



HAL
open science

La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018

Céline Deville, Fatoumata Hane, Valéry Ridde, Laurence Touré

► To cite this version:

Céline Deville, Fatoumata Hane, Valéry Ridde, Laurence Touré. La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018. [Rapport de recherche] Working Paper du Ceped #40, Centre Population et Développement. 2018, pp.34. hal-04146121

HAL Id: hal-04146121

<https://hal.science/hal-04146121>

Submitted on 29 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Centre Population
et Développement

WORKING **PAPER**

40

**La Couverture universelle
en santé au Sahel :
la situation au Mali et au Sénégal en 2018**

Céline Deville, Fatoumata Hane, Valéry Ridde, Laurence Touré

Correspondance Corresponding Author

Céline Deville

celine.deville@uliege.be

Doctorante en sciences politiques et sociales à l'Université de Liège, au sein du projet d'Actions de recherche concertées (ARC) Effi-Santé. Sa thèse porte sur les politiques de couverture santé universelle au Bénin et au Sénégal, et plus particulièrement sur les stratégies visant à favoriser à l'accès aux soins des personnes vulnérables.

Co-auteurs Co-authors

Fatoumata Hane

Socio anthropologue, Maitre de Conférences à l'Université Assane Seck de Ziguinchor. Elle est chercheure associée au Ceped. Ses travaux portent sur les systèmes de santé et politiques publiques en Afrique subsaharienne, sur la gouvernance du sida et le vieillissement au Sénégal.

Valéry Ridde

Directeur de recherche au Ceped, Unité Mixte de Recherche associant l'Université Paris Descartes et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). Il est chercheur régulier de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM). Ses travaux de recherche portent sur la couverture universelle en santé, le financement des services de santé, l'évaluation, les politiques publiques de santé et l'utilisation de la recherche.

Laurence Touré

Anthropologue, chercheure à l'association de recherche Miseli, au Mali. Ses travaux de recherche portent essentiellement sur les politiques publiques de santé et de protection sociale, RAMU, Ramed, gratuités (www.miselimali.org).

Citation recommandée Recommended citation

Deville C, Hane F, Ridde V, Touré L, « La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018 », *Working Paper du Ceped*, n°40, Ceped (UMR 196 Université Paris Descartes IRD), Paris, Octobre 2018.

Available at <http://www.cephed.org/wp>

Ceped Centre Population et Développement

UMR 196 Université Paris Descartes IRD
45 rue des Saints-Pères 75006 PARIS, France
<http://www.cephed.org/> • contact@cephed.org

Les Working Papers du Ceped constituent des **documents de travail** portant sur des recherches menées par des chercheurs du Ceped ou associés. Rédigés pour une diffusion rapide, ces papiers n'ont pas été formellement relus et édités. Certaines versions de ces documents de travail peuvent être soumises à une revue à comité de lecture. **Les droits d'auteur sont détenus par les auteurs.**

Ceped Working Papers are **working papers** on current research conducted by Ceped-affiliated researchers. Written for timely dissemination, these papers have not been formally edited or peer reviewed. Versions of these working papers are sometimes submitted for publication in peer-reviewed journals. **Copyrights are held by the authors.**

La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018

Céline Deville^a, Fatoumata Hane^{b,c}, Valéry Ridde^{d,e}, Laurence Touré^f

Résumé

Dans le contexte international des Objectifs pour le développement durable, de plus en plus de pays se lancent dans des politiques visant à les aider à se diriger vers la couverture universelle en santé (CUS). Les chemins pour y parvenir sont évidemment très nombreux et de plus en plus de bailleurs de fonds soutiennent les pays dans leurs choix politiques spécifiques. De même, de plus en plus de recherches tentent de comprendre ces processus. C'est ainsi que profitant de deux programmes de recherches démarrant dans quelques pays du Sahel, nous avons décidé de réaliser un état des lieux de la CSU au Mali et au Sénégal. Ce document présente donc le contexte spécifique de ces deux pays, les politiques de santé mises en place depuis les années 1980 ainsi que la situation contemporaine concernant la CSU et les stratégies qu'ils entendent mettre en œuvre.

Mots-clés : Afrique ; Sahel ; Santé ; Politique ; Couverture universelle en santé.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Avec son inscription dans l'objectif trois du Programme de développement durable, la couverture universelle en santé (CUS) a obtenu le consensus de la communauté internationale. Cette nouvelle réforme, considérée comme la troisième transition de santé mondiale (Rodin & De Ferranti, 2012) ou selon l'ancienne directrice de l'OMS, Margaret Chan « *le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir* », cherche à améliorer l'accès aux soins de qualité, tout en limitant l'appauvrissement des populations à la suite de leur maladie. La problématique de l'accès aux soins est loin d'être nouvelle. Depuis la déclaration d'Alma-Ata en 1978, elle constitue une préoccupation constante des gouvernements, de la société civile et des acteurs de la santé mondiale. En effet, l'accès aux soins est une condition nécessaire pour atteindre un meilleur état de santé, droit humain défini dans le préambule de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1946). L'instauration de la CUS permettrait la réalisation d'un droit aux soins (Ooms et al., 2014 ; E. Robert, Lemoine, & Ridde, 2017). Son fondement légal au plan international

dans des conventions ratifiées par les gouvernements consolide l'argumentation dont il faudra rendre compte en 2030 lorsque les États se réuniront pour vérifier que la CUS a été atteinte.

Le rapport de l'OMS de 2000 sur la performance des systèmes de santé dans le monde (OMS, 2000) et ses rapports subséquents sur la CUS et la place de la recherche (WHO, 2013) révèlent que l'on attend beaucoup des systèmes de santé des pays au Sud : performance, résilience, réactivité, etc. Les chercheurs rappellent quant à eux que la persistance de ces défis est liée à la dynamique complexe des systèmes de santé ainsi qu'à l'influence des politiques de santé sur ces systèmes. Dans cette perspective, la recherche sur les politiques et systèmes de santé (RPSS) vise à « *comprendre et améliorer la façon dont les sociétés s'organisent pour atteindre des objectifs de santé collectifs, et comment les différents acteurs interagissent dans les processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques en vue de contribuer à leurs résultats* » (Gilson, 2012). Ce domaine de recherche (RPSS) est aujourd'hui très dynamique dans les pays du Sud depuis les constats posés par Walt et ses collègues (Gilson, Buse, Murray, & Dickinson, 2008 ; Walt

^a Université de Liège, Belgique.

^b Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal.

^c Centre Population et Développement, chercheuse associée, France.

^d Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, France.

^e Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, Canada.

^f Miseli, Mali.

& Gilson, 2014) sur les faiblesses de la recherche sur les politiques de santé.

Dans ce contexte de mise en œuvre de nouvelles stratégies pour aller vers la CSU et d'un besoin de recherches sur les politiques de santé dans les pays du Sud (E. Robert & Ridde, 2016), nous avons ressenti le besoin de faire le point de la situation dans deux pays du Sahel où nous démarrons deux programmes de recherche et qui nous permet cette présentation dans les « Working Papers » du Ceped.

Le premier programme est une tentative originale interdisciplinaire et intersectorielle où nous souhaitons comprendre les changements de paradigme de politiques publiques dans les domaines de la santé et des mines. À la suite d'une première tentative passée et fructueuse de cette même nature interdisciplinaire entre les droits et la santé (Valéry Ridde, Campbell, & Martel, 2015 ; E. Robert et al., 2017) ; nous allons maintenant dans les deux prochaines années tenter une aventure théorique et empirique au Mali et au Sénégal afin de voir comment l'approche conceptuelle de Hall (1993) est féconde, notamment pour comprendre les changements engagés concernant la CUS. Le second programme, tout aussi interdisciplinaire, se déroule au Mali, au Niger, au Sénégal et au Tchad afin de mieux comprendre comment et dans quels contextes les différentes stratégies soutenues par l'Initiative Solidarité Santé Sahel (I3S) portée par l'AFD pour atteindre la CSU sont mises en œuvre et avec quelle efficacité et équité. Le programme mobilise plus d'une quinzaine de groupes de recherche en France et dans les quatre pays et démarre en 2018 pour une durée de trois ans.

C'est donc au regard d'un double démarrage de programme de recherches se déroulant au Mali et au Sénégal, dans un même contexte de la CSU, que nous avons pensé utile de partager au plus grand nombre cet état des lieux de la situation. Évidemment, comme toujours au Sahel et dans un contexte où les interventions d'aide publique au développement sont légions, où l'accès aux documents n'est jamais facile et où les politiques publiques évoluent rapidement, notamment en période électorale comme le Mali et le Sénégal vont le vivre en 2018 et 2019, cet état des lieux n'a

pas la prétention d'être exhaustif. Cependant, il présente la situation de manière suffisamment détaillée pour que nous pensions utile de la partager à celles et ceux qui veulent s'engager dans d'autres études dans ce même contexte. Il faut donc le lire comme une photo, représentant un moment donné et qui participe à l'écriture d'un film qui, à l'image de l'homme qui a tué Don Quichotte, reste à écrire sans jamais désespérer... même si 2030 arrivera plus vite qu'on ne le pense.

LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE AU MALI

Contexte général du pays¹

Contexte politique

Le régime socialiste de Modibo Keita, mis en place à l'indépendance, est balayé par un coup d'état militaire en 1968. Ce n'est qu'en 1991 qu'un nouveau coup d'État met fin à ce régime militaire et marque l'avènement de la démocratie au Mali. Les événements de mars 1991 constituent un tournant décisif dans l'évolution politique du pays. La décentralisation est inscrite dans la nouvelle Constitution de 1992. Elle est imposée par les difficultés croissantes de l'État à faire face à ses obligations et impulsée par les instances internationales dans un contexte d'ajustement structurel. Le cadre légal de la décentralisation est décrit dans la loi-cadre n°93-008, qui stipule les conditions de libre administration des collectivités territoriales à travers des organes délibérants et exécutifs. La loi prévoit la mise en place de quatre types de collectivités territoriales, gérées par des conseils élus, toutes dotées de leurs propres organes délibérants et exécutifs. Le processus de décentralisation aboutit finalement à la création de 703 communes, de 49 cercles, de 8 régions et d'un district (Bamako) à l'issue des élections organisées en 1999.

Le Mali subit une crise institutionnelle et politique grave en 2011, avec un coup d'État, puis en janvier 2012 une rébellion touarègue animée par le MNLA (indépendantiste) et Ansar Dine (salafiste), mouvements bientôt rejoints par les djihadistes d'AQMI et du MUJAO. Depuis juillet

¹ Les données contextuelles chiffrées sont en partie tirées d'un rapport d'évaluation *in itinere* de l'Initiative

Solidarité Sahel (I3S). HERA. Rapport final provisoire, mai 2018, (voir HERA, 2018).

2013, le pays a retrouvé un gouvernement démocratiquement élu et légitime (bien que récemment fortement contesté dans la capitale). Le contexte conjoncturel post crise est caractérisé par :

- » Une certaine prise de conscience, consécutive à la crise, de dysfonctionnements structurels importants dans le pays, corruption notamment.
- » La nécessité pour l'État de rétablir un lien de confiance avec la population malienne
- » Des priorités nationales liées à la conjoncture : situations d'urgence, stabilisation du pays, sécurisation et retour à la paix dans le Nord

Contexte démographique

La population malienne était de 14,5 millions d'habitants en 2009 (dernier recensement général) et, sur base d'un taux de croissance annuel de 3,6%, elle peut être estimée à 19 millions d'habitants en 2017. L'indice synthétique de fécondité reste supérieur à 6 enfants par femme (de 6,8 en 2001 à 6,1 en 2012/13). Le taux brut de natalité est de 3.87%.²

Contexte économique

Le Mali est un pays à revenu faible (classement Banque mondiale), à la 175^{ème} place sur 188 pays selon l'indice de développement humain (IDH=0,442 ; IDH ASS=0,523 ; IDH PMA=0,50848)³, en-dessous de la moyenne de l'Afrique subsaharienne (SSA) et du groupe des pays les moins avancés (PMA). Le revenu national brut par habitant en 2016 était de 750 US\$ courant (moyenne pour l'ASS : 1.505 US\$ courant-moyenne pour les pays à revenu faible : 612 US\$ courant). On note la croissance annuelle réelle du PIB de 2008 à 2016, avec néanmoins une récession marquée en 2012 due à la crise politico-sécuritaire) et l'effet de l'évolution démographique sur le PIB par habitant.

Historique des politiques de santé et de protection sociale

De la colonisation, le Mali a hérité un système

de santé pyramidal et hospitalo-centré, organisé essentiellement autour de la lutte contre la maladie à travers la mise en œuvre de programmes verticaux. À l'indépendance, l'accès aux soins est gratuit pour tous. À la fin des années 70, les faibles performances du système de soins (faible taux d'utilisation des services, médiocre qualité des soins et faible disponibilité des médicaments) conduisent le pays à amorcer une réforme visant la décentralisation des structures de santé. Les recommandations internationales, à travers le concept de soins de santé primaires (SSP), invitent en effet à un renforcement du niveau périphérique et à une implication communautaire forte. L'adoption en 1990 par le gouvernement du Mali de la politique sectorielle de santé et de population constitue une étape majeure dans le développement sanitaire. Dans le cadre de l'Initiative de Bamako (IB), il est envisagé plusieurs stratégies novatrices : l'introduction du recouvrement des coûts pour financer la santé, l'augmentation de la couverture sanitaire, l'assurance de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments essentiels et la participation communautaire comme axe majeur de cette politique.

Le système de santé repose toujours sur une organisation pyramidale, avec une gouvernance décentralisée pour les Centres de santé communautaires (CSCOM) et les Centres de santé de référence (CSREF). Conformément au décret N°05/299 de 2005, fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des centres de santé communautaires, les CSCOM sont des structures privées à but non lucratif et sont gérées par des associations de santé communautaires (ASACO). Les CSREF sont les structures publiques de première référence dont les différentes unités (chirurgie, médecine, maternité, dépôt pharmaceutique, services spécialisés) sont placées sous l'autorité d'un médecin chef de district, également en charge de la supervision des CSCOM. Le second niveau de référence est constitué par les sept établissements publics hospitaliers (EPH), principalement situés en région. Le troisième niveau de référence est assuré par six EPH à vocation générale (hôpital du Point G, hôpital Gabriel Touré, hôpital du Mali,

² MICS 2015, EDSM V 2012/13, IHME

³ PNUD. Rapport sur le développement humain 2016

hôpital de Kati) ou spécialisée (Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique – IOTA –, Centre national d'odontostomatologie – CNOS).

Le plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) se décline en tranche quinquennale, le Programme de développement sanitaire et social (PRODESS) qui sert de cadre de référence à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé. Le décret 01-115 du 27 février 2001 fixe la création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS, au niveau national (comité de suivi et comité technique), régional (comité régional d'orientation de coordination et d'évaluation du PRODESS ou CROCEP) et local (comité de gestion de cercle). Il prévoit une participation de la société civile à toutes ces instances. Le CROCEP, organisé annuellement, est chargé d'examiner et de valider les plans et programmes de développement sanitaire et social des cercles et de la région. L'approche sectorielle définit aussi la collaboration entre l'État malien et les partenaires techniques et financiers (PTF).

Au Mali, la santé fait partie des domaines dans lesquels l'État central a transféré ses prérogatives aux collectivités territoriales. Le décret n°02-314 en 2002 fixe ainsi le détail des compétences transférées de l'État aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle en matière de santé. Le même décret consacre la dévolution des infrastructures et matériels des centres de santé de référence aux cercles et communes du district de Bamako. Il prévoit également le transfert annuel des ressources financières de l'État aux collectivités (communes et cercles) sous forme de subventions affectées pour assurer la mise en œuvre des compétences transférées. Le transfert des compétences aux collectivités décentralisées suscite des résistances de la part des services techniques déconcentrés et leur collaboration avec les collectivités dont ils dépendent, reste très limité.⁴ Enfin, malgré la mise en place de cellule de décentralisation au sein du ministère de la Santé et de celui du travail, des affaires sociales et humanitaires, pour accélérer la mise en œuvre de la

décentralisation et de la déconcentration, le transfert des ressources financières du budget des Ministères vers les collectivités territoriales peine à se concrétiser.

Les conditions d'accès aux infrastructures de base creusent les inégalités et dans le domaine de la santé, malgré une amélioration sensible de la couverture sanitaire, le taux de fréquentation des structures de soins demeure très en deçà des besoins⁵. Les raisons de cette faible utilisation des services de santé tiennent à plusieurs facteurs, parmi lesquels, la distance géographique, le sous-financement des services de santé, le manque de qualité des soins et le faible pouvoir d'achat de la population. Conscient de cette situation, le gouvernement malien a multiplié ces dernières années les initiatives pour améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services de santé et faciliter, notamment, l'accès financier aux soins, dans le cadre des plans décennaux de développement sanitaire et social (PDDSS).

Les exemptions de paiement

Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) a institué des exemptions de paiement liées à des services (paludisme pour les enfants de moins de cinq ans et pour les femmes enceintes, ARV, césarienne, vaccination, tuberculose et lèpre, prise en charge des malnutris, « femmes cancéreuses ») et liées à des personnes (élèves, personnes âgées, etc.). La compensation pour les prestataires de soins se fait principalement sous forme d'intrants (pré-positionnement de médicaments, vaccins, kits, etc.) accompagnés d'un paiement à l'acte pour les césariennes. Ces politiques d'exemption restent très peu évaluées mais les études réalisées sur leur mise en œuvre et leur impact montrent qu'elles parviennent à obtenir des résultats satisfaisants en termes de couverture de la population cible (Olivier de Sardan & Ridde, 2014; Ravit et al., 2017). Mais certains problèmes d'équité se posent, dépendant largement de l'application qui est faite de ces politiques d'exemption dans les formations sanitaires.

⁴ La gouvernance de la santé dans la région de Sikasso, Laurence Touré, Mars 2011, Miseli.

⁵ La fréquentation de la consultation curative primaire est passée de 0,18 nouveau cas par habitant et par an

(NC/hbt/an) en 1998 à 0,41 NC/hbt/an en 2015 (source Annuaire statistique sanitaire, 2015, p. 46).

Le Financement basé sur les résultats (FBR)

Au Mali, dans la perspective de réduire la mortalité maternelle et néo-natale, le Ministère de la santé a organisé en 2012, une intervention pilote de mise en œuvre du FBR dans trois districts sanitaires de la région de Koulikoro (26 aires de santé). Ce projet pilote financé par la coopération néerlandaise (SNV) a posé les principes d'un « FBR à la malienne », soit la prise en compte du contexte institutionnel de décentralisation administrative et sectorielle de la santé. Au plan national, la stratégie FBR a été retenue dans le nouveau plan décennal de développement sanitaire adopté en 2014 et dans le cadre du vaste programme en faveur de la santé maternelle et infantile financée par la Banque mondiale, un élargissement de l'initiative FBR à l'ensemble de la région de Koulikoro a démarré en 2015 pour se terminer en 2017 (Gautier, Tosun, De Allegri, & Ridde, 2018). La Banque mondiale instruit actuellement un nouveau projet FBR dans 5 régions du Mali (dont Mopti).

La mise en place d'un système de protection sociale contre la maladie

Parallèlement à ces réformes du système de santé, et depuis l'adoption en Conseil des ministres en avril 2002 de la Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale, le Mali s'est engagé dans la mise en place d'un système de protection sociale contre la maladie profitable à l'ensemble de la population. Il est un des premiers pays de la sous-région à avoir légiféré et mis en place un régime national d'assurance et d'assistance maladie selon l'architecture suivante :

L'Assurance Médicale Obligatoire (AMO)

Le régime de l'AMO concerne les fonctionnaires civils de l'État et des Collectivités territoriales, les militaires et les députés, les travailleurs au sens du Code du Travail, les titulaires de pensions des secteurs publics et privés, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pensions militaires, soit 17% de la population malienne totale (Goita, 2018 ; Ouattara & Ndiaye, 97).

L'AMO procure à l'assuré et à ses bénéficiaires

(conjoint(es), enfant(s) et ascendant(s) direct(s)), une prise en charge des soins curatifs, préventifs et de réhabilitation médicalement requis. Pour le traitement ambulatoire, la prise en charge est à hauteur de 70% de l'ensemble des dépenses de santé et de 80% lorsqu'il s'agit d'un traitement en hospitalisation. La liste des médicaments remboursés par l'AMO a été révisée. Elle ne comprenait au départ qu'une liste restreinte de médicaments génériques mais elle a été élargie et depuis décembre 2012, comprend 95% des produits de la place.

Pour bénéficier des services de l'AMO, les assurés et leurs employeurs paient une cotisation proportionnelle au salaire. Ces catégories d'assujettis et leur ayant droits représenteraient 13% de la population malienne, soit près de 2.5 millions de personnes en 2017. À ce jour 1.166. 901 personnes sont enrôlées (assujettis et ayants droit), et le budget 2017 de la CANAM représente 53 milliards CFA (cotisations et subventions). La CANAM a signé des conventions avec 1.729 structures sanitaires.

Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

S'agissant de la prise en charge des personnes indigentes et de l'amélioration de l'accès aux soins dans un contexte de recouvrement des coûts, donc de profonde iniquité dans l'accès aux soins, des efforts ont été accomplis ces dernières décennies par les pouvoirs publics maliens, les collectivités territoriales, la société civile et les partenaires techniques et financiers. C'est dans ce contexte que l'État malien a légiféré, mis en œuvre et financé à l'échelle nationale un dispositif de prise en charge médicale des plus pauvres, situation assez unique dans la sous-région. Le RAMED est un régime qui concerne les indigents, c'est-à-dire toute personne dépourvue de ressources et reconnue comme telle par la collectivité territoriale dont elle relève, soit environ 5% de la population malienne. Ce pourcentage résulte d'une évaluation basée, non pas sur un recensement des indigents qui n'a jamais été décidé mais sur la capacité maximale de l'État à faire face à cette charge financière.

L'ANAM tient un registre des bénéficiaires immatriculés. Fin mai 2018, le nombre d'immatriculations, cumulées depuis 2011, s'élève

à 308 764.

Le système mutualiste

Les mutuelles de santé existent au Mali depuis une trentaine d'années, au départ destinées à assurer une couverture maladie à différents types de public (secteur formel et informel, populations urbaines ou rurales) (Ouattara & Ndiaye, 97). Le coût de l'adhésion à la mutuelle totalement à la charge de l'assuré, conjugué au faible paquet de soins couvert expliquent la faible attractivité du dispositif. Ainsi, malgré un nombre relativement élevé de mutuelles (163 agréées en fin 2011), mais très inégalement réparties sur le territoire, leur couverture reste très faible. Il y aurait 510.000 mutualistes fin 2012. Avec ce niveau de couverture, la mutualité couvrirait environ 4% de sa population ciblée (78% de la population malienne).

La mise en œuvre de l'AMO et du RAMED qui proposent un paquet de bénéfices bien plus large que celui offert par la plupart des mutuelles à leurs adhérents, pose la question de l'équité entre les différents dispositifs. Pour tenter de réduire les inégalités constatées, l'État a élaboré en 2010 une stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé,⁶ mise en œuvre pendant une phase pilote de trois ans (2012-2014) dans les trois régions de Sikasso, Ségou et Mopti. Elle prévoit une subvention par l'État aux mutuelles à hauteur de 50% des cotisations, à condition que celles-ci offrent un paquet de bénéfices équivalent à celui de l'AMO (stratégie nationale d'harmonisation des paquets au sein de la Mutualité). La stratégie prévoit également d'aller vers une couverture communale (créer une mutuelle par commune soit 703 au total) avec des unions de districts pour assurer la prise en charge au niveau CSREF et hôpital régional.

En 2013, sur 172 mutuelles existantes, 70 ont bénéficié du cofinancement de l'État. Les résultats semblent mitigés, faute d'une politique de communication adéquate et suffisante et du fait d'un contexte conjoncturel difficile en 2012 (retard de

paiement de la part de l'État) (Ouattara & Ndiaye, 2017). On relève moins de la moitié des 25 000 adhésions attendues, avec néanmoins un taux de fidélisation assez élevé.

Un bilan mitigé

Des indicateurs de santé encore largement insatisfaisants

La fréquentation de la consultation curative primaire était de 0,41 nouveau cas/hbt/an en 2015⁷. La mortalité infanto-juvénile (décès pour 1.000 naissances vivantes) a baissé de 132 à 108 de 2004 à 2015 (83 pour l'Afrique subsaharienne en 2015)⁸. En revanche, la mortalité néonatale ne s'améliore pas (31 en 2004 et en 2015 – 28 pour l'Afrique subsaharienne en 2015) et représente 36% de la mortalité infanto-juvénile. Le ratio de mortalité maternelle est passé de 582 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2001 à 368 en 2012 (547 pour l'Afrique subsaharienne en 2015). La mortalité maternelle représente 32% de tous les décès des femmes de 15 à 49 ans. La mortalité néonatale précoce (0-6 jours) représente 83% de la mortalité néonatale, et donc 28% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Un financement de la santé qui repose encore largement sur les ménages

Le financement de la santé repose très largement sur les ménages ce qui explique que le Mali connaisse une incidence de dépenses catastrophiques parmi les plus élevées (19%) au monde.⁹ Les paiements directs des ménages représentaient plus de 65% des dépenses totales de santé dans les années 2009-2010 mais ils en représentent encore 46%, sans doute l'influence du début de la mise en place du système d'assurance maladie obligatoire pour le secteur formel.

Le financement est par ailleurs insuffisant : le taux dédié à la santé dans le budget d'État reste de 50% inférieur aux engagements d'Abuja mais les

⁶ Programme quinquennal de mise en œuvre de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles au Mali, (2011-2015)

⁷ Annuaire statistique sanitaire, 2015

⁸ MICS (enquête par grappe à indicateurs multiples) 2015

⁹ Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle, 2014-2023, oct. 2013, p12

modes de calcul de la part du budget national consacré à la santé sont multiples et font débat. Les dépenses totales de santé sont passées de 36 à 43 US\$, entre 2005 et 2014¹⁰, avec une augmentation sensible de l'aide extérieure (de 5 à 12 US\$ sur la même période).

Enfin, l'allocation de ressources est inéquitable. Même si certains progrès ont été réalisés, elle favorise encore largement le niveau national au détriment des niveaux déconcentrés, opérationnels, et Bamako plutôt que les zones de plus grande pauvreté. L'allocation est en outre largement orientée vers l'offre au détriment de la demande. Enfin, selon le rapport d'évaluation du plan de développement sanitaire et social¹¹, 71% du financement a bénéficié au niveau central. Le niveau déconcentré/décentralisé, qui couvre tous les coûts opérationnels, n'a obtenu que 29% du financement

On note en outre un cloisonnement et une fragmentation extrême du système de financement (assurance maladie, fonds d'aide, exemptions) entre plusieurs agences (CANAM, ANAM, Mutuelles, Directions centrales des Ministères). L'émergence de nouvelles institutions sans recherche d'articulation avec les dispositifs antérieurs, notamment les gratuités, entraîne beaucoup d'incohérences, notamment dans les textes législatifs.

L'opérationnalisation difficile du système de protection sociale

On note une faible pénétration des régimes assurantiels, situation que l'on peut attribuer aux problèmes de conception du RAMED, au démarrage difficile de l'AMO et à la faible attractivité de l'assurance mutualiste, privée d'implication réelle de l'Etat. Aujourd'hui, avec une couverture globale par l'assurance maladie (« obligatoire » et volontaire) estimée à seulement 7% de la population, l'opérationnalisation des trois dispositifs (AMO, RAMED, Mutuelles) constitue un vrai défi pour le gouvernement malien. Le Mali doit également solutionner le manque d'harmonisation des prestations offertes pour une meilleure équité et le manque d'articulation des différents dispositifs

existants (gratuités, filets sociaux, dispositif assurantiels ou d'assistance). Le PRODESS 2014-2018 note ainsi que « *la cohabitation de dispositifs multiples de gratuité et d'exemption avec ceux de l'AMO, du RAMED et de la Mutualité pose des problèmes d'efficacité et d'efficience économique de l'accès aux soins des populations* ».

Enfin, le déficit en ressources humaines des départements du ministère de la solidarité et de l'action humanitaire est criant. Lors de l'adoption des cadres organiques en 2016, il a été montré que sur 916 personnel attendu sur l'ensemble du territoire, il y en avait seulement 664, et qu'aucune déconcentration des services n'est assurée en dessous du niveau cercle.

Le gouvernement malien a donc à relever plusieurs défis majeurs pour s'engager de manière décisive en faveur de la couverture universelle.

Sur la route de la couverture universelle maladie

Les arènes de la gouvernance internationale approuvent de façon unanime le mouvement vers la couverture universelle santé (Position OMS et principales coopérations bilatérales, démarrage dans l'espace UEMOA d'un projet d'appui à l'extension de la couverture du risque maladie (PACRM)). Au Mali, si la reprise des financements par les partenaires techniques et financiers dans le domaine de la santé suite à la crise politico sécuritaire est effective, les engagements financiers en appui à l'opérationnalisation de cette stratégie restent néanmoins timides.

Sur le plan national, le Mali a adopté la résolution sur la Couverture Sanitaire Universelle en 2005. Ce n'est cependant qu'à partir de 2013 que le concept est sérieusement mobilisé utilisé et approprié, dans une période de bilans et d'élaboration de plans stratégiques :

- » Réalisation d'un nouveau PDDSS (processus initié avant la crise, avec une reprise et finalisation en 2013) et préparation des plans quinquennaux

¹⁰ Base de données OMS sur les dépenses de santé par pays, (WHO-NHA)

¹¹ Evaluation du plan de développement sanitaire et social, Août 2011, p 49

- » Reprise des travaux d'expertise technique (P4H)¹² concernant l'évolution du système de santé vers la couverture universelle et production d'un nombre important de documents permettant d'orienter le plan décennal 2014-2023 (P4H)
- » Réalisation de différentes études instructives (sur la part du budget de la santé et sa répartition entre différents ministères, sur les passerelles possibles entre les différentes mesures prises par le gouvernement pour faciliter l'accès aux soins (gratuités et dispositifs assurantiels par exemple)). Les études produites, techniquement pertinentes, rendent réalistes certaines initiatives d'organisation de la demande jusque-là jugées totalement utopiques, notamment de la part des cadres du Ministère de la santé. On note ainsi une modification sensible de la vision de ce domaine sectoriel santé, avec la nécessité d'établir un meilleur équilibre entre l'offre et la demande, ainsi qu'une synergie inédite et des efforts perceptibles de collaboration et de concertation entre le Ministère de la santé et de l'hygiène publique et le Ministère du travail, des affaires sociales et humanitaires, autour de ces propositions techniques. La nécessité d'aller vers la couverture universelle pour faire bouger les indicateurs, même s'il s'agit d'un processus à long terme, s'impose finalement et fait consensus.

Étape 1 : la stratégie de financement de la Couverture Maladie Universelle

Le processus d'opérationnalisation de la CMU au Mali a donc démarré entre le gouvernement et les PTF dans le cadre d'une démarche de la plateforme P4H. Il s'agissait d'élaborer et de mettre en œuvre une feuille de route conjointe pour le développement de la couverture sanitaire universelle. Au cœur de celle-ci figure l'élaboration d'une stratégie de financement de la Couverture Maladie Universelle sous la conduite du Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire.

Le contenu de cette réforme¹³ est ambitieux. La stratégie nationale de financement de la couverture sanitaire universelle, adossée au cadre de mise en œuvre du Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023, prévoit de relever les défis par une augmentation des dotations publiques au domaine de la santé (290 Milliards de FCFA en 2023), et la mise en place d'un organisme de gestion du risque unique (AMU, assurance médicale universelle) pour l'ensemble des mécanismes de couverture universelle maladie (AMO, mutuelles, RAMEM, gratuités).

La stratégie repose sur 4 piliers qui sont :

- « **1- Améliorer le niveau de financement public pour le développement de la couverture sanitaire universelle ;** il s'agit d'augmenter le niveau des financements publics dédiés au secteur de la santé en général pour atteindre 14% en 2023, afin de permettre notamment l'extension de l'assurance maladie universelle au secteur informel pauvre et non pauvre ;
- 2- Garantir une meilleure allocation des ressources,** pour ce faire, il faudra mettre en place un système d'allocation des financements sur la base d'objectifs d'efficience et d'équité, développer la certification & la mise en place de modalités de tarification adéquates, prendre systématiquement en considération les priorités du secteur et le contexte national dans l'allocation des ressources, développer une stratégie avec le secteur privé dans le sens de l'intérêt des populations ;
- 3- Mettre en place l'Assurance Maladie Universelle au moyen d'un dispositif adapté, cohérent et complet** qui passera par l'institutionnalisation de la gestion d'un régime fondé sur un panier de soins de base obligatoire pour tous, et l'intégration progressive de certaines gratuités existantes ;

¹² P4H est une plateforme mondiale de collaboration en protection sociale santé (BIT, BM, OMS, ADB, Coopérations françaises, allemande, suisse, espagnole, américaine).

¹³ Stratégie Nationale de Financement de la Couverture Sanitaire Universelle, décembre 2017 ; Plan d'actions 2018-2022 de la SNFCSU, décembre 2017.

4 Améliorer la gouvernance financière, qui requiert la mise en place d'un dispositif de gestion stratégique de l'information financière, l'amélioration de l'efficacité dans la gestion des financements, des mécanismes de redevabilité et le renforcement de l'environnement institutionnel pour un financement durable.»¹⁴

Cette stratégie n'a pas encore été adoptée par le gouvernement malien. Elle doit passer prochainement en conseil de cabinet de la primature pour examen.

Une étude sur les mécanismes de financement innovants a été réalisée. Elle prévoit de taxer certains secteurs tels que la téléphonie mobile, l'immobilier, les mines, le tabac, secteurs que le ministère des finances juge déjà surtaxés.

Étape 2 : le processus de mise en place du RAMU dans le cadre de la couverture sanitaire universelle¹⁵

La deuxième étape importante est l'élaboration de l'Avant-projet de loi instituant le Régime d'Assurance Maladie Universelle au Mali. Le "Régime d'Assurance Maladie Universelle" (RAMU) est l'intitulé de la réforme en cours de préparation par le Gouvernement dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle. Cette dénomination a été validée par le Comité de Réflexion et de Suivi lors de l'examen du rapport d'étape du groupe d'experts.

Contexte et perception de la réforme

Le contexte est plus que favorable à l'instauration de ce régime. On note en effet un engouement populaire pour l'AMO, maintenant bien connue des maliens. L'élargissement de ce dispositif à toute la population malienne constitue de ce fait un réel enjeu politique.

Des directives ont été données pour que la loi instituant le RAMU soit votée avant l'échéance électorale de 2018 (élection présidentielle en

juillet 2018), au risque de voir certaines étapes du processus d'adoption supprimées.

L'engagement de l'État se traduit également par la mise à disposition d'un montant de 100 millions pour le financement du processus, les bailleurs assurant seulement le coût de réalisation des études commandées. La CANAM et l'ANAM contribuent également au financement, en mobilisant les volets de développement prévus dans leur portefeuille.

Les acteurs concernés

Sur le plan international, dans le cadre de l'UEMOA, un Groupe Technique Régional pour la Couverture du Risque Maladie a été mis en place et regroupe dans chacun des pays membres un représentant du département en charge de la CMU, un représentant de la santé et un représentant des finances. Il se réunit une fois par an pour analyser les efforts accomplis et les besoins d'accompagnement des pays en matière de CMU.

Un Comité Consultatif de la Mutualité Sociale a aussi été mis en place au sein de l'UEMOA, pour le suivi de la mise en œuvre de la réglementation sur les mutuelles sociales et pour la promotion de la prise en compte de la mutualité dans le dispositif de CMU.

Au Mali, le RAMU est élaboré et mis en place par le gouvernement à travers le Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (MSAH), en relation avec les autres départements, les partenaires sociaux, les partenaires techniques et financiers et la société civile.

Deux organes ont été créés pour conduire le processus devant conduire à l'opérationnalisation en 2018 du RAMU :

- » le Comité national de réflexion pour l'opérationnalisation de la CMU, mis en place en novembre 2014
- » le Groupe d'Experts de 32 membres, avec Luc Togo, directeur de la CANAM comme modérateur. Il se réunit théoriquement chaque semaine mais dans les faits, sa tenue est moins régulière. Le groupe d'experts

¹⁴ Stratégie Nationale de Financement de la Couverture Sanitaire Universelle, décembre 2017.

¹⁵ Journées Nationales de Concertation sur l'Avant-projet de loi instituant le Régime d'Assurance Maladie

Universelle au Mali (13, 14 et 15 novembre 2017) Ankoudio Luc Togo, Modérateur du Groupe d'Experts pour la mise en place du RAMU.

comprend 5 sous-groupes thématiques :

- > aspects médicaux-chirurgicaux ;
- > aspects pharmaceutiques et biomédicaux ;
- > aspects juridiques, organisationnels et institutionnels ;
- > aspects techniques et financements ;
- > aspects communication et dialogue social.

L'implication des PTF dans ces instances reste limitée, contrairement à ce qui s'est passé pour l'AMO.

En revanche, comme toute loi portant sur une question sociale, il est jugé indispensable d'ouvrir largement les consultations et débats pour un processus réellement participatif, quel qu'en soit le coût. Une plateforme pour la société civile pour la CMU a été mise en place, dirigée par la Fenacom, avec l'UTM, Save the Children, World Vision. Elle organise des réunions, assure l'animation de la Journée de la couverture universelle (le 12 décembre) et participe largement au processus de validation.

Le processus en cours et l'évolution des travaux

Depuis fin 2014, le groupe d'experts a conduit un certain nombre de travaux et a enregistré des acquis :

- » Études dont celle sur le panier de soins de base de la CMU en septembre 2014 par Alain Letourmy, sur financement de l'OMS-P4H.
- » Adoption du décret 9016/0677 du 5 septembre 2016n portant création du Conseil National d'orientation stratégique sur la protection sociale au Mali et création du Comité technique national d'orientation stratégique de la protection sociale avec trois commissions de travail (commission nationale des filets sociaux, commission nationale de la sécurité sociale, commission nationale de la mutualité).
- » Organisation de 2 ateliers conceptuels à l'intention du groupe d'experts sur les notions essentielles concernant la problématique de la couverture sanitaire universelle.
- » Atelier interne au groupe d'experts.
- » Atelier élargi à la société civile en partenariat avec Save the Children et l'OMS.

- » Poursuite des travaux sur l'établissement des listes (actes, pathologie, médicaments).
- » Poursuite des études complémentaires en rapport avec les consultants.
- » Préparation des projets de textes d'application (financement, modalités d'intégration des gratuités dans le dispositif du RAMU, délégation de gestion, conventionnement, etc.).
- » Mise en œuvre du Plan de Communication sur le RAMU.
- » Établissement de l'état de la situation en matière de services de santé au regard des dispositifs entrant dans le cadre de la couverture sanitaire. Dans ce cadre un rapport d'étape, déjà validé par le Comité de réflexion, est disponible.
- » Identification des besoins d'études complémentaires, établissement des TDR et démarrage des études complémentaires. Six thèmes d'études complémentaires ont été formulés.
- » Réalisation des voyages d'études (Ghana, Belgique, France). Sur quatre voyages prévus, trois ont été réalisés pour s'enquérir de l'expérience d'autres pays en matière d'assurance maladie. Il reste la Tunisie comme quatrième pays à visiter.
- » Sur la base de l'état de la situation et des données disponibles (diverses études récentes : financement de la santé, financements innovants, ...), élaboration de l'avant-projet de Loi instituant le RAMU.
- » Au niveau du Comité de Réflexion et de Suivi, poursuite du processus participatif pour l'adoption de la loi :
 - > Concertations avec les différents acteurs sur l'avant-projet de loi.
 - > Tenue de la session du Comité de réflexion pour la validation de l'avant-projet de Loi.
 - > Introduction et adoption au Conseil des ministres du 20 juin 2018, de la loi portant institution du Régime d'assurance maladie universelle (RAMU). L'adoption par l'Assemblée Nationale de la loi consacra une étape déterminante de l'opérationnalisation du RAMU.
- » Adoption du projet de loi portant institution du Régime d'Assurance Maladie universelle au conseil des ministres du 20 juin 2018,

juste avant les élections présidentielles (juillet et août 2018), qui ont reconduit Ibrahim Boubacar Keita au pouvoir.

- » La préparation des projets de textes d'application en cours au sein du groupe d'experts permettra de disposer de l'ensemble de l'arsenal législatif et réglementaire pour organiser la gestion administrative, technique et financière dans le cadre de l'opérationnalisation de la réforme courant 2018 et 2019.

LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE AU SÉNÉGAL

Contexte général du pays

Contexte politique

Le Sénégal est généralement considéré comme un des pays les plus stables d'Afrique. Ses institutions se sont progressivement consolidées depuis l'indépendance en 1960, amenant à une système politique démocratique et pluraliste (Fonteneau, Vaes, & Van Ongevalle, 2017). La République du Sénégal se définit comme « laïque, démocratique et sociale »¹⁶. Après 40 ans de pouvoir du Parti Socialiste, sous la Présidence de L.S. Senghor (1960-1980) puis de A. Diouf (1981-2000), l'élection d'A. Wade (2000-2012), du Parti démocratique sénégalais (PDS), marque « l'alternance » politique. L'actuel Président Macky Sall, élu le 25 mars 2012, est un ancien membre du PDS. Il a d'ailleurs occupé la fonction de premier ministre entre 2004 et 2007 puis a fondé son propre parti, l'Alliance pour la République (APR) en 2008. La durée de son mandat est de 7 ans, les prochaines élections présidentielles étant donc prévues pour 2019¹⁷. La coalition au pouvoir a également remporté les dernières élections législatives en 2017, obtenant 125 des 165 sièges au parlement.

Au niveau administratif, le Sénégal a adopté plusieurs réformes successives de décentralisation et de déconcentration. La Loi n°2013-10 du 28 décembre 2013, dénommée « Acte III de la Décentralisation » est la dernière, succédant au

Code des Collectivités Locales de 1996. Elle consacre l'érection des départements en collectivités locales (remplaçant ainsi les régions), ainsi que la communalisation intégrale. La santé, la population et l'action sociale est un des neuf domaines de compétences qui ont été transférées aux départements et communes. Les collectivités locales sont notamment chargées de la gestion et de l'entretien des structures de santé (postes et centres de santé pour les communes ; hôpitaux de niveau 1 et 2 pour les départements) et participent à la couverture maladie universelle. Les communes sont également en charge du recrutement et de la mise à disposition du personnel d'appui, ainsi que la mise en œuvre de mesures de prévention et d'hygiène et du secours aux nécessiteux.

Contexte démographique

Selon les résultats du dernier Recensement général de la Population (RGPHAE) de 2013, la population sénégalaise était de 13.508.715 habitants. Malgré une transition démographique amorcée, le taux moyen de croissance annuelle de la population entre 2003 et 2011 était de 2.7%. Le taux de fertilité par femme reste élevé (4,9 en 2013). Les projections prévoient, pour l'année 2018, une population nationale de 15.726.037 habitants¹⁸. En 2013, la densité moyenne était de 65 habitants/km² mais ce chiffre masque de fortes disparités entre les différentes régions du pays : la région de Dakar et les régions du centre du pays sont en effet les plus peuplées. En 2013, la population de moins de 15 ans représentait 42% de la population totale, pour 5.2% de personnes âgées de plus de 60 ans. L'âge médian est de 18 ans (ANSD, 2017; République du Sénégal, 2014).

La population sénégalaise est très majoritairement musulmane (96.1%). Les chrétiens représentent 3.8% de la population et les animistes et autres religions 0.1% (ANSD, 2017).

Contexte socio-économique

Dans les années 1980 et 1990, sous la pression

¹⁶ <https://www.sec.gouv.sn/-Institutions,63-.html>, consulté le 25 janvier 2018

¹⁷ Une récente réforme de la constitution (2016) a restauré le quinquennat du mandat présidentiel, qui sera appliqué dès 2019.

¹⁸ <http://www.ansd.sn>, consulté le 31 janvier 2018

des institutions financières internationales, le Sénégal a mis en place des politiques d'ajustement structurel. Ces politiques se sont notamment traduites par un retrait de l'État dans les secteurs sociaux tels que l'éducation et la santé. En 2003, le Sénégal établit son premier Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP). Depuis 2014, le « Plan Sénégal Émergent » constitue le document de référence en termes de politique économique et sociale. Il part du constat d'une faible réduction de la pauvreté et d'une croissance économique proche du taux de croissance de la population. Il repose sur la vision d'« un Sénégal émergent en 2035 avec une société solidaire dans un État de droit » et comporte trois piliers : (i) transformation structurelle de l'économie et croissance ; (ii) capital humain, protection sociale et développement durable et (iii) gouvernance, institutions, paix et sécurité (République du Sénégal, 2014).

L'économie sénégalaise repose principalement sur le secteur industriel et des services, mais ceux-ci emploient moins de 20% de la population. La majorité de la population est en effet active dans le secteur de l'agriculture, qui contribue faiblement au PIB (Fonteneau et al., 2017). Le secteur informel représente environ 95% de la population active au Sénégal. En 2015, le taux de croissance du Sénégal a tout de même atteint 6.5% (le taux le plus haut depuis 2003) (ANSD, 2017) et ce taux semble s'être maintenu durant les années 2016 et 2017. Ces résultats sont notamment attribués à la vitalité des exportations, « soutenues par une diversification des produits agricoles, de pêche et du secteur extractif »¹⁹.

Le Sénégal est caractérisé par des inégalités sociales fortes, dont les origines remontent à « l'ordre social précolonial, l'expérience coloniale et la montée des élites politiques et religieuses avant et après l'indépendance » (Foley, 2010 : 20). Entre 2005 et 2011, l'incidence de la pauvreté n'a que légèrement baissé (de 48,3% à 46,7%), alors que le nombre absolu de pauvres a continué d'augmenter. La pauvreté est plus élevée en milieu rural (ANSD, 2017).

Quelques indicateurs de santé et de financement de la santé

Le Sénégal a réalisé des progrès en vue de la réalisation des OMD, sans pour autant atteindre la plupart des cibles fixées. Le taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes) est passé de 530 en 1990 à 320 en 2013 et le taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) de 141 en 1990 à 55 en 2013. Les taux de mortalité liés à la malaria et à la tuberculose (pour une population de 100.000) ont également diminué entre 2000 et 2013 : de 151 à 57 pour la malaria, et de 30 à 21 pour la tuberculose. Seul l'indicateur de décès liés au VIH/SIDA a légèrement augmenté, passant de 11.2 en 2000 à 13.7 en 2012 (sur 100.000 habitants). Le taux de prévalence du VIH est cependant faible, comparé à la moyenne régionale. En 2013, le paludisme reste la première cause de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Pour l'ensemble de la population, les infections respiratoires sont les premières causes de décès, suivies du paludisme et des maladies diarrhéiques²⁰. Les principaux indicateurs de santé sont synthétisés dans le tableau 1. L'évolution des principaux indicateurs de financement de la santé entre 2004 et 2013 sont présentés dans le tableau 2.

Histoire des politiques de santé et de protection sociale au Sénégal

Les Grandes Réformes du système de santé des années 1980 et 1990

À l'indépendance du Sénégal, alors que le Président Senghor prônait un « socialisme africain », le système de santé public était gratuit mais peu fréquenté et principalement concentré dans les villes. Comme les autres pays de la sous-région, le Sénégal s'est engagé à la « santé pour tous d'ici l'an 2000 » lors de la conférence d'Alma Ata de 1978, en promouvant la stratégie des soins de santé primaires.

¹⁹ <http://www.banquemondiale.org/fr/country/senegal/overview>, consulté le 31 janvier 2018.

²⁰ <http://www.who.int/gho/countries/sen.pdf?ua=1>, consulté le 31 janvier 2018.

Tableau 1. Indicateurs de santé au Sénégal

Indicateurs de santé	Sénégal
Naissances assistées par du personnel qualifié (%) (2015)	53,2
Couverture des soins anténatals – au moins 4 visites (%) (2012-2013)	48,1
Prévalence de la contraception (%) (2013)	17,8
Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes) (2015)	315
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes) (2016)	47,1
Couverture par la vaccination DTP3 chez les enfants d'un an (%) (2016)	93
Prévalence de la malnutrition des moins de 5 ans, poids selon l'âge (%) (2015)	15,5
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%) (2015)	55,4
Enfants de moins de 5 ans fiévreux et ayant reçu un traitement antipaludique quelconque (%)	6
Prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans (%)	0,4
Incidence de la tuberculose (pour 100 000 personnes) (2016)	140

Source : WHO, Global Health Observatory Data, <http://www.who.int/gho/en/>

Tableau 2. Indicateurs du financement de la santé au Sénégal

Indicateur	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dépenses totales de santé (DTS) en % du PIB	5,7	5,4	5,4	4,7	4,9	4,8	4,6	4,4	4,3	4,2
Dépenses publiques de santé en % des DTS	37,3	55,7	57,9	49,4	51,2	51,7	51,3	51,6	50,6	52,3
Dépenses privées de santé en % des DTS	62,7	44,3	42,1	50,6	48,8	48,3	48,7	48,4	49,4	47,7
Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totales	9	12,4	11,6	8,7	9,6	9,4	8,8	7,8	7,5	7,6
Ressources extérieures pour la santé en % des DTS	17,2	21,7	21,3	11,1	17,2	18,8	23,7	19	23,1	28,9
Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques de santé	8,3	3,8	4,1	4,1	4	4,1	4,3	4,8	5,1	5
Dépenses directes de santé en % des dépenses privées de santé	88,5	77,4	76,7	78,4	76	77,4	77,4	77,4	77,4	77,4
Dépenses directes de santé en % des DTS	55,5	34,3	32,3	39,7	37,1	37,4	37,7	37,5	38,3	36,9
Plans prépayés privés en % des dépenses privées de santé	10,5	19	20,1	18,3	20,8	21,1	21,1	21,1	21,1	21,1
DTS/hab. au taux de change moyen (US \$)	42	41	44	45	54	49	46	48	44	46
DTS/hab. en \$ internationaux PPA	101	101	105	95	103	100	99	96	95	96
Dépenses publiques de santé /hab. au taux de change moyen (US \$)	16	23	25	22	28	25	24	25	22	24
Dépenses publiques de santé /hab. en \$ internationaux PPA	37	56	61	47	53	52	51	49	48	50

Source : Paul (2015) sur base des données du global health observatory data repository

Cependant, les plans d'ajustement structurels, mis en place au début des années 1980, marquent un retrait progressif du financement de l'État dans les services sociaux et une dégradation de l'accessibilité et de la qualité des services de santé. C'est dans ce cadre qu'en 1992, le Sénégal met en œuvre l'Initiative de Bamako (1987), qui repose sur trois piliers : le recouvrement des coûts, les médicaments essentiels génériques et la participation communautaire.

Deux autres grandes réformes vont influencer le secteur de la santé durant les années 1990. Premièrement, la réforme de la décentralisation, actée par le Code des Collectivités Locales de 1996, marque le transfert d'une partie des compétences du secteur de la santé aux collectivités locales. Ensuite, la réforme hospitalière de 1998 accorde à ces derniers l'autonomie de gestion et le statut d'Établissements Publics de Santé (EPS).

Basé sur une recherche ethnographique effectuée à la fin des années 1990 dans la région de Saint Louis, l'ouvrage de E. Foley, « *Your pocket is what cures you* », s'intéresse aux pratiques de santé suite à la mise en œuvre de ces réformes. L'auteure analyse leurs conséquences sur le fonctionnement des structures de santé, de leurs comités de gestion et de la relation entre personnel médical et représentants communautaires, mais également sur le processus thérapeutique et le recours aux soins. Elle montre ainsi que ces réformes ont aggravé les inégalités sociales préexistantes et augmenté la vulnérabilité d'une majorité de la population face à la maladie :

“The major turning point in global public health has been the implementation of market-based health reforms, which signaled the end of the commitment to ‘health for all’ made by governments at the Alma Ata meeting in 1978. [...] These reforms instigated major restructuring of Senegal’s health system, and signaled the exit of the state from social services. Though these reforms have often been referred to as the ‘new partnership’ between the Senegalese government and its citizens, in actuality citizens have been all but abandoned with few resources to mitigate their vulnerability to disease” (Foley, 2010 : 17).

Son travail fait écho à d'autres recherches sur la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako dans les pays d'Afrique de l'Ouest, qui ont montré que le critère d'efficacité a pris le dessus sur le critère d'équité (Ridde & Girard, 2004). En outre, elle montre les effets de la réforme de la décentralisation : dans les collectivités locales où les autorités disposent de peu de moyens (ou parfois de peu de volonté) pour financer les systèmes locaux de santé, on assiste à la mise en place d'une « *poor medicine for poor people* ». Enfin, elle critique la rhétorique sur la « participation » et la « responsabilisation » des citoyens dans la prise en charge de leur santé qui fait fit des inégalités structurelles, de santé et d'accès aux services de santé, mais également du pouvoir de décision et de participation (Foley, 2010 : 81).

Les politiques d'exemption des années 2000

Dans le contexte de « la lutte contre la pauvreté » et de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, une attention nouvelle fut portée à la question de l'accès aux services de santé, notamment en ce qui concerne la santé maternelle et infantile ainsi que les affections prioritaires telles que le paludisme, la tuberculose ou le VIH/SIDA (OMD 4, 5 et 6). Dans le courant des années 2000, différents programmes de subvention ou d'exemption des frais vont donc être mis en place par le gouvernement sénégalais et ses partenaires. Au-delà du Programme Elargi de Vaccination, de l'accès gratuits aux ARV et aux traitements de la lèpre et de la tuberculose, ainsi que les programmes de subvention pour les maladies coûteuses (diabète, cancer, insuffisances rénales et cardiopathies), la gratuité du traitement du paludisme fut mise en place dans le cadre du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Cependant, une enquête réalisée en 2010-2011 a montré que :

« Malgré la mise en place de cette politique, les dépenses de santé pour le traitement du paludisme restent toujours importantes et fait plus surprenant, le coût moyen lié au traitement des cas de paludisme est plus élevé que pour les autres pathologies. Les ruptures fréquentes de stocks de médicaments au niveau des structures de santé, la

réticence des professionnels de santé à prescrire les ACT aux malades ou leur choix délibéré de prescrire des spécialités, sont en autres des éléments qui rendent le traitement du paludisme toujours très coûteux pour les ménages »

(Dieng, Audibert, Le Hesran, & Dial, 2014 : 18)

En 2005, la gratuité de la césarienne et de l'accouchement fut instituée dans 5 régions du Sénégal. La prise en charge gratuite de la césarienne fut ensuite étendue à l'échelle nationale en

2006, sauf pour la région de Dakar (2011).

Alors que la majorité des pays d'Afrique de l'Ouest ont mis en place des politiques d'exemption des frais liées à la santé maternelle et infantile (É. Robert & Samb, 2012), le Sénégal s'est démarqué avec le lancement, le 1^{er} septembre 2006, du « Plan Sésame » qui exempte de paiement les personnes âgées de 60 ans et plus. Cette initiative a été lancée sous l'impulsion du Président Wade lors de son discours à la Nation prononcé le 3 avril 2006.

Encadré 1. La Gratuité de l'accouchement et de la césarienne

L'accouchement simple est pris en charge gratuitement au niveau des postes et centres publics de santé des régions concernées, et la césarienne au niveau des hôpitaux de district et régionaux. Le financement est national. Pour l'accouchement simple, un kit comprenant les produits de base est mis à disposition des postes et centres de santé. Pour la césarienne, le mécanisme de financement dépend du niveau de prise en charge : des kits sont mis à disposition des hôpitaux de district, tandis qu'un remboursement de 55.000FCFA par césarienne est accordé aux hôpitaux régionaux (une partie étant préfinancée).

Une évaluation réalisée en 2006-2007 a montré une augmentation significative du nombre d'accouchements assistés et de césariennes effectués dans les zones de mise en œuvre du programme. Cependant, de nombreux dysfonctionnements ont également été constatés, notamment en termes de financement et de disponibilité des kits. De plus, bien que les dépenses des ménages aient été diminuées grâce à cette mesure, les services n'étaient jamais totalement exemptés. Les recherches mettent également en avant un risque d'iniquité lié au programme, du fait de la faible accessibilité des services dans les régions rurales, comparées aux centres urbains (Witter, Dieng, Mbengue, Moreira, & De Brouwere, 2010; Witter, Armar-Klemensu, & Dieng, 2008)

Encadré 2. Le Plan Sésame

Plusieurs recherches se sont intéressées au Plan Sésame. Mbaye, Ridde et Kâ, (2013) en étudient le processus de mise en œuvre et constatent différents goulets d'étranglement : le programme est sous-financé et les retards de remboursements « entraînent une mise en œuvre restrictive et des carences financières qui s'ajoutent aux précédentes dettes de l'Etat vis-à-vis des structures de santé » (2013 : 107). Selon les auteurs, ces dysfonctionnements sont notamment liés à la dimension politique et électorale de la mesure, menant à une précipitation, un manque de personnel et de mesures d'accompagnement.

D'autres recherches se sont intéressées à l'équité dans la mise en œuvre et les résultats du Plan Sésame. Les enquêtes réalisées par Parmar et al. (2014) et Ba, Dkhimi et Ndiaye (2015) montrent que seuls 48% des personnes âgées de plus de 60 ans étaient « enrôlées » dans le Plan Sésame, une grande partie de la population n'ayant pas connaissance de la mesure. De plus, à peine 10,5% de la population cible a déclaré avoir eu recours au Plan Sésame. Ils expliquent ces résultats à partir des notions d'exclusion économique, politique et socioculturelle²¹ et montrent le caractère inéquitable des modalités d'allocation des ressources du Plan, le modèle hybride de financement ayant favorisé les personnes âgées résidant en milieu urbain ainsi que les retraités qui bénéficient du Plan à travers la couverture de l'IPRES.

²¹ Pour une analyse détaillée des processus d'exclusion à l'origine des iniquités du Plan Sésame, voir Mladovsky & Ba (2017)

Différentes initiatives ou mécanismes ont également été instaurées pour faciliter l'accès aux soins de santé des plus pauvres ou « indigents ». La Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) en fait l'inventaire : la loi n°62-29 sur les certificats d'indigence ; la ligne budgétaire de secours aux nécessiteux des communes ; les services sociaux des hôpitaux ; l'affectation d'une partie des recettes des comités de santé à la solidarité ; les fonds alloués aux hôpitaux par la Direction de l'Action Sociale ; le Fonds de Solidarité National institué par décret en 2002 ; ou encore les interventions ponctuelles de la Caisse de Sécurité Sociale ; et la prise en charge d'indigents par les mutuelles de santé (Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, 2008). Cependant, comme l'indique Baumann, ces dispositifs interviennent « dans des proportions extrêmement réduites » et restent souvent méconnus de la population cible (2010).

Comme dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, les politiques d'exemption ont donc connu de nombreuses difficultés de mise en œuvre (Olivier de Sardan & Ridde, 2014; Valéry Ridde, Robert, & Meessen, 2012). Comme le soulignent Mbaye et al. (2013) à propos du Plan Sésame, « les bonnes intentions ne suffisent pas ». Cet extrait, issu de la recherche de Dieng *et al.* sur le recours aux soins à Pikine, résume bien la situation :

« Il ressort principalement de cette étude la persistance des phénomènes d'exclusion, le problème de l'équité et de l'accès aux soins des plus pauvres. Les résultats montrent aussi que la population est souvent prête à payer, est capable de le faire mais pour des services de meilleure qualité. Il suffit de maintenir les prix à un niveau raisonnable par rapport à l'environnement socio-économique [...] Ces conclusions ne remettent pas en cause la mise en place des mécanismes de solidarité de la communauté vis-à-vis des plus démunis à travers les politiques d'exemptions [...] Au Sénégal, beaucoup d'initiatives d'exemption et de la gratuité des soins ont été mises en place [...] Ces réformes n'ont pas toujours répondu à l'attente des populations, ont rendu la situation financière des structures de santé

plus désastreuse et accru la désorganisation de l'ensemble du système »

(Dieng et al., 2014 : 19)

Les régimes de protection sociale avant 2008

Comme le souligne Baumann, les régimes institutionnalisés de protection sociale au Sénégal ont été hérités de l'époque coloniale et donc du modèle français, et ils « se prêtent difficilement à l'extension à un plus grand nombre de bénéficiaire, et ceci du fait de leur arrimage au salariat » (2010 : 3). Parmi les régimes de protection contre le risque maladie, on distingue :

- » **La sécurité sociale des fonctionnaires** instituée par la loi 61-33 du 15 juin 1961 relative au statut général des fonctionnaires. Les agents de l'état et fonctionnaires, ainsi que leurs ayants-droits, sont couverts à 80% dans les structures de santé agréées. Les frais de médicaments ne sont cependant pas couverts. Ce mécanisme est financé par un système d'imputation budgétaire et est donc rangé dans les régimes non-contributifs.
- » **L'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs du secteur privé**, gérée par les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) (loi 75-50 du 3 avril 1975). La cotisation est partagée entre l'employeur et le salarié, et permet une prise en charge des dépenses de santé des travailleurs du secteur privé et de leurs ayants-droits à des taux variant entre 40 et 80%.
- » Une couverture médicale contributive a également été instituée par décret en 1975 pour **les retraités** ayant occupé des emplois salariés ainsi que leurs ayants-droits. Cette couverture est gérée par l'IPRES (Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal) et couvre partiellement les frais médicaux de ses bénéficiaires. Depuis 2006, l'IPRES participe au financement du Plan Sésame ce qui permet une prise en charge totale de ses bénéficiaires de plus de 60 ans.
- » Les **étudiants** des établissements publics d'enseignement supérieurs sont pris en charge via les œuvres universitaires.

À ces différents régimes, il faut ajouter les compagnies d'assurance privées, qui sont régies par le Code CIMA (Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance). Celles-ci ne sont cependant accessible qu'à une minorité de la population étant donné leurs tarifs élevés.

Alors que ces régimes ont été institués durant les années 60' et 70' dans la perspective d'une formalisation progressive de l'économie sénégalaise, le secteur informel reste largement majoritaire à l'heure actuelle, créant une situation « duale » où « les protections sociales actuelles ne sont pas à même de contribuer véritablement à la redistribution des richesses créées. Elles ne permettent pas non plus de renforcer la cohésion sociale » (Baumann, 2010 : 7). Les travailleurs du secteur informel, qui représentent plus de 90% des travailleurs, sont donc exclus de ces systèmes de protection sociale institutionnalisés. De plus, comme nous venons de le voir, les mécanismes d'exemptions ciblés sur une pathologie ou un public vulnérable, connaissent des dysfonctionnements, restent parfois méconnus de la population et ne bénéficient pas toujours aux plus pauvres. C'est pour répondre à ce manque de protection contre le risque maladie des travailleurs du secteur informel que sont nées, dès la fin des années 80', des mutuelles de santé.

Étant donné leur exclusion des systèmes de protection social institutionnalisés et le développement encore faible des mutuelles de santé, Baumann souligne que « la grande majorité des travailleurs sénégalais est obligée de s'en remettre à la solidarité inter-personnelle [...] Ces différents types d'aide sont soumis au bon vouloir de ceux qui les prodiguent. Ils relèvent des obligations sociales et de l'assistance, mais ne peuvent en aucun cas être associés à un droit quelconque permettant de prévoir l'avenir. Or, le progrès, du moins tels qu'il est perçu par les sociétés occidentales, suppose le recul de l'assistance en faveur de la prévoyance » (2010 : 6-7). De plus, elle ajoute que bien que la solidarité, la « tradition » et la « famille africaine » soient régulièrement mises en valeur dans les discours, elles « sont aujourd'hui mises à rude

épreuve, ne serait-ce que parce que l'économie de marché valorise, elle, l'initiative individuelle » (Baumann, 2010 : 8).

L'assurance maladie universelle depuis 2008

Au Sénégal, la réflexion sur la Couverture Santé Universelle (CSU) a démarré en 2008. Auparavant, cette question avait été abordée à travers la Stratégie Nationale de Protection Sociale, qui préconisait, dans le domaine de la santé, une réforme des régimes existants de protection contre le risque maladie ainsi que la promotion « de la mutualisation du risque maladie sur la base du territoire des collectivités locales » et de « l'extension des mutuelles de santé dans les organisations socio-professionnelles » (Cellule de Suivi du Programme de Lutte contre la Pauvreté, 2005 : 88-89). Cependant, la réflexion lancée par le ministère de la Santé en 2008 concerne spécifiquement la couverture du risque maladie. Elle se base sur deux constats : Premièrement, les réformes initiées durant les années 90', à savoir le recouvrement des coûts et la réforme hospitalière, ont permis une amélioration de la viabilité financière de l'offre de santé publique et de la disponibilité des médicaments, mais « ces réformes ont également eu un impact négatif sur l'accessibilité financière aux soins de santé [...] incitant à faire de l'équilibre financier une priorité ». Deuxièmement, les différents programmes visant à faciliter l'accès aux soins de santé pour les plus pauvres et les groupes vulnérables « concernent une proportion relativement faible de la population non solvable » et la dispersion de ces différents régimes en diminue l'efficacité (Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, 2008).

En effet, comme le montre le tableau 3, la part de la population couverte contre le risque maladie, tous régimes confondus, avoisinait les 20% en 2007. Les dépenses directes de santé (*out-of-pocket expenses*) représentaient 39.65% des dépenses totales de santé, et 78,3% des dépenses privées de santé²².

²² Source : <https://data.worldbank.org>

Encadré 3. Le Développement des mutuelles de santé au Sénégal

Il est généralement considéré que trois phases marquent le développement des mutuelles de santé au Sénégal : la phase de naissance (avant 1994), la phase de diffusion (1994-98) et la phase d'engagement, depuis 1998. Celle-ci « voit l'implication d'un nombre de plus en plus important d'acteurs issus de la communauté nationale et de la communauté internationale dans la promotion et le développement des mutuelles de santé » (Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, 2008 : 9)

La mutuelle de Fandène, dans la région de Thiès, a été créée en 1988 et fut la première mutuelle de santé du Sénégal. Du fait de son origine endogène, de son succès (taux de pénétration élevé) et de sa pérennité, elle constitue une référence dans le pays et est régulièrement invoquée comme preuve d'une culture mutualiste au Sénégal ainsi que du potentiel des mutuelles communautaires à protéger efficacement les travailleurs du secteur informel et rural contre le risque maladie. En 2015, une étude expliquait le « fondement de la résilience et de la pérennité » de la mutuelle de Fandène par « les conditions de sa création, les caractéristiques de sa population cible, la réciprocité élargie, la gouvernance, la confiance et la conscience critique des membres ainsi que la qualité des soins ». Cette recherche mettait cependant en avant la difficulté pour des mutuelles de petite taille et à adhésion volontaire de contribuer à la couverture universelle (Gollock, Haddad, & Fournier, 2015).

Le modèle mutualiste s'est ensuite diffusé, d'abord dans la région de Thiès puis dans d'autres régions du pays. En 1997, le Sénégal comptait 19 mutuelles. Ce nombre n'a cessé d'augmenter par la suite, passant de 28 mutuelles en 2000, à 79 en 2003 et 129 en 2007 (Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, 2008). Les mutuelles de santé ont obtenu l'appui de nombreuses organisations nationales et internationales.

L'État s'est également progressivement impliqué dans la promotion et l'appui aux mutuelles de santé. En 1998, la Cellule d'Appui aux Mutuelles de santé, IPM et comités de santé (CAMICS) est créée au sein du ministère de la Santé. La loi n°2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de santé définit le cadre juridique, mais son décret d'application ne sera adopté qu'en 2009. Enfin, un Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal est élaboré en 2004. Ses axes d'interventions sont (i) le développement des capacités d'implantation, d'organisation et d'extension des mutuelles de santé (communautaires et socio-professionnelles) ; (ii) le renforcement des capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé ; (iii) la mise en place de plans de communication pour la promotion des mutuelles de santé ; (iv) la mise en place de partenariats effectifs entre les acteurs et (v) le renforcement de l'appui de l'Etat au développement des mutuelles de santé (Ministère de la Santé, 2004).

Plusieurs études se sont intéressées à l'impact des mutuelles sur l'utilisation des services et la protection contre le risque financier. En 2004, Jütting montre l'impact de l'appartenance à une mutuelle de santé dans la région de Thiès sur la probabilité de se rendre à l'hôpital, ainsi que la meilleure protection contre le risque financier. Il note cependant la faible proportion de personnes pauvres enrôlées dans les mutuelles étudiées et plaide pour une subvention de leur cotisation.

D'autres études se sont intéressées aux valeurs portées par les mutuelles de santé sénégalaise et aux acceptations différentes qu'en ont les acteurs mutualistes, ainsi qu'aux relations de pouvoir au sein des mutuelles de santé communautaires (P. Mladovsky & Ndiaye, 2015; P. Mladovsky, Ndiaye, Ndiaye, & Criel, 2015; Ouimet, Fournier, Diop, & Haddad, 2007).

En 2008, les mutuelles de santé connaissent toujours de nombreuses difficultés, notamment la faible capacité contributive des ménages, le manque d'attractivité du paquet couvert et le faible taux de pénétration. Les autres difficultés constatées ont trait aux problèmes de gestion administrative et financière, liées au bénévolat des gestionnaires et à leur manque de formation, à l'irrégularité de la tenue des rencontres des organes de gestion mais aussi à la faible implication d'autres acteurs (Etat, prestataires de soins, collectivités locales), au manque de coordination des interventions d'appui et, enfin, à l'absence d'un cadre juridique complet, d'une politique de contractualisation ainsi que d'un mécanisme de suivi-évaluation (Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, 2008; Dupré, 2011).

Tableau 3. Les différents régimes de la couverture du risque maladie au Sénégal

Type de régime	Personnes couvertes	Organismes gestionnaires	Nombre de bénéficiaires	Part de la population couverte
Régime non contributif	<ul style="list-style-type: none"> • agents de l'État • personnes de plus de 60 ans (Plan Sésame) • étudiants 	Ministère Finances	820 000	7,4 %
		État & IPRES	560 000	4,9 %
		Œuvres universitaires	33 000	0,3 %
Régimes contributifs volontaires	<ul style="list-style-type: none"> • membres mutuelles de santé • souscripteurs d'assur. privée 	Mutuelles de santé	420 000	3,8 %
		Compagnies d'assur.	25 000	0,2 %
Régimes contributifs obligatoires (IPM)	• salariés du secteur privé	IPM (Institut de prévoyance maladie)	400 000	3,6 %
Total			2 259 000	20 %

Source: République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention, *Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais*, Dakar, p.13. NB : les données, arrondies par EB, concernent l'année 2007.

Au niveau international, le lancement de cette réflexion correspond au contexte de « la lutte contre la pauvreté » et de l'atteinte des OMD. Comme le souligne Baumann, « les protections sociales sont de moins en moins présentées comme un coût qui risquerait d'être contre-productif [...] Bien au contraire, la mise en place de véritables systèmes de protections sociales – systèmes dans le sens qu'ils couvriraient l'ensemble de la population – est davantage considéré comme un investissement ». Selon elle, l'engagement des Etats en faveur de la protection sociale « devra prendre de l'ampleur à la suite du Sommet extraordinaire des chefs d'États de l'Union Africaine sur l'emploi et la lutte contre la pauvreté » en 2004 (2010 : 8-9). Elle sera également encouragée par différents organismes internationaux, tel la Banque Mondiale, l'OIT ou l'USAID. En 2005, la 58^e Assemblée Mondiale de la Santé votera également une résolution en faveur de la couverture santé universelle, qui encourage ses Etats membres à développer des systèmes de financement de la santé basés sur des mécanismes de prépaiement et de partage des risques (WHA58.33).

La Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais (2008)

Au Sénégal, la réflexion sur la Couverture maladie Universelle a donc débuté en 2008, sous l'impulsion du Ministère de la Santé et de la Prévention, tutelle de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP). Le programme santé de l'USAID a également appuyé ce processus. La Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais qui découle de cette réflexion peut être résumée à partir de ses trois axes d'intervention :

- (i) **Amélioration et extension des initiatives de gratuité** : la stratégie prévoit la création d'un Fonds commun d'achat des prestations pour améliorer la gestion des initiatives de gratuité. Elle prévoit également l'extension des publics cibles, notamment la prise en charge gratuite de la césarienne à Dakar et la prise en charge gratuite des enfants de 0 à 5 ans. Il est également proposé, vu les dysfonctionnements notés dans les initiatives

existantes pour la prise en charge des indigents, de subventionner leur prise en charge à travers les mutuelles de santé.

- (ii) **Réforme de l'assurance maladie obligatoire**, notamment la revue des textes législatifs, la création d'une structure faitière des IPM et la lutte contre l'évasion fiscale.
- (iii) **Stratégie de développement des mutuelles de santé**: la stratégie prévoit un soutien aux initiatives mutualistes, notamment en termes de renforcement des capacités et de communication, mais également à travers l'appui de l'État et des collectivités locales via la mise en place de mécanismes de subvention générale, permettant l'extension du paquet de bénéfice, et ciblée pour la prise en charge des indigents. La stratégie prévoit également la mise en place de nouveaux régimes, les « régimes spéciaux », qui correspondent à quatre projets innovants en cours d'élaboration :
 - a. Le projet de mise en place d'un régime de protection sociale agrosylvo-pastorale, qui prévoit une adhésion collective (via les organisations professionnelles) et une cotisation de 13 000 FCFA largement subventionnée (seulement 3500 FCFA sont à charge de l'adhérent).
 - b. Le projet de mise en place d'une mutuelle sociale pour les travailleurs du secteur routier.
 - c. Le projet de démonstration de l'extension de l'assurance maladie à travers les mutuelles de santé dans le cadre de la décentralisation.
 - d. Le Programme d'Appui au Développement de la Micro-Assurance Santé (PAMAS)

Malgré l'objectif fixé d'un taux de couverture de 50% de la population en 2015, un grand nombre d'actions proposées par cette stratégie ne seront concrétisées qu'à partir de 2013, dans le cadre de la « Couverture Maladie Universelle » lancée par le Président Macky Sall. Quelques initiatives et dispositions législatives et réglementaires ont tout de même vu le jour avant 2013 : le décret d'application de la loi de 2003 sur les mutuelles de santé est adopté en 2009 ; l'extension de la gratuité de la

césarienne à Dakar est mise en œuvre à partir de 2011 ; un décret instituant la réforme des Institutions de Prévoyance Maladie voté en 2012. Les projets de « régimes spéciaux », soutenus par différents partenaires (OIT, CTB, USAID), ont également été expérimentés.

Selon Baumann, « il n'existe pas de véritable concept d'ensemble, avec des priorités dans le temps, dans l'espace et par rapport aux groupescibles [...] Pour tous, être la structure d'accueil d'une nouvelle expérience est source de prestige, d'afflux de fonds, de situations rentières dont se nourrit la multiplication des organisations [...] Mais ce qui s'avère alors particulièrement contre-productif, c'est l'absence d'une structure de coordination opérationnelle susceptible de mettre fin à la cacophonie que l'on peut constater à l'heure actuelle ». Elle ajoute que « le manque de concertation n'est cependant pas seulement le propre des structures nationales. Les intervenants étrangers, généralement des ONG, sont nombreux, mais entre eux aussi, la coordination semble faire parfois défaut » (Baumann, 2010 : 13-14).

En 2012, Boidin note également que l'approche du Sénégal en matière santé et de son financement manque de cohérence et qu'elle est « insuffisamment systématique et transversale ». Il s'interroge sur la pertinence et les limites des mutuelles de santé dans l'extension de la couverture maladie au Sénégal et identifie trois ensembles de défaillances : (i) les problèmes d'articulation des dispositifs et des échelles d'intervention ; (ii) l'appui insuffisant de l'État et des collectivités locales et (iii) les défaillances plus larges du système de santé. Comparant la situation du Sénégal à celles du Ghana, du Rwanda (et, en partie, du Cameroun), il constate que ces pays « se caractérisent par une volonté politique forte, un appui organisationnel et technique aux mutuelles communautaires et un objectif de soutien financier au système mutualiste permettant d'assurer les objectifs d'équité. Ces différents leviers de réussite semblent encore faire, en partie, défaut au Sénégal » (Boidin, 2012).

On peut cependant considérer les préoccupations en termes de protection contre le risque maladie, d'accessibilité des services et d'équité comme étant durablement inscrites dans les priorités nationales. Le Plan National de

Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 définit par exemple comme défi majeur la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles, mais il repose sur la « vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé [...] sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif ». La 11^e orientation stratégique concerne d'ailleurs « le renforcement de la couverture du risque maladie avec un accent sur les groupes vulnérables » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009 : 31).

Une étude sur les dépenses catastrophiques de santé montre qu'en 2011, la contribution des ménages au financement de la santé était toujours élevée au Sénégal, notamment en raison de dépenses majeures en médicaments. Cette étude révélait que 2.59% des ménages avaient effectué des dépenses catastrophiques et 1.78% des ménages étaient tombés dans la pauvreté en 2011, alors que ce taux était de 0.96% en 2005. L'étude conclut que « la problématique de l'accessibilité aux soins de santé demeure plus marqué en milieu rural, où le pouvoir d'achat des populations est faible » et invite les autorités à « mettre en place des mécanismes pour se diriger vers une couverture universelle [...] avec un accent particulier sur les populations pauvres et vulnérables » (Sow et al., 2013)²³.

Le lancement et les axes de la Couverture Maladie Universelle

La politique de Couverture Maladie Universelle (CMU), telle qu'elle est mise en œuvre à l'heure actuelle, est lancée en 2013, suite à l'élection du Président Sall le 25 mars 2012. Son programme de campagne proposait comme axe premier, de « mettre fin aux injustices sociales » en développant « une politique de protection sociale universelle », dont les mesures clés sont la Couverture Maladie Universelle et le programme des Bourses de Sécurité Familiale²⁴.

Une Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle fut mise en place au sein du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale en août 2012. Des concertations nationales de la santé furent organisées en janvier 2013, en vue de « bâtir un consensus national autour des réformes à entreprendre dans le secteur de la Santé et de l'Action sociale pour renforcer, de façon durable, l'accès à des services de santé de qualité » (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013b). En mars 2013, un atelier fut également organisé pour mener à l'élaboration du Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle 2013-2017.

Durant son allocution lors de la Cérémonie officielle de lancement du Programme National de CMU le 20 septembre 2013, le Président a annoncé l'objectif de couverture maladie de base d'au moins 75% de la population d'ici 2017, qualifiant cet objectif « d'ambitieux » mais « réalisable » et s'engageant à « assurer la mise à disposition de toutes les ressources nécessaires pour son atteinte ». Il a ainsi annoncé l'inscription, dans le budget du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, d'un budget de 5 milliards de FCFA destinés à financer la CMU en 2013²⁵. Le Président a ensuite défini les différents axes d'intervention de la CMU.

Le Plan Stratégie de Développement de la Couverture Maladie Universelle 2013-2017 comporte trois piliers, qui rappellent les axes de la Stratégie de 2008 :

- (i) **La réforme de la politique de gratuité** des soins, pour la rendre plus pérenne à travers la création d'un fonds national de solidarité santé
- (ii) **La réforme des Institutions de Prévoyance Maladie**
- (iii) **L'extension de la couverture du risque maladie à travers les mutuelles de santé dans le contexte de la décentralisation.**

La différence majeure avec la stratégie de 2008 se trouve dans le choix du projet DECAM

²³ Il est intéressant de noter que l'auteur principal de cet article, ainsi que certains co-auteurs, sont des agents de la CAFSP, et occuperont par la suite des postes à responsabilité à la CACMU puis à l'Agence de la CMU.

²⁴ Le programme complet est disponible à l'adresse : <https://www.mackymetre.com/programme>, consulté le 30 janvier 2018.

²⁵ Des chèques ont été remis aux responsables mutuellistes lors de cette cérémonie.

(Décentralisation de l'Assurance Maladie) comme stratégie d'extension de la couverture maladie universelle au secteur informel et rural. Alors que la stratégie de 2008 proposait d'expérimenter divers projets d'assurance maladie, allant des mutuelles socio-professionnelles à la micro-assurance santé, le PSD-CMU 2013-2017 opère un choix explicite pour les mutuelles de santé communautaires. Les mutuelles sont alors considérées comme, « à l'état actuel du niveau de couverture et de l'ampleur des secteurs informels et ruraux dans le pays, les seules à disposer de potentiels pour couvrir la majorité de la population sénégalaise » (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013 : 19). Ces propos se retrouvent également dans le discours du Président M. Sall lors de la cérémonie d'ouverture : « j'accorde une importance capitale à la promotion des mutuelles de santé [...] les instruments permettant de couvrir la majorité de la population sénégalaise » tout en insistant sur l'importance « d'opérer une démarche de rupture dans la gestion de ces mutuelles de santé ». Dans ce discours, il annonce également « l'innovation majeure » de cette stratégie, à savoir la subvention, par l'Etat, de la moitié de la cotisation des adhérents aux mutuelles de santé ainsi qu'une subvention totale pour les personnes identifiées comme indigentes.

Les deux autres axes de la stratégie, à savoir les réformes des IPM et des politiques de gratuité, reprennent majoritairement les idées de la Stratégie de 2008. Lors de la cérémonie de lancement, le Président annonce notamment sa « décision de rendre gratuits les soins de santé pour les enfants âgés de moins de cinq ans ». Cette stratégie sera effectivement mise en œuvre à partir d'octobre 2013 et progressivement élargie en ce qui concerne son paquet de soins. La réforme de l'assurance maladie obligatoire sera également appliquée sur base du décret de 2012, et l'Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO) créée en 2014.

La Décentralisation de l'Assurance Maladie

La stratégie d'extension de la couverture maladie au secteur informel et rural se base, à partir de 2013, sur la stratégie le DECAM, dont le slogan est : « une collectivité locale, une mutuelle de santé au moins ». Cette stratégie porte le nom du projet qui l'a développée, le « projet de

démonstration de l'extension de l'assurance maladie sur la base des mutuelles de santé dans le contexte de la décentralisation (projet DECAM) ». Ce projet, élaboré par Abt/Associates, fait alors partie du programme santé de l'USAID. Comme le soulignent les porteurs du projet, il a été « conçu pour opérationnaliser les orientations stratégiques d'extension de la couverture maladie » et repose sur « la mise en place d'un partenariat effectif entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat pour impulser les progrès vers la couverture maladie universelle » (Abt Associates, n.d.).

Une phase pilote du DECAM, appuyée par l'USAID et l'OMS a été mise en œuvre dans quatre départements (Kaolack, Kolda, Louga et Saint Louis) dès 2012. Abt Associates y a réalisé plusieurs études de faisabilité. Les résultats de ces études, rassemblés dans un document intitulé « Projet Decam : Synthèse des études de faisabilité des réseaux départementaux de mutuelles de santé », présentent plusieurs scénarii possibles en terme d'harmonisation des paquets de bénéfices et de cotisation, de niveau de subvention et d'architecture institutionnelle du projet. Ce sont ces études de faisabilité qui vont déterminer les paramètres adoptés dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle.

Le Plan Stratégique de Développement de la CMU 2013-2017 va donc reprendre les principaux constats et paramètres du DECAM pour étendre la couverture maladie aux acteurs du secteur informel et rural. Le document stratégique rappelle l'importance d'un « partenariat effectif » entre mutuelles communautaires, collectivités locales et l'Etat, qui « partagent les mêmes valeurs fondatrices de solidarité, disposent d'avantages comparatifs, et apportent des ressources complémentaires » (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013a).

Dans le cadre du DECAM, chaque collectivité locale doit donc être couverte par une mutuelle de santé, au moins. Les mutuelles existantes sont restructurées et de nouvelles mutuelles sont créées, et toutes doivent harmoniser leurs paramètres fondamentaux avec les paramètres du DECAM. Ce régime s'adresse donc à l'ensemble des résidents des collectivités locales, à l'exception de ceux qui bénéficient déjà d'une couverture maladie basée sur l'emploi. L'adhésion aux mutuelles de santé est

organisée sur une base familiale ou de groupe (l'adhésion individuelle est prévue comme « l'exception »). L'adhésion coûte 1000 FCFA et la cotisation annuelle est fixée à 7000 FCFA par bénéficiaire. Cependant, cette cotisation est subventionnée à 50 % par l'État, et le bénéficiaire ne doit donc s'acquitter que d'un montant de 3500 FCFA par an. Il couvre un paquet minimum de bénéfices qui est également harmonisé.

Une subvention totale de la cotisation est également prévue pour les personnes identifiées comme vulnérables ou indigentes. Cette subvention couvre à la fois le montant de la cotisation (7000 FCFA), les frais d'adhésion (1000 FCFA par adhérent + 250 FCFA de photo par bénéficiaire) mais également un forfait couvrant le ticket modérateur (2000 FCFA). Les personnes qui bénéficient de cette subvention doivent donc être prises en charge à 100 % par les mutuelles de santé (y compris pour les médicaments de spécialités vendus dans les pharmacies privées). Les personnes éligibles à cette subvention sont les détenteurs de la Carte d'Égalité des Chances (CEC) et les bénéficiaires de la Bourse de Sécurité Familiale (BSF). Ces deux programmes ont également été lancés par le Président Macky Sall en 2013 :

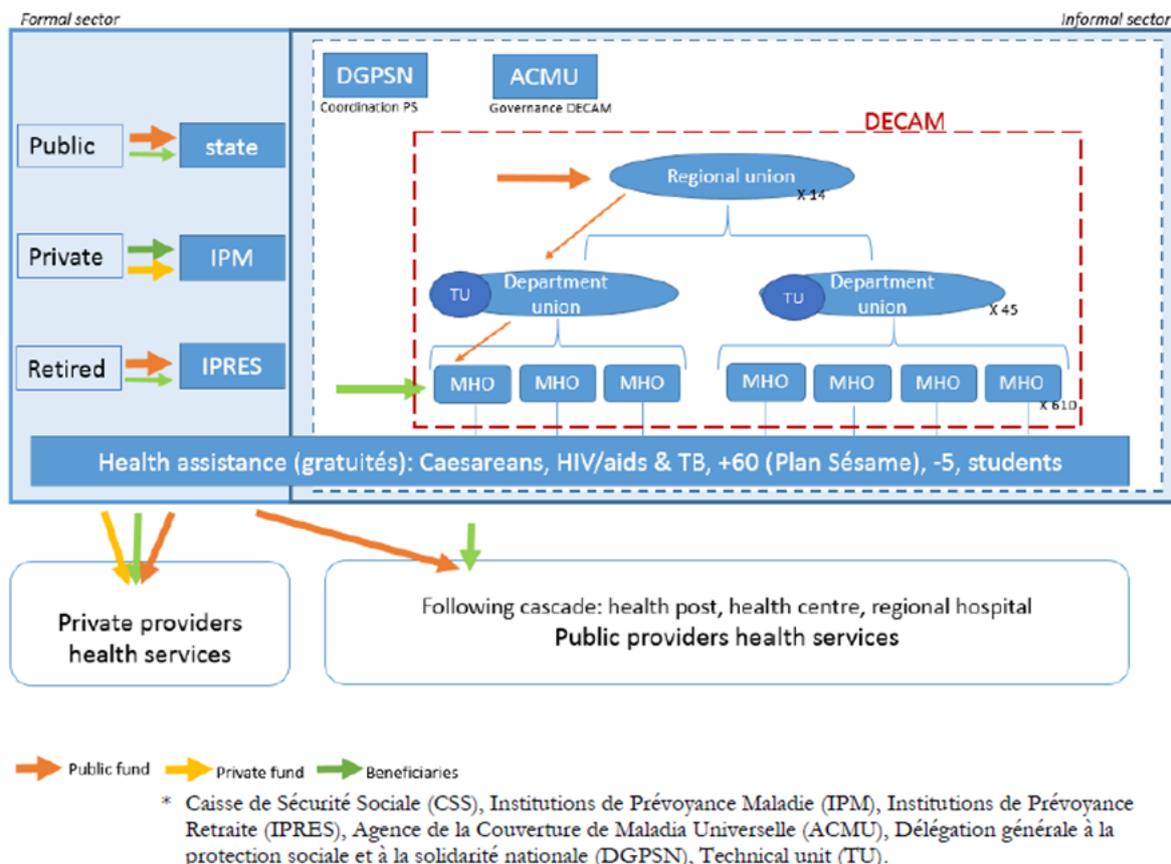
- > Le programme de BSF, géré par la Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSSN), est un programme de *Conditional Cash Transfers*. Il couvre 300.000 ménages qui perçoivent, durant 5 ans, une bourse trimestrielle de 25.000 FCFA. L'ensemble des membres de ces ménages, estimés à environ 2.400.000 personnes, sont progressivement enrôlés dans les mutuelles de santé depuis 2014.
- > La CEC s'adresse aux personnes handicapées

dont le statut doit être validé par une enquête sociale réalisée par les services sociaux décentralisés. Ils peuvent ensuite bénéficier d'une subvention totale de leur cotisation aux mutuelles de santé.

Le paquet de bénéfice du DECAM est composé d'un paquet de base (comprenant les services des postes et centres de santé) ainsi qu'un paquet complémentaire (comprenant les services des hôpitaux). Ces services sont pris en charge à 80%, et à 50% pour les médicaments de spécialités vendus dans les officines privées ayant signé une convention avec la mutuelle de santé. Les maladies chroniques ne sont pas prises en charge dans le paquet de soins. Le paquet de base est géré par la mutuelle de santé, alors que le paquet complémentaire, financé par la subvention de l'État, est géré par l'union départementale des mutuelles. Cette « décomposition » du paquet de base « est un choix délibéré pour renforcer l'efficacité dans la prise en charge et le système de référence ». Les mutuelles sont donc organisées sur base de trois niveaux : la mutuelle de santé communautaire, au niveau de la collectivité locale ; l'union départementale ainsi que l'union régionale. Elles « remplissent des rôles complémentaires dans les fonctions (collecte des revenus, assurance maladie et mise en commun des risques, achat des soins de santé) sur la base du principe de subsidiarité » (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013a)²⁶. Le tableau 4 synthétise les paramètres généraux du DECAM tandis que la figure 1 illustre sa place dans le paysage institutionnel de la protection contre le risque maladie au Sénégal.

²⁶Pour une description de chacun de ces rôles : (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013a), p. 23

Figure 1. Le DECAM et les régimes de protection contre le risque maladie au Sénégal



Source : Fonteneau et al (2017)

Tableau 4. Caractéristiques du modèle de mutuelle dans le projet DECAM

N°	Caractéristiques	Description des caractéristiques
01	Unité d'enrôlement	Adhésion familiale/groupe et ou individuelle
02	Montant de la cotisation et de subvention par l'état ou un tiers-payant	3 500 FCFA par bénéficiaire et l'état subventionne les 50 % (3 500 FCFA) restant pour chaque bénéficiaire ayant la capacité contributive et 9 000 FCFA intégrant le ticket modérateur pour les ménages pauvres
03	Modalités de co-paiement ou ticket modérateur ou reste à charge	20 % à la charge du bénéficiaire pour les prestations suivantes : les médicaments, les tests diagnostiques (laboratoire et imagerie médicale) et les hospitalisations au-delà de 10 jours ; 50 % pour les médicaments acquis dans les structures privées
04	Modalités de versement de la cotisation	Uniquement en espèces
05	Disponibilité de transport	Disponible uniquement en cas d'évacuation sanitaire
06	Contenu Panier de Soins	Panier de soins complet sans les maladies chroniques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
07	Fréquence de versement de la cotisation	Modalité de versement optionnel (Annuel, Trimestriel, Semestriel) • Si versement annuel et semestriel : période d'observation de 1 mois • Si versement trimestriel : période d'observation de 2 mois
08	Restriction à une formation sanitaire	Il existe une restriction dans l'accès aux formations sanitaires conventionnées par la mutuelle (situation actuelle)

Source : O. Sagna et al. 2016

Enfin, des mesures d'accompagnement des mutuelles de santé sont également prévues dans le cadre du DECAM, en vue de renforcer leur réglementation et suivi, leurs capacités de gestion administrative et financière, leurs capacités de communication ainsi que les partenariats. Ces

mesures d'accompagnement répondent notamment à la nécessité, selon le Président de la République, « d'opérer une démarche de rupture dans la gestion de ces mutuelles de santé, notamment par le renforcement de leur gouvernance, à tous les niveaux, et de leurs mécanismes de

financement ». Dans le Plan stratégique de développement de la CMU, il est considéré que :

« Le faible développement des mutuelles de santé dans le pays est lié en partie à la faible implication des parties prenantes clés [...] L'histoire du développement des systèmes de protection sociale a démontré que le potentiel social des mutuelles de santé pour contribuer à la couverture maladie universelle dépend de l'intervention de l'Etat dans le financement et la réglementation des organisations mutualistes. Au Sénégal, cependant, le faible appui de l'Etat central et des collectivités locales aux mutuelles communautaires n'a pas permis jusqu'ici de transformer les mutuelles de santé en relais dans l'extension de la couverture du risque maladie. Le faible appui des pouvoirs publics et la modicité des montants de cotisation ont contraint la plupart des mutuelles à offrir des paquets de prestations pas attractives à leurs adhérents »

(Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013a)

En plus des quatre départements pilotes appuyés par l'USAID et l'OMS en 2012, dix nouveaux départements (un par région) furent choisis pour mettre en œuvre le DECAM en 2013, correspondant à la « phase de démonstration ». En 2015, le programme était étendu à l'échelle nationale.

L'Agence de la Couverture Maladie Universelle (ACMU)

Lors du conseil interministériel sur l'état de la mise en œuvre de la CMU en janvier 2014, une des recommandations fut de renforcer le dispositif de pilotage de la CMU. En effet, différentes difficultés furent constatées, liées à son ancrage institutionnel et à la mobilisation des ressources financières, à la dispersion des initiatives de gratuité ainsi que l'insuffisance des ressources

humaines pour atteindre les résultats ciblés (la CACMU était composée d'environ 20 personnes). Ces difficultés retardant la mise en œuvre du DECAM, le taux de couverture des mutuelles de santé était toujours faible (estimé à 6% de la population cible). Il fut donc proposé de créer une Agence nationale de la CMU. L'argument d'une séparation de la fonction d'achat et de production des services de santé fut également mobilisé, étant donné que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale occupait l'ensemble de ces fonctions (Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle, s. d.).

En juin 2014, un comité national interministériel de pilotage de la Stratégie Nationale de CMU fut instauré. Quant à l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (ACMU), elle fut créée par décret 2015-21 le 7 janvier 2015. Elle est placée sous la tutelle technique du MSAS et sous la tutelle financière du Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan. Sa mission est « d'assurer la mise en œuvre de la stratégie nationale de couverture maladie universelle. Elle assure la tutelle des régimes de Couverture Maladie Universelle à l'exclusion de ceux relevant de l'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés, et a en charge l'encadrement technique des organismes de prévoyance qui les constituent ». (Agence de la CMU, 2016)

Les organes de l'agence sont le Conseil de surveillance et la Direction Générale. Parmi les cinq directions, on retrouve une direction de l'Assurance Maladie, chargée de l'encadrement, de la promotion et du suivi des mutuelles²⁷ et une direction de l'Assistance Médicale, chargée des programmes de gratuité (plan Sésame, gratuité des 0-5ans, gratuité de la césarienne et gratuité de la dialyse). Les autres directions sont chargées de la Communication et du Marketing ; de l'Administration et des Finances ; et des Études, de la Planification, du Suivi et de l'Évaluation. En 2016, suite à la mise en œuvre des services régionaux, l'ACMU comprenait 175 agents, et ce nombre devant atteindre 239 en 2017. L'organigramme de l'Agence est présenté dans la figure 2.

²⁷ L'Agence joue notamment le rôle de l'ONAMS, prévu dans le cadre de la réglementation de l'UEMOA sur les mutuelles sociales.

Figure 2. Organigramme de l'Agence de la CMU



Source : Agence de la CMU (2016)

En 2016, l'Agence s'est dotée d'un « Plan Stratégique de Développement de l'Agence de la CMU 2017-2021 », qui succède au Plan Stratégique de Développement de la CMU 2013-2017 et auquel s'adosse un contrat de performance. Ce plan stratégique se compose de trois axes : (i) l'amélioration de la couverture du risque maladie de la population sénégalaise à travers les mutuelles de santé communautaires et l'assistance médicale ; (ii) la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la CMU ; et (iii) le renforcement de la gouvernance de la CMU.

En 2017, en vue de professionnaliser la gestion des mutuelles de santé, l'Agence a décidé de prendre en charge, durant un an, la rémunération d'un gérant par mutuelle de santé. Des unités techniques de gestion, composées de deux agents, ont également été mises en place dans les différents départements. Les salaires de ces agents sont pris en charge par l'Agence pour une durée de deux ans.

En vue d'augmenter le taux de couverture des élèves (cycle élémentaire, moyen et secondaire), la CMU-Élève a récemment été instaurée (fin 2017), suite à la signature d'un arrêté interministériel du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et du

Ministère de l'Éducation Nationale. Ce régime permet une prise en charge médicale de l'élève sur base d'une cotisation annuelle de 1000FCFA. Le paquet couvert par la CMU-Élève est donc restreint par rapport au paquet de la CMU (au niveau du paquet complémentaire). La sensibilisation et l'affiliation à la mutuelle de santé est organisée en collaboration avec l'établissement scolaire. L'ACMU prévoit également de mettre en place un régime spécial destiné aux *daaras*, les écoles coraniques et donc à leurs élèves, les *talibés*, en 2018.

État des lieux de la Couverture Maladie Universelle

Selon l'Agence de la CMU, « à la date du 31 décembre 2016, le taux de couverture tous régimes confondus, est estimé à 46.8%. A la même période, le nombre de mutuelles de santé mises en place a atteint 671 avec un taux de pénétration de 16% de la population sénégalaise » (2017 : 3). Fin 2017, l'ensemble des communes disposait d'au moins une mutuelle de santé et les unions départementales étaient en place dans les 45 départements du pays. Le taux de pénétration des mutuelles était estimé à 37 %, ce qui correspond à 2 537 879 bénéficiaires sur une cible attendue de 6 807 468.

La couverture, tous régimes confondus, était toujours estimée à 47 % de la population²⁸.

Les taux de pénétration des mutuelles de santé présentés ci-dessus prennent en compte les adhérents « non-contributeurs », pris en charge via une subvention totale de l'Etat. En 2015, 12% des bénéficiaires du PNBSF bénéficiaient d'une couverture du risque maladie à travers les mutuelles de santé. Ce nombre devait atteindre 2.400.000 en 2017. Le nombre de titulaire de la CEC enrôlés dans les mutuelles de santé devait être de 50.000 bénéficiaires en 2017, avec une augmentation de 10.000 bénéficiaires par an jusqu'en 2021 (Agence de la CMU, 2016).

Une étude sur la viabilité financière des mutuelles de santé, réalisée à partir des données de 2013 à 2015, montre une meilleure performance des départements pilotes du DECAM²⁹ en termes de nombre de bénéficiaires effectivement couverts mais également de viabilité des mutuelles. Elle fait également ressortir un ratio positif (supérieur à 1) de couverture des cotisations par rapport aux dépenses techniques (les dépenses allouées aux prestations de soins). Cependant, la viabilité d'une majorité des mutuelles de santé étudiées n'était pas assurée. L'étude attire également l'attention sur certains points clés : le taux de recouvrement des cotisations est faible (en deçà de 50% dans la plupart des mutuelles), les médicaments (notamment de spécialité) représentent une charge importante pour les mutuelles de santé. Elle souligne également l'importance d'accompagner les mutuelles dans la tenue des outils de gestion et de récolte des données (Faye, 2016).

Deux autres recherches, réalisées dans la région de Ziguinchor, se sont intéressées aux déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé dans le cadre de la CMU. Une première étude conclut que les attributs les plus déterminants à l'adhésion dans une mutuelle de santé ont trait aux paramètres d'adhésion (unité d'adhésion, modalités de paiement, montant de la prime, ticket modérateur), au contenu du paquet de soins, à la disponibilité du transport et aux modalités de conventionnement avec les formations sanitaires.

Cette étude recommande d'introduire diverses innovations dans la CMU en vue d'augmenter l'adhésion : paiement de la cotisation en nature, révision du ticket modérateur et montant de la prime différenciée selon le revenu, collecte des cotisations via les institutions de microfinance préexistantes. Les auteurs conseillent également la mise en place d'une « stratégie transfrontalière avec la Gambie et la Guinée-Bissau pour favoriser l'accès aux soins des frontaliers et des populations déplacées ». Enfin, ils plaident pour la mise en place de financements innovants et de systèmes de péréquation entre les différents régimes (Sagna et al., 2016).

Une seconde étude s'intéresse aux caractéristiques des adhérents et non-adhérents aux mutuelles de santé et à leur fidélisation. Ses résultats associent une faible adhésion à la résidence en milieu rural, à la grande taille du ménage, au faible niveau d'instruction et de revenu du chef de ménage, à la perception des soins comme étant de faible qualité et les services éloignés géographiquement. La faible fidélisation dans les mutuelles est, elle, associée au faible revenu du ménage, à la perception de la qualité des soins ainsi qu'à la présence d'une personne âgée de plus de 60 ans dans le ménage. Les auteurs ont également épinglé le manque d'information sur la CMU comme premier motif de non-adhésion et identifient les politiques de gratuité comme des freins à l'adhésion et à la fidélisation aux mutuelles de santé. Les auteurs recommandent d'axer les stratégies de communication sur des média plus accessibles, telles les radios communautaires ; de revoir les critères et méthodes d'identification des ménages pauvres ; d'instaurer une modalité d'adhésion spécifique aux ménages de plus de 10 personnes ; ainsi que des efforts pour améliorer de l'offre de soins, notamment en milieu rural. Enfin, les auteurs proposent une réflexion sur le principe d'obligation mais également sur un dispositif unifié de financement du système de santé par l'impôt (Seck, Dia, Sagna, & Leye, 2017).

²⁸ Données présentée par M. Ngom lors de l'Atelier de lancement du PRD sur la CMU le 30 novembre 2017.

²⁹ Koalack, Louga et Kolda. Le département de Saint Louis, qui devait être appuyé par l'OMS, n'a pas reçu le

même soutien durant cette phase pilote et n'est d'ailleurs plus considéré comme un département pilote.

Les Unités Départementales d'Assurance Maladie

Suite à la conduite des Programmes d'Appui à la Micro-Assurance Santé (PAMAS 1 et 2), dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kafrine, la coopération belgo-sénégalaise a lancé, en 2011, le Programme d'Appui à l'Offre et à la Demande de Soins (PAODES). Ce n'est cependant qu'en novembre 2013 qu'un accord sur le « volet demande » de ce projet fut trouvé entre le ministère de la Santé sénégalais et la partie belge, qui souhaitait mettre en place une assurance maladie de grande envergure. Alors que le PAODES proposait un modèle de mise en commun du risque reposant sur le niveau régional, il lui fut décidé de mettre en place des expériences pilotes au niveau de deux départements : Kounghoul et Foudiougne. Cela permettait en effet de s'aligner sur la nouvelle réforme de la décentralisation de 2013, suite à laquelle les départements ont acquis le statut de collectivité locale, tout en restant dans une logique de décentralisation de l'assurance maladie, telle qu'adoptée dans le cadre de la CMU.

Une Unité Départementale de l'Assurance Maladie (UDAM) a donc été installée en 2014 dans chacun de ces départements. Ces UDAM ont le statut de mutuelle de santé, mais leur gestion quotidienne est déléguée, par le Conseil d'Administration (CA), à une équipe professionnelle, composée de plusieurs employés engagés à plein temps et sur base de leurs compétences (directeur, gestionnaire/comptable, assistant administratif, collecteurs)³⁰. Des antennes des collectivités locales ont également été mises en place. Sont représentés dans le CA, les autorités locales du département, les responsables des anciennes mutuelles de santé communautaires du département ainsi que des représentants des antennes (Ladriere et al., 2017).

L'adhésion à l'UDAM est familiale ou de groupe, avec un minimum de 5 bénéficiaires par adhérent. Les cotisations sont modulées en fonction du nombre de bénéficiaires : la cotisation annuelle est par exemple de 2500FCFA par personne pour une adhésion entre 5 et 10 personnes et de 2300 FCFA à partir de 11 personnes. Le paquet de soins de l'UDAM comprend le niveau

poste de santé et centre de santé, le niveau de prise en charge étant variable (75% pour une consultation externe et 80% pour un accouchement et des soins d'urgence au poste, plus de 90% pour les soins prodigués dans le centre de santé). Les UDAM ont développé plusieurs « innovations » telles que la portabilité de l'assurance maladie, les mécanismes d'adhésion villageoise ou les champs villageois. Cependant, une des principales innovations introduites dans le cadre du PAODES concerne l'offre de soins via la mise en œuvre de la tarification forfaitaire subsidiée.

En 2016, le taux de pénétration des UDAM avait atteint 21.4% à Kounghoul et 24% à Foudiougne, en partie grâce à l'enrôlement des bénéficiaires de la BSF. Cela permettait cependant à ces deux départements d'atteindre des taux respectifs de couverture maladie de 47% et 65%, tous régimes confondus (CTB Sénégal, 2017 : 4). De plus, à cette époque, les UDAM ont atteint le nombre de cotisants nécessaire pour assurer leur autonomie financière (Ladriere et al., 2017).

Ce projet d'UDAM a suscité un grand nombre de tensions au Sénégal, notamment entre les responsables du PAODES et d'Abt/Associates, mais également au sein de l'Agence de la CMU. Ces tensions se cristallisaient notamment autour du caractère « communautaire » ou non de ces assurances professionnalisées, en comparaison avec les mutuelles de santé communautaires installées dans le reste du pays. Alors qu'il était prévu que les deux modèles DECAM et UDAM soient à terme évalués et enrichis, la réticence de certains acteurs ainsi que les tensions parfois vives ont considérablement affaibli le processus de recherche-action. Dans le cadre de la clôture du PAODES fin 2017, des « ateliers de jonction » ont tout de même été organisés entre les responsables du programme et l'Agence de la CMU. D'après les informations dont nous disposons, les UDAM vont continuer à fonctionner selon leur configuration actuelle, tout en harmonisant leur paquet de soins sur le modèle DECAM, ce qui leur permettra de bénéficier de la subvention des cotisations par l'Etat.

³⁰ Un médecin conseil devait également être engagé pour effectuer le contrôle médical des deux structures,

mais en mars 2016, celui-ci n'avait toujours pas été recruté.

La Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle

En 2017, le Sénégal a adopté une « Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle ». A la lecture du titre du document, nous nous apercevons que celui-ci est le premier à faire référence à la CSU plutôt qu'à la CMU. Cette dénomination aurait visiblement fait débat au sein des acteurs rassemblés dans le cadre de l'élaboration de cette stratégie, mais elle marque la prise en compte explicite du financement de l'offre de santé et de sa qualité dans les débats sur la couverture universelle au Sénégal.

Comme le soulignent Fonteneau *et al.*, « ces dernières années, le gouvernement a rapporté que les chiffres de couverture ont augmenté de façon spectaculaire, mais ils ne sont pas accompagnés par une évaluation critique [...] des bénéfices réels en terme d'accès et d'équité. [...] Sans étendre et améliorer l'offre de santé à travers le pays, les efforts pour mettre en œuvre la couverture santé universelle seront vains (et pourraient, sur le long terme, nuire au soutien public et à la confiance en n'importe quel type d'assurance maladie) » (Fonteneau *et al.*, 2017 : 23). En effet, une étude de Leslie *et al.* s'est intéressée à la « couverture effective³¹ » de trois services de santé primaires à destination des femmes et des enfants. Leur résultats démontrent une faible qualité des soins associée à des besoins non couverts, menant à une couverture effective d'environ 19% au Sénégal (Leslie, Malata, Ndiaye, & Kruk, 2017).

La Stratégie Nationale de Financement de la Santé repose sur quatre orientations stratégiques :

- (i) Amélioration de la disponibilité en services de santé de qualité
- (ii) Extension de la protection contre les risques financiers liés à la maladie
- (iii) Renforcement des interventions multisectorielles à haut impact sur la santé
- (iv) Mobilisation accrue des ressources financières pour tendre vers la CSU.

La première orientation stratégique concerne

donc l'offre de services. Plusieurs actions sont identifiées : la densification de l'offre de services, la détermination d'un paquet essentiel de services garantis (PESG), l'augmentation et la meilleure répartition des ressources humaines ainsi que le partenariat public-privé. Des mécanismes d'achats stratégiques sont également envisagés, notamment le financement basé sur les résultats (FBR), mis en œuvre à travers le Programme National FBR avec l'appui de la Banque mondiale depuis 2012. Enfin, la stratégie prévoit également d'améliorer la disponibilité des médicaments et produits essentiels, notamment en renforçant les programmes « *Jegesi Naa* » et « *Yeksi Naa* », qui sont des réformes de la chaîne d'approvisionnement de ces produits.

En ce qui concerne l'orientation stratégique de protection contre le risque maladie, une des nouveautés présentées dans ce document concerne la mise en place de mécanismes d'adhésion obligatoire, qui « passera par l'institutionnalisation d'une obligation attachée ou couplée à des bénéfices (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 » (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2017 : 28). La seconde innovation concerne la mise en place d'un dispositif unifié de couverture santé, afin de diminuer la fragmentation. Cependant, la Stratégie prévoit une défragmentation progressive, qui passera d'abord par la coordination des régimes du secteur formel d'une part, et du secteur informel d'autre part. Pour ce dernier, « l'option d'une Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU) est à envisager » (2017 : 29). Ce projet, annoncé lors du discours du Président en 2013, vise à gérer conjointement le financement de la CMU et des programmes de filets sociaux (principalement le programme de BSF). La stratégie prévoit enfin la mise en place d'un système d'informations intégré sur la CMU. Celui-ci est en cours de développement au sein de l'Agence de la CMU.

La troisième orientation stratégique a trait aux déterminants sociaux de la santé et vise à

³¹ Par « couverture effective », ils entendent mesurer la couverture corrigée par un critère de qualité du service

délivré, à savoir le respect clinique des directives internationales

appliquer des mesures dissuasives et promouvoir des initiatives sur les déterminants comportementaux (alimentation, consommation d'alcool et de tabac, activité physique, comportements sexuels à risque), ainsi que des initiatives dissuasives sur les déterminants environnementaux de la santé (hygiène et assainissement, parc automobile).

Enfin, la quatrième orientation concerne la mobilisation des ressources financières pour atteindre la CSU. Premièrement, il est envisagé de rationaliser l'utilisation des ressources actuellement disponibles, de par la priorisation des interventions à haut impact, le renforcement de la promotion de la santé, ainsi que le renforcement des mécanismes de ciblage des différentes initiatives de la CMU. Ensuite, au plan interne, la stratégie vise à mobiliser des ressources additionnelles à travers le budget de l'Etat (plaider pour atteindre l'objectif d'Abuja d'ici 2021) ainsi que des collectivités locales. Il est également envisagé de développer des stratégies innovantes de financement, notamment la création d'un Fonds National de Soutien au secteur de la Santé (FNSS) qui serait alimenté par les recettes de futures exploitations des richesses géologiques du pays ; la création ou la réallocation de taxes sur des produits à fort potentiel de morbidité ; le plaidoyer auprès de la diaspora, des mécènes et entreprises ainsi que la mobilisation de ressources par le secteur privé. Au niveau du financement externe, au-delà du

Compact signé en Avril 2013, une meilleure prédictibilité ainsi qu'un meilleur taux d'absorption des ressources, via l'alignement des procédures d'exécution des fonds des Partenaires techniques et financiers sont demandés.

Comme l'indiquent Fonteneau et al., jusqu'à présent, les budgets prévus pour la CMU ont été suffisants, notamment du fait du manque de capacité à le dépenser, mais également des surplus transférés d'une année à l'autre. Ce budget est financé en grande partie par les taxes, ainsi que par la contribution de partenaires techniques et financiers tels que l'AFD, l'USAID, la Banque Mondiale, l'Unicef ou encore la Jica, qui a accordé au Sénégal, sous forme de prêt concessionnel, un appui budgétaire de 40 milliards de FCFA en 2016. Cependant, sur le long terme, le budget du ministère de la Santé ne suffira pas et de nouvelles ressources doivent être mobilisées. Selon le Plan Stratégique de Développement de l'Agence de la CMU, le financement nécessaire entre 2017 et 2021 est estimé à 358 milliards de FCFA, avec un budget annuel de plus de 70 milliards par an dès 2018. Selon ce même plan, l'essentiel du budget (82%) est attendu de l'État, « à travers les subventions publiques actuelles et les nouvelles ressources ». Les 18% restants sont attendus des partenaires. Le tableau 5 présente le budget par rubrique.

Tableau 5. Budget de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal par rubrique

ANNEES	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	TOTAL
PERSONNEL	2 466 600 000	2 466 600 000	2 466 600 000	2 466 600 000	2 466 600 000	12 333 000 000
FONCTIONNEMENT COURANT	2 776 816 852	2 821 216 401	2 958 649 491	3 167 524 691	3 297 770 395	15 021 977 830
INITIATIVES DE GRATUITE	18 572 246 784	21 033 047 344	21 826 940 899	22 029 174 180	23 414 980 033	106 876 389 240
SUBVENTIONS AUX MUTUELLES DE SANTE ET AUTRES	38 274 339 983	45 583 523 800	42 143 217 950	43 354 937 771	45 489 207 471	214 845 226 975
TOTAL FONCTIONNEMENT	62 090 003 619	71 904 387 545	69 395 408 340	71 018 236 642	74 668 557 899	349 076 594 045
EQUIPEMENT	3 261 353 900	800 000 000	1 100 000 000	2 042 034 200	0	7 203 388 100
CONSTRUCTION SIEGE	0	1 800 000 000	600 000 000	0	0	2 400 000 000
TOTAL INVESTISSEMENT	3 261 353 900	2 600 000 000	1 700 000 000	2 042 034 200	0	9 603 388 100
BUDGET TOTAL	65 351 357 519	74 504 387 545	71 095 408 340	73 060 270 842	74 668 557 899	358 679 982 145

Source: ACMU (2016), *Plan Stratégique de Développement de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle 2017/2021*

Il nous faut également préciser qu'une loi est en cours de révision au sein de l'Agence de la CMU. Celle-ci devrait être soumise à l'Assemblée nationale dans le courant de l'année 2018. Cependant, la question de l'obligation fait débat au sein

des acteurs de la CMU au Sénégal. Bien qu'un accord ait été trouvé dans la SNFS sur la mise en place de mécanismes rendant l'adhésion obligatoire par des moyens détournés, plusieurs acteurs semblent réticents à l'idée d'inscrire cette

obligation dans la loi. En effet, « différents experts ont déclaré que le soutien à une assurance obligatoire était limité du fait qu'elle constitue une interférence trop intrusive de l'État dans la sphère individuelle » (Fonteneau et al., 2017 : 27).

Les questions de défragmentation et de pérennisation des différents régimes font également débat. Toujours selon Fonteneau et al., qui s'intéressent au potentiel redistributif de la CMU, le DECAM, en grande partie financé par les taxes, représente un transfert de ressources et donc une redistribution. Cependant, le potentiel de redistribution vertical est limité, de par la fragmentation des régimes, notamment entre secteurs formel et informel. Cette situation est notamment liée à la résistance des syndicats, représentés dans les institutions de sécurité sociale, qui ont « déterminé la portée de la réforme en apposant leur veto à des changements fondamentaux qui affecteraient leur propre position » (Fonteneau et al., 2017 : 25). Dans la situation actuelle, malgré la forte volonté politique et les ressources considérables allouées à la CMU, les affirmations de Baumann restent d'actualité : « à travers les réformes réalisées ou envisagées, les autorités proposent une vision de

l'accès aux soins à deux vitesses [...] on voit difficilement comment on pourra relier les différentes expériences, condition *sine qua non* pour que tous les citoyens du pays aient le sentiment d'appartenir à un seul corps social » (Baumann, 2010 : 16).

REMERCIEMENTS

Les deux programmes de recherche au sein desquels s'inscrivent cette analyse de la situation sont financés par le Conseil en Sciences Recherches Humaines (CRSH) du Canada et l'Agence Française de Développement (AFD). Le premier est coordonné par Bonnie Campbell de l'Université de Québec à Montréal (UQAM) et le second par Annabel Desgrées du Loû, Valéry Ridde et Fanny Chabrol de l'IRD. Une partie des données concernant le Sénégal s'inscrivent dans le contexte de recherches soutenues financièrement par la Fédération Wallonie-Bruxelles – Actions de recherche concertées – Académie Wallonie-Europe. Nous tenons à remercier les participants à l'atelier de février 2018 au Sénégal dont les remarques ont été utiles pour améliorer ce texte.

BIBLIOGRAPHIE

- Abt Associates. (n.d.). Projet DECAM : Synthèse des études de faisabilité des réseaux départementaux des mutuelles de santé. USAID Programme santé, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, République du Sénégal.
- Agence de la CMU. (2016, décembre). Plan Stratégique de Développement de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle 2017-2021. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, République du Sénégal.
- Agence de la CMU. (2017, mars). Mise en œuvre de la couverture maladie universelle : rapport d'activités de l'année 2016. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, République du Sénégal.
- ANSD, (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie). (2017). Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2016. République du Sénégal.
- Ba, M., Dkhimi, F., & Ndiaye, A. (2015). L'impact des modalités d'allocation des ressources dans les mécanismes d'exemption sur l'équité : Plan Sésame, Sénégal. *African Health Monitor*, 20, 63-66.
- Baumann, E. (2010). Protections sociales en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal. *Fondation Jean-Jaurès*, 19. Consulté à l'adresse <https://core.ac.uk/download/pdf/39836120.pdf>
- Boidin, B. (2012). Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique: les leçons de l'expérience sénégalaise. *Économie publique/Public economics*, (28-29), 47-70.
- Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle. (s. d.). Etude d'opportunité et d'impact préalable à la création de l'Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle (ANACMU). Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, République du Sénégal.
- Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat. (2008). Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais. USAID, Ministère de la Santé et de la Prévention, République du Sénégal.
- Cellule de Suivi du Programme de Lutte contre la Pauvreté. (2005). Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS). Ministère de l'Economie et des Finances, République du Sénégal.
- CTB Sénégal. (2017, juillet). La professionnalisation d'une assurance maladie communautaire à grande échelle au Sénégal : une réponse adaptée à la Couverture Maladie Universelle. Note de politique n°6.
- Dieng, M., Audibert, M., Le Hesran, J.-Y., & Dial, A. T. (2014). Déterminants de la demande de soins en milieu péri-urbain dans un contexte de subvention à Pikine, Sénégal. *Études et documents du CERDI*, 15.
- Dupré, M. (2011). Quelles alternatives au financement direct de la santé dans les pays à faible revenu ? Le cas des mutuelles de santé au Sénégal. In D. Kerouedan, *Santé internationale*. Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.).
- Faye, M. (2016, mars). Etude sur la viabilité financière des mutuelles de santé dans le contexte de la couverture maladie universelle. Rapport final. Abt USAID, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, République du Bénin.
- Foley, E. E. (2010). *Your Pocket Is What Cures You. The Politics of Health in Senegal*. New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press.

- Fonteneau, B., Vaes, S., & Van Ongevalle, J. (2017, mai). Toward redistributive social protection ? Insights from Senegal and Morocco. BeFind, Acropolis, Working Paper n°21.
- Gautier, L., Tosun, J., De Allegri, M., & Ridde, V. (2018). How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 110, 160-175. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.05.032>
- Gilson, L. (Éd.). (2012). *Recherche sur les méthodologie et recherche sur politiques et les politiques et les systèmes de systèmes de santé et Manuel de Méthodologie. Manuel de méthodologie. Version abrégée*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization.
- Gilson, L., Buse, K., Murray, S. F., & Dickinson, C. (2008). Future directions for health policy analysis: a tribute to the work of Professor Gill Walt. *Health Policy Plan*, 23(5), 291-293.
- Goita, S. O. (2018). Les difficultés de mise en place de l'assurance maladie obligatoire au Mali : le cas des enseignants du supérieur. *Revue française des affaires sociales*, (1), 199-204.
- Gollock, A., Haddad, S., & Fournier, P. (2015). Fondements de la résilience et de la pérennité de la mutuelle de santé de Fandène, Sénégal. *African Health Monitor*, 20, 51-57.
- Hall, P. (1993). Policy paradigms, social learning and the state: the case of economic Policymaking in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), 275-296.
- HERA. (2018). *Evaluation In Itinera de l'Initiative Solidarité Santé Sahel (I3S). Rapport final provisoire*. Bruxelles, Belgique: HERA.
- Jütting, J. P. (2004). Do Community-based Health Insurance Schemes Improve Poor People's Access to Health Care? Evidence From Rural Senegal. *World Development*, 32(2), 273-288. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.10.001>
- Ladriere, F., Ndiaye, E., Gaye, P., Mbow, N., Senghor, I., Diouf, S., ... Hane, F. (2017). *La mise en oeuvre et les resultats des unites departementales d'assurance maladie au senegal* (p. 87). Dakar: Ministère de la santé, CTB.
- Leslie, H. H., Malata, A., Ndiaye, Y., & Kruk, M. E. (2017). Effective coverage of primary care services in eight high-mortality countries. *BMJ Global Health*, 2(3), e000424. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000424>
- Mbaye, E. M., Ridde, V., & Kâ, O. (2013). «Les bonnes intentions ne suffisent pas» : analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal. *Santé publique*, 25(1), 107-112.
- Ministère de la Santé. (2004, juillet). Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal. République du Sénégal.
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2009). Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018. République du Sénégal.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2013a). Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017. République du Sénégal.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2013b, janvier). Concertations Nationales sur la Santé et l'Action sociale. Rapport introductif. République du Sénégal.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2017). Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour tendre vers la couverture sanitaire universelle.
- Mladovsky, P., & Ndiaye, P. (2015). Solidarity in community-based health insurance in Senegal: Rhetoric or reality? *African Health Monitor*, 20, 20-26.
- Mladovsky, P., Ndiaye, P., Ndiaye, A., & Criel, B. (2015). The impact of stakeholder values and power relations on community-based health insurance coverage: qualitative evidence from three Senegalese case studies. *Health Policy and Planning*, 30(6), 768-781. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu054>
- Mladovsky, Philipa, & Ba, M. (2017). Removing user fees for health services: A multi-epistemological perspective on access inequities in Senegal. *Social Science & Medicine*, 188, 91-99. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.07.002>
- Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2014). *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris: Karthala.
- OMS. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde, 2000, pour un système de santé plus performant*. Geneve.
- Ooms, G., Latif, L. A., Waris, A., Brolan, C. E., Hammonds, R., Friedman, E. A., ... Forman, L. (2014). Is universal health coverage the practical expression of the right to health care? *BMC International Health and Human Rights*, 14, 3. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-14-3>
- Ouattara, O., & Ndiaye, P. (2017). *Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle au Mali et au Sénégal* (p. 97). Coordination MASMUT zone UEMOA.
- Ouimet, M.-J., Fournier, P., Diop, I., & Haddad, S. (2007). Solidarity or financial sustainability: an analysis of the values of community-based health insurance subscribers and promoters in Senegal. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 98(4), 341-346.
- Parmar, D., Williams, G., Dkhimi, F., Ndiaye, A., Asante, F. A., Arhinful, D. K., & Mladovsky, P. (2014). Enrolment of older people in social health protection programs in West Africa – Does social exclusion play a part? *Social Science & Medicine*, 119, 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.011>
- Paul, E. (2015). Monographie : La CMU au Sénégal. Projet ARC « Efficacité », Université de Liège.
- Ravit, M., Audibert, M., Ridde, V., De Loenzien, M., Schantz, C., & Dumont, A. (2017). Removing user fees to improve access to caesarean delivery: a quasi-experimental evaluation in Western Africa. *BMJ Global Health, In Press*.
- République du Sénégal. (2014). Plan Sénégal Emergent.
- Ridde, V., & Girard, J.-E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*, 16(1), 37. <https://doi.org/10.3917/spub.041.0037>
- Ridde, Valéry, Campbell, B., & Martel, A. (2015). Mining revenue and access to health care in Africa: could the revenue drawn from well-managed mining sectors finance exemption from payment for health? *Development in Practice*, 25(6), 909-918. <https://doi.org/10.1080/09614524.2015.1062470>
- Ridde, Valéry, Robert, E., & Meessen, B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public health*, 12(1), 289.
- Robert, E., Lemoine, A., & Ridde, V. (2017). Que cache le consensus des acteurs de la santé mondiale au sujet de la couverture sanitaire universelle? Une analyse fondée sur l'approche par les droits. *Canadian Journal of Development Studies / Revue Canadienne d'études Du Développement*, 38(2), 199-215. <https://doi.org/10.1080/02255189.2017.1301250>
- Robert, E., & Ridde, V. (2016). Quatre principes de recherche pour comprendre les défis des systèmes de santé des pays à faible et moyen revenu. *Can J Public Health*, 107(4-5), 362. <https://doi.org/10.17269/cjph.107.5533>
- Robert, É., & Samb, O. M. (2012). Pour une cartographie des soins de santé gratuits en Afrique de l'Ouest. *Afrique contemporaine*, (243), 100-101. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0100>
- Rodin, J., & De Ferranti, D. (2012). Universal health coverage: the third global health transition? *The Lancet*, 380, 861-862.
- Sagna, O., Seck, I., Dia, A. T., Sall, F. L., Diouf, S., Mendy, J., ... Kasso, B. (2016). Étude de la préférence des usagers sur les stratégies de développement de la couverture sanitaire universelle à travers les mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor au sud-ouest du Sénégal. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 109(3), 195-206. <https://doi.org/10.1007/s13149-016-0508-z>
- Seck, I., Dia, A. T., Sagna, O., & Leye, M. M. (2017). Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal). *Santé Publique*, 29(1), 105-114.
- Sow, M., Diop, M., Mbengue, A., Aw, A., Sall, F. L., Cissé, A., ... Saksena, P. (2013). Rapport d'analyse sur les dépenses

- catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services au Sénégal, 2005 et 2011. *African Health Monitor*, 46-50.
- Walt, G., & Gilson, L. (2014). Can frameworks inform knowledge about health policy processes? Reviewing health policy papers on agenda setting and testing them against a specific priority-setting framework. *Health Policy and Planning*, 29(suppl 3), iii6-iii22. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu081>
- WHO. (2013). *World health report 2013: Research for universal health coverage* (p. 168). Geneva: WHO.
- Witter, S., Dieng, T., Mbengue, D., Moreira, I., & De Brouwere, V. (2010). The national free delivery and caesarean policy in Senegal: evaluating process and outcomes. *Health Policy and Planning*, 25(5), 384-392. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq013>
- Witter, Sophie, Armar-Klemensu, M., & Dieng, T. (2008). National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. *Studies in HSO&P*, 24, 167-198.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ABS	Appui budgétaire sectoriel	DNPSSES	Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire
ACMU	Agence de la Couverture Maladie Universelle	DNSI	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
ACT	Artemisinin-based combination therapy	DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
AFD	Agence française de Développement	ECV	Enfant complètement vacciné
AMO	Assurance Maladie Obligatoire	EDS	Enquête démographique et de la Santé
AMV	Assurance Maladie Volontaire	EPS	Etablissement Public de Santé
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale	FENASCOM	Fédération nationale des associations de santé communautaire
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie	ICAMO	Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire
APR	Alliance pour la République	IHP	partenariat International pour la santé
ARV	Antirétroviral	INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
ASACO	Association de santé communautaire	INRSP	Institut national de recherche en Santé Publique
BSF	Bourse de Sécurité Familiale	IPM	Institution de Prévoyance Maladie
CACMU	Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle	IPRES	Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal
CAFSP	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat	MSAH	Ministère de la solidarité et de l'action humanitaire
CAMICS	Cellule d'Appui aux Mutuelles de santé, IPM et Comités de Santé	MSHP	Ministère de la Santé et de l'hygiène publique
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie	ODHD	Observatoire du développement humain durable
CEC	Carte d'Égalité des Chances	OIT	Organisation Internationale du Travail
CIMA	Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance	OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
CMSS	Caisse Malienne de Sécurité Sociale	OMS	Organisation Mondiale de la santé
CMU	Couverture Maladie Universelle	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CNTS	Centre national de transfusion sanguine	ONG	Organisation non gouvernementale
CPN	Consultation Pré natale	P-RM	Primature, République du Mali
CPS	Cellule de Planification et de statistique	P4H	Provider for Health
CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Évaluation	PAMAS	Projet d'Appui à la Micro-Assurance Santé
CSCOM	Centre de santé communautaire	PAODES	Projet d'Appui à l'Offre et à la Demande de Soins
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté	PDDSS	Plan décennal de développement socio sanitaire
CSREF	Centre de santé de référence	PDS	Parti Démocratique Sénégalais
CSTM	Confédération Nationale des Travailleurs du Mali	PDSC	Plan de développement sanitaire de cercle
CSU	Couverture Santé Universelle	PEV	Programme Elargi de Vaccination
CTB	Coopération Technique Belge	PFT	Partenaires techniques et Financiers
CU	Couverture universelle santé	PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
DECAM	Décentralisation de l'Assurance Maladie	PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
DGPSSN	Délégation Générale à la Protection Sociale et la Solidarité Nationale	PNUD	Programme des nations unies pour le développement
DNDS	Direction Nationale du développement Social	PRODESS	Programme de développement sanitaire et social

PSD-CMU	Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle	UDAM	Unité Départementale de l'Assurance Maladie
RAMED	Régime d'Assistance Médicale	UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest-Africain
Reme	Réseau Médicaments et Développement	UNTM	Union Nationale des Travailleurs du Mali
RGPHAE	Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage	USAID	United States Agency for International Development
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé	UTM	Union Technique de la Mutualité