recrudescence des accidents de la circulation est liée en grande partie au facteur humain (non-respect du code de la route, téléphone au volant, conduite en état d'ivresse, défaut de permis de conduire, mauvais comportements des usagers de la route, etc.).

Le développement rapide des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et des réseaux sociaux peut avoir une influence négative sur le mode de vie et les comportements sexuels des jeunes. L'inversion de cette tendance sera possible avec la promotion de la santé de la reproduction et le renforcement de l'éducation à la vie familiale dans le cadre d'une collaboration entre le ministère en charge de la santé et les ministères chargés de l'éducation, de la famille, de la communication et de la jeunesse. En outre, l'Etat devra accélérer le processus d'élaboration de la loi d'orientation familiale.

Les formes de violences les plus constatées sont verbales, sexuelles et physiques. L'Etat et les organisations de la société civile devront renforcer les stratégies de prévention et de prise en charge des violences notamment celles liées à l'abus d'alcool et à l'usage de la drogue.

Ligne d'actions 2 : Promotion d'initiatives dissuasives sur les déterminants environnementaux

La qualité de l'eau sera renforcée en mettant à contribution les services compétents. L'effort sera fait pour assurer une bonne information des populations sur les méthodes de purification de l'eau. Un accent devra être mis sur la vulgarisation et l'application des codes de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement en luttant efficacement contre les méthodes précaires d'exhaure.

Une attention particulière sera accordée au respect des normes environnementales. La forte croissance du parc automobile vieillissant, le développement de l'industrie extractive sont, entre autres, les principales causes de la pollution de l'air. L'Etat devra s'atteler à renouveler le parc automobile avec des véhicules d'âge moins avancé et moins polluants.

Les réponses préconisées face aux déterminants abordés plus haut ont en commun leur caractère multisectoriel. Elles nécessiteront la mise en place de cadres permettant une participation large et inclusive de toutes les parties prenantes. De ce fait, l'accent sera mis sur le suivi et l'évaluation des actions conjointes sur la base d'une documentation systématique des expériences. Ainsi, un comité de pilotage et d'autres organes de gestion et de coordination seront mis en place pour veiller à l'effectivité de la multisectorialité.

Quelques mesures phares ou projets prioritaires d'opérationnalisation des lignes d'actions de l'OS 3

- Développement d'un plan de renforcement de la gouvernance et de la fonctionnalité du cadre multisectoriel ;
- Mise en œuvre d'un programme intégré d'éducation et de prévention des comportements à risque ;
- Mise en œuvre accélérée du plan d'institutionnalisation du genre ;
- Développement d'un programme de recherche sur les risques liés aux déterminants de la santé.

3.3.4 OS 4 : MOBILISATION ACCRUE DES RESSOURCES FINANCIÈRES POUR TENDRE VERS LA CSU

Pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle, plus de ressources devront être mobilisées au plan domestique mais également à travers l'appui des partenaires techniques et financiers.

Ligne d'actions 1 : Rationalisation de l'utilisation des ressources

La première mesure de mobilisation de ressources additionnelles est pour les usagers comme pour l'Etat, les Collectivités et les partenaires, l'utilisation efficace, voire efficiente, des ressources actuellement disponibles.

La transparence et l'efficacité dans l'utilisation des fonds mis à la disposition de la santé seront renforcées à travers respectivement la reddition des comptes et la diligence à apporter dans l'exécution budgétaire. A cet effet, les ressources seront réparties et exécutées en tenant compte des priorités du secteur. Il s'agira principalement :

- de l'orientation des ressources vers les interventions à haut impact particulièrement sur la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infanto-juvéniles ;
- de l'application de critères d'allocation des ressources budgétaires ;
- de la promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments et produits essentiels ;
- du renforcement de la promotion de la santé ;
- du renforcement de l'adhésion aux mécanismes de prépaiement existants dans la santé ;
- du renforcement des mécanismes de ciblage des bénéficiaires des différentes initiatives de couverture sanitaire.

Ligne d'actions 2 : Augmentation substantielle de la contribution de l'Etat et de ses démembrements au financement de la santé

Au plan interne, il s'agira de mobiliser des ressources additionnelles à travers le budget de l'Etat et des collectivités locales.

Il sera procédé à un plaidoyer auprès du gouvernement et de l'Assemblée Nationale pour l'augmentation du financement de la santé à un niveau qui permettra d'atteindre les objectifs de développement durable en matière de santé. A cette fin, le gouvernement pourrait s'engager sur une progression du budget de la santé vers le seuil d'Abuja d'ici à 2021.

Le renforcement du dialogue avec les collectivités locales dans le contexte de l'Acte 3 de la décentralisation sera indispensable avec la possibilité de combiner plusieurs options stratégiques pour exploiter les potentialités des collectivités locales dans la mobilisation des ressources internes en vue de soutenir les progrès vers la CSU et l'atteinte des ODD santé.

Les crédits du BCI décentralisé destinés à la construction et l'équipement des postes de santé gérés par les collectivités locales, devront être également utilisés de manière efficiente en vue de l'atteinte des objectifs de la CSU.

Des efforts seront également nécessaires pour alléger les procédures de mobilisation des fonds de dotation de la décentralisation et améliorer leur prévisibilité. Ces fonds devront être exécutés en grande partie conformément aux priorités des structures sanitaires.

L'amélioration de la collecte de ressources à partir de la fiscalité locale pourrait contribuer au renforcement des interventions sanitaires des collectivités locales. A cet égard, le gouvernement devra appuyer ces dernières dans la collecte des ressources locales en vue de leur réallocation au profit des structures de santé implantées dans lesdites collectivités.

La coopération décentralisée orientée dans le domaine de la santé sera également renforcée. En vue de développer cette coopération, le gouvernement devrait davantage encadrer les élus locaux sur les démarches et procédures en la matière et les sensibiliser sur l'importance d'orienter celle-ci dans le domaine de la santé.

Ligne d'actions 3 : Développement des stratégies innovantes de financement

Il s'agit d'adopter d'autres méthodes de mobilisation de ressources qui, en fin de compte, permettront notamment de mettre en place des services de santé. A cet effet, les deux initiatives suivantes sont à considérer :

(i) la création d'un Fonds National de Soutien au secteur de la Santé (FNSS)

- un plaidoyer sera fait auprès des autorités pour la création du FNSS, financé par les recettes de l'exploitation des futures richesses géologiques (pétrole, gaz etc.) ;
- la mobilisation de la société civile et de la diaspora pour une contribution citoyenne dans le financement de la CSU sera faite à travers une forte campagne d'information et par la mise en œuvre d'activités (forums, téléthons, organisations de collectes de fonds etc.).

(ii) La diversification des sources de financement et l'adoption de nouvelles modalités de financement, de gestion et de prestation des services de santé pour les recentrer sur les besoins des personnes et des communautés :

- Le gouvernement pourrait faciliter la mobilisation davantage de ressources par le secteur privé. A cet effet, une révision de la fiscalité applicable au secteur privé de la santé, le recours aux capitaux privés pour financer les gaps en infrastructures devraient être menés pour favoriser l'accessibilité des services de santé ;
- L'Etat explorera la possibilité d'instaurer des taxes spécifiques au bénéfice du secteur de la santé en mettant l'accent sur les produits à fort potentiel de morbidité. L'Etat pourrait également envisager les possibilités d'une réallocation de taxes déjà existantes ;
- Le plaidoyer auprès de la diaspora, des mécènes et des entreprises va être renforcé pour les amener à orienter leurs contributions vers les priorités définies par le ministère en charge de la santé.

Ligne d'actions 4 : Mobilisation du financement extérieur

Le dialogue entre le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers a permis la signature du Compact en Avril 2013. Cet engagement des deux parties vise davantage à respecter les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. A cet égard, l'alignement des interventions des PTF aux priorités du gouvernement s'est amélioré malgré quelques contraintes. 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.

Quelques mesures phares ou projets prioritaires d'opérationnalisation des lignes d'actions de l'OS 4

- *Plan de mobilisation des ressources et de plaidoyer pour le financement de la SNFS ;*
- *Mise en place d'un Fonds de soutien au secteur de la santé et ses instruments de financement ;*
- *Mécanisme concerté pour l'harmonisation, l'alignement et la prévisibilité des financements des PTF ;*
- *Réorganisation du cadre institutionnel de gestion de la participation du secteur privé au financement et à l'amélioration de la disponibilité des services.*

En conclusion, le cadre stratégique ci-dessus défini permettra effectivement (i) d'améliorer l'accessibilité des populations à des services de santé de qualité résilients et pérennes, (ii) de protéger les populations contre les risques financiers qui peuvent placer l'individu et la famille dans une situation économique et humaine difficile, (iii) de protéger les populations contre les risques ayant une incidence sur leur santé et enfin (iv) d'améliorer la mobilisation des ressources de façon durable.

IV. CADRES INSTITUTIONNELS DE PILOTAGE, DE SUIVI ET D’EVALUATION

Pour une mise en œuvre cohérente de la stratégie de financement de la santé pour tendre vers la CSU, une synergie d’actions est nécessaire avec l’implication des différents secteurs. La plateforme qui en résultera devra être coordonnée au plus haut niveau de sorte à garantir une pleine exploitation des avantages comparatifs de chaque secteur.

4.1 DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE PILOTAGE

Le pilotage de la stratégie sera assuré par un Comité élargi aux secteurs de développement concernés. Le caractère multisectoriel de la stratégie et l’importance des autres départements ministériels dans les fonctions d’achat et d’offre de services justifient l’option de faire assurer la présidence du Comité par le Premier Ministre ; le ministère en charge de la santé en assurera le Secrétariat. Pour cela, le ministère en charge de la santé mettra en place une Cellule chargée du suivi des décisions du Comité de pilotage et de la gestion de toutes les questions liées à la mise en œuvre notamment les activités de suivi et d’évaluation.

Le comité de pilotage aura pour missions essentielles :

- 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.) ;
- d’initier de nouvelles politiques ou des réformes en relation avec la stratégie.

Le comité s’appuie sur la Cellule chargée de la gestion de la stratégie au sein du ministère en charge de la santé. Cette Cellule qui fait office de secrétariat technique pour le Comité sera créée par arrêté du ministre en charge de la santé.

Elle sera :

- responsable du suivi de l’exécution de toutes les actions du plan de mise en œuvre qui doit accompagner la SNFS.
- l’interface de toutes les parties prenantes sur la SNFS ;
- l’unité de référence, de plaidoyer et de mobilisation des partenaires identifiés et potentiels.

4.2 SYSTÈME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Le comité de pilotage se réunira une fois par semestre en session ordinaire sur convocation de son président. Les ordres du jour seront arrêtés par le Président sur la base des propositions de ses membres. Il pourra se réunir en session extraordinaire en cas de besoin. Il analysera les résultats obtenus en matière d'intrants, d'activités, de processus et d'impact sanitaire. Ces rencontres permettront d'identifier les contraintes et les opportunités. Cela facilitera l'adaptation des plans de travail sur la base d'évidences.

Des revues seront organisées chaque année afin d'évaluer l'état de mise en œuvre de la SNFS et prendre les mesures correctrices nécessaires.

Des évaluations indépendantes devront être menées afin d'assurer le suivi des processus et des effets. Les résultats issus de ces évaluations serviront à la révision de la SNFS.

4.3 COMMUNICATION STRATÉGIQUE

La réussite de la mise en œuvre de la SNFS repose sur son appropriation par les décideurs. Cela passe par la participation de toutes les parties prenantes à l'élaboration et au suivi des plans de mise en œuvre de la stratégie. Pour cela, toutes les instances gouvernementales allant du Conseil interministériel au Comité Régional de Développement (CRD) seront mises à profit. De même l'Assemblée nationale, le Haut Conseil des Collectivités Territoriales (HCCT) et le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) seront mis à contribution pour partager les options et mobiliser tous les acteurs de la stratégie. Dans cette même logique, la réunion de coordination des partenaires et celle de l'Alliance du secteur privé de la santé et de la Société civile seront utilisées pour amplifier la communication autour de la SNFS.



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE**

**Direction de la Planification,
de la Recherche et des Statistiques**