



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



REGION DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET LA
PLANIFICATION FAMILIALE



Le financement de la couverture sanitaire universelle et de la planification familiale

Étude panoramique multirégionale et analyse de certains pays d'Afrique de l'Ouest : Introduction

Janvier 2017

Cette publication a été produite pour révision par l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Elle a été préparé par Jenna Wright, Karishmah Bhuwane, Ffyon Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer et Rena Eichler.

Le projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG)

Le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) contribue à améliorer la santé dans les pays en développement en élargissant l'accès des populations aux soins de santé. Dirigé par Abt Associates, l'équipe du projet collabore avec les pays partenaires pour accroître leurs ressources nationales en matière de santé, gérer plus efficacement ces précieuses ressources et prendre des décisions éclairées en matière d'achats. Ce projet mondial de cinq ans et 209 millions de dollars vise à accroître l'utilisation des services de santé primaires et prioritaires, y compris le VIH / sida, la tuberculose, le paludisme et les services de santé génésique. Conçu pour renforcer fondamentalement les systèmes de santé, HFG apporte son soutien aux pays qui naviguent sur les transitions économiques nécessaires pour atteindre des soins de santé universels.

Janvier 2017

Cooperative Agreement No: AID-OAA-A-12-00080

Soumettre à:

Scott Stewart, AOR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health

Eleonore Rabelahasa,
Senior Health Systems Strengthening and Policy Advisor
USAID West Africa Regional Health Bureau

Citation recommandée : Wright, Jenna, Karishmah Bhuwanee, Ffyona Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer and Rena Eichler. 2016. *Financing of Universal Health Coverage and Family Planning: A Multi-Regional Landscape Study and Detailed Analysis of Select West African Countries*. Rapport préparé par le Projet Health Finance & Governance. Washington, DC: United States Agency for International Development.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | www.abtassociates.com

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) |
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)

LE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

ÉTUDE PANORAMIQUE MULTIREGIONALE ET ANALYSE DE CERTAINS PAYS D'AFRIQUE DE L'OUEST

INTRODUCTION

AVERTISSEMENT

Les opinions des auteurs exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou du Gouvernement des États-Unis.

TABLE DES MATIÈRES

Acronymes.....	iii
Remerciements.....	v
Synthèse.....	vii
I. Introduction	11
I.1 Augmentation considérable du soutien pour la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale.....	11
I.2 Pourquoi le financement est important.....	12
I.3 Description des activités	13
I.4 Méthodes.....	14
I.5 Le financement de la couverture sanitaire universelle et de l'accès à la planification familiale, et l'engagement du secteur privé dans les différents pays	15
I.6 Mécanismes de financement de la santé dans les pays ciblés et les pays de référence, et engagement du secteur privé.....	29
I.7 Discussion	41
I.8 Sources.....	43
Annexe A: Matrice de sélection.....	45
Annexe B: Grille de collecte de données (« Case Study matrix Template »).....	47
Annexe C: Intervenants Clés.....	59

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques de base des quinze pays inclus dans l'étude panoramique.....	14
Tableau 2 : Les stratégies des gouvernements pour atteindre la CSU dans les quinze pays de l'étude	16
Tableau 3 : Indicateurs de la planification familiale dans les quinze pays de l'étude.....	23
Tableau 4 : Stratégies des gouvernements pour accroître l'accès à la planification familiale dans les quinze pays de l'étude.....	24
Tableau 5 : Sources de financement des dépenses de santé totales dans les quinze pays de l'étude	30

Liste des figures

Figure 1 : Cube de la couverture sanitaire universelle (CSU)	12
--	----

ACRONYMES

AMC	Assurance maladie communautaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire (Guinée, Mali)
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale (Mali)
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie (Bénin)
APSAB	Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso (Burkina Faso)
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare (Cameroun)
CAMS	Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (Cameroun)
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Mali)
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (Cameroun)
CNS	Comptes nationaux de santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale (Burkina Faso, Guinée)
CONSAMAS	Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé (Bénin)
CPS	Cellule de Planification et de Statistique (Mali)
CSU	Couverture sanitaire universelle
DIU	Dispositif intra-utérin
EDS	Enquête démographique et de santé
FCFA	Franc CFA (Burkina Faso)
GIZ	<i>Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit / Société allemande pour la coopération internationale (Cameroun)</i>
HFG	Health Finance and Governance Project / Projet de Financement et Gouvernance de la Santé
INAM	Institut National d'Assurance Maladie (Togo)
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie (Burkina Faso)
IPM	Institution de Prévoyance Maladie (Sénégal)
IPRES	Institut de Prévoyance Retraite et Sociale (Sénégal)
IST	Infection sexuellement transmissible
MFPTSS	Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (Burkina Faso)
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (Mali)
MS	Ministère de la Santé (Togo)

MSAH	Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (Mali)
MSPH	Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène (Mali)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PDS	Plan de Développement Sanitaire (Niger)
PDSS	Plan de développement sanitaire et social (Mali)
PF	Planification familiale
PMAS	Pool micro-assurance santé (Sénégal)
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire (Bénin, Guinée, Togo)
PRODESS	Programme pour le Développement Social et Sanitaire (Mali)
PROMUSCAM	Plateforme des Promoteurs des Mutuelles de Santé au Cameroun (Cameroun)
RAMED	Régime d'Assistance Médicale (Mali)
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle (Bénin)
SNFS pour la CSU	Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (Guinée)
SR	Santé de la reproduction
ST-AMU	Secrétariat technique de l'assurance maladie universelle (Burkina Faso)
TB	Tuberculose
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (Niger)
USAID	United States Agency for International Development
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne (Mali)
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
WARHO	West Africa Regional Health Office / Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest

REMERCIEMENTS

Cette étude a été financée par l'United States Agency for International Development (USAID) et mise en œuvre par le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance Project, HFG).

M. Abdoulaye Ba, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Cameroun, en Guinée, au Mali et au Sénégal. Le Dr Birahime Diongue, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Bénin, au Niger et au Togo. Le Dr André Zida, spécialiste de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Burkina Faso.

Le leadership, le soutien, la collaboration et les contributions des collègues de l'USAID/ Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest (West Africa Regional Health Office, WARHO) ont été essentiels pour réaliser cette étude panoramique et cette analyse. Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance pour le soutien fourni par le Dr Eleonore Rabelhasa, conseiller de haut niveau en politiques et renforcement des systèmes de santé (WARHO) et par Mme Rachel Cintron, responsable du Bureau de la Santé (WARHO). Les auteurs reconnaissent la participation active et la collaboration des Missions de l'USAID et de multiples partenaires de mise en œuvre et institutions non gouvernementales au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Guinée, au Mali, au Niger, au Sénégal et au Togo. Les auteurs sont également reconnaissants pour les contributions et la collaboration des ministères de la Santé et d'autres organismes gouvernementaux dans ces pays. Ils remercient tous les informateurs clés qui ont partagé leur temps et leur sagesse (voir la liste à l'Annexe C).

Enfin, les auteurs tiennent à remercier Bry Pollack et Suzanne Erfurth (Abt Associates) pour la révision du document, Alain Schuster et Julie Verbert (ASJV Associates) pour la traduction et Erin Miles et Audrey Hanbury (Abt Associates) pour la conception du rapport.

SYNTHESE

Reconnaissant qu'une population en bonne santé est favorable au développement économique, à la résilience et à la prospérité, de nombreux gouvernements se sont lancés sur la voie de la couverture sanitaire universelle (CSU). La communauté internationale, les gouvernements nationaux et de nombreuses organisations privées et personnes physiques convergent sur le principe selon lequel l'accès universel à la planification familiale est un objectif qui mérite un accroissement des investissements financiers. L'amélioration de l'accès à la planification familiale est également importante pour le développement économique d'un pays, et elle aide les pays à améliorer également l'état de santé de la population, en particulier pour les femmes, les nouveau-nés et les enfants.

La réalité des ressources limitées pour la santé a entraîné un examen plus approfondi de la façon dont les soins de santé sont financés. Pour atteindre la CSU, les gouvernements cherchent à appliquer des mécanismes de dépenses améliorés et plus appropriés pour la santé et la promotion de la sécurité financière des ménages. Bien qu'il n'existe pas de modèle unique ou parfait pour le financement de la santé, la communauté des décideurs en matière de santé peut utiliser les diverses expériences acquises dans le monde entier pour identifier les meilleures pratiques.

Ce rapport a pour objet de présenter les conclusions d'une étude panoramique portant sur les tendances observées et les leçons apprises dans quinze pays de multiples régions. Nous avons effectué des analyses détaillées de huit pays d'Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo (« pays ciblés »). Nous avons passé en revue le cadre de financement de la santé de sept autres pays qui en sont à diverses étapes du cheminement vers la CSU afin de tirer les leçons apprises et d'éclairer des stratégies possibles : Éthiopie, Ghana, Indonésie, Kenya, Malaisie, Nigeria et Afrique du Sud (« pays de référence »).

Les parties intéressées par ce rapport peuvent inclure les ministères de la Santé ou les organismes nationaux chargés de la mise en place de la CSU, les collectivités locales, les parties prenantes de la CSU en Afrique de l'Ouest, le Bureau de la Santé pour la Région de l'Afrique de l'Ouest de l'*United States Agency for International Development* et ses Missions dans les pays concernés, et le secteur privé.

Le Chapitre 1 du rapport présente les constatations de l'étude panoramique résultant de l'étude des quinze pays. Les Chapitres 2–9 du rapport présentent les constatations approfondies produites par l'étude des huit pays ciblés, y compris des descriptions du cadre de financement de la santé de chacun de ces pays et des stratégies appliquées par leurs gouvernements pour la CSU et la planification familiale, et une discussion des points forts et des points faibles du financement de la santé ainsi que des opportunités d'interventions pouvant avoir un impact important et potentiellement améliorer le cadre de financement de la santé pour la CSU et la planification familiale dans ces pays.

Tous les quinze gouvernements ont mentionné la CSU ou un concept similaire dans leurs grandes stratégies publiques pour le secteur de la santé, bien que la plupart des pays concernés ne pensent pas pouvoir atteindre la couverture sanitaire universelle pendant le terme de leurs stratégies actuelles. Au lieu de cela, les gouvernements ont généralement l'intention de prendre des mesures visant à accroître progressivement la couverture de la population dans le cadre d'initiatives existantes ou de nouvelles initiatives. En général, les documents de stratégie de ces pays en matière de CSU s'appuient sur le concept d'*universalisme progressiste*, tel que décrit par Gwatkin et Ergo (2011) et adopté en 2013 par la Commission sur les investissements dans la santé du Lancet (Jamison et al. 2013). Cela signifie qu'ils incluent de multiples stratégies pour améliorer la couverture pour les pauvres, le secteur informel et le secteur formel (et tout est censé se dérouler simultanément). La plupart des pays avaient des stratégies spécifiques visant à engager le secteur privé dans le cadre de leur stratégie globale d'atteinte de la CSU. Cependant, la planification familiale

était souvent absente des principaux documents stratégiques élaborés, et elle était fréquemment traitée dans des documents distincts axés exclusivement sur la politique à suivre en matière de planification familiale ou de santé de la reproduction. Les gouvernements ayant des documents stratégiques séparés pour la planification familiale semblent avoir des plans d'action plus concrets et spécifiques pour la planification familiale, alors que les gouvernements qui mentionnent la planification familiale dans le contexte d'un plan stratégique plus général pour le système de santé ont généralement des plans moins détaillés à cet égard.

Bien que les quinze pays varient en termes de couverture et d'utilisation de la planification familiale, beaucoup des stratégies visant à améliorer l'accès à la planification familiale sont similaires, comme une sensibilisation accrue et l'augmentation de la demande par le biais du marketing social, la délégation de tâches afin de permettre la fourniture des services au sein de la communauté et l'augmentation du nombre des centres offrant des services de planification familiale.

Même dans les systèmes de santé les moins fragmentés, les services de santé sont financés par plusieurs mécanismes différents. La plupart des mécanismes de financement de la santé, ou parfois tous ces mécanismes, sont inclus dans le cadre de financement de la santé de tous les quinze pays. Les niveaux de couverture des services, de couverture de la population et de protection financière étaient variables.

Ces niveaux de couverture constituent une manière essentielle de mesurer les progrès des pays vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale. Pour évaluer ce dernier point, il est possible d'estimer le degré auquel les mécanismes de financement de la santé couvrent les services de planification familiale (c.-à-d., cherchent à assurer leur fourniture), le pourcentage de la population pouvant accéder (et accédant) à ces services dans le cadre de chacun de ces mécanismes, et quel degré de protection financière est fourni pour la planification familiale.

Les Chapitres 2–9 de ce rapport développent chacun de ces mécanismes dans les huit pays ciblés ; les leçons tirées des sept pays de référence sont intégrées à l'analyse multirégionale du Chapitre 1.

Une fourniture de services de santé financée par l'État existe dans tous les pays de l'étude. Les fonds octroyés par les gouvernements aux établissements de santé leur permettent de fournir à leurs patients des services à prix réduit. Le gouvernement se charge souvent des achats ; dans certains pays, des comités communautaires sont établis pour être consultés afin de déterminer comment les établissements de santé dépenseront les fonds disponibles. Dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, le mécanisme d'achat employé par les acheteurs de l'État est un *financement basé sur les intrants* (p. ex., paiement des salaires des travailleurs de santé, produits de base et infrastructure). Les gouvernements associent souvent un tel financement direct pour les services de santé au *financement du côté de la demande* (p. ex., paiement de services pour le compte de patients afin de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins) afin d'améliorer l'équité de l'accès aux services de santé.

La dispense de paiement des honoraires par les utilisateurs et l'octroi de bons sont deux exemples de mécanismes de financement favorables aux pauvres, car ils réduisent la part des coûts à la charge des ménages pauvres et vulnérables. L'expérience de la Malaisie comme pays à revenus intermédiaires, tranche supérieure, ayant une couverture sanitaire quasi-universelle par le secteur public en matière de prestation de soins de santé fournit des leçons qui seront utiles pour les pays d'Afrique de l'Ouest au fur et à mesure que leurs économies se développeront, leurs systèmes de santé atteignant un stade de maturité supérieur et leurs gouvernements étant alors confrontés à de nouveaux défis causés par une transition épidémiologique et le vieillissement de la population. Les gouvernements peuvent maintenant mettre en place des cadres juridiques visant à permettre aux réformes du système de santé de répondre aux besoins changeants.

En général, au moins certains produits de base pour la planification familiale sont fournis gratuitement dans les établissements de santé et par des travailleurs de santé communautaires qui reçoivent un financement public, mais ces systèmes de distribution peuvent être améliorés. Un régime de distribution de bons au Kenya fournit des subventions ciblées pour la maternité sans risque, les méthodes de planification familiale de longue durée et les services d'assistance en cas de

violences sexuelles. Ces subventions ciblent à la fois les ménages et les prestataires publics et privés. Elles peuvent être applicables dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest, où les gouvernements cherchent à réduire les barrières financières aux services prioritaires tels que la planification familiale, encouragent l'augmentation de la demande et s'efforcent d'améliorer la qualité du travail des prestataires de services publics et privés.

L'assurance maladie sociale fait souvent partie de la stratégie des gouvernements visant à acheter des services de santé en mobilisant et combinant des fonds de sources publiques et privées qui seront utilisés en fonction des capacités de paiement des membres. De nombreux gouvernements ont l'intention de mettre en œuvre ou de développer davantage des régimes d'assurance maladie sociale et ils ont fait adopter des lois dans ce but. Cependant, la mobilisation des ressources requises pour subventionner même des prestations de base pour les citoyens ayant des moyens limités ou n'étant pas du tout en mesure de payer pour les services de santé peut représenter un processus difficile et prenant beaucoup de temps à mettre en œuvre.

Le déploiement du système ambitieux de payeur unique en Indonésie à partir de 2014 est en partie la conséquence d'une action en justice intentée par des citoyens et visant à rendre l'État responsable de la mise en œuvre de la loi de 2004 sur le Système national de sécurité sociale. Au Nigeria, le fonds chargé de financer la prestation des services de santé de base (Basic Health Care Provision Fund) a besoin d'appropriations budgétaires annuelles pour lui permettre d'atteindre ses objectifs. En 2012, la loi du Ghana concernant la réforme du régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme) exigeait l'inclusion de la planification familiale d'une manière à déterminer par le ministre de la Santé, mais trois ans après, le gouvernement n'avait toujours pas élaboré les directives d'application de la politique et les consignes nécessaires pour intégrer les méthodes de planification familiale au régime. Le déploiement par le Gouvernement sud-africain de l'assurance maladie nationale avance bien, dans le cadre d'une approche en plusieurs phases devant durer plus de dix ans pour assurer sa mise en place.

Les gouvernements doivent affecter des fonds substantiels pour développer l'assurance maladie sociale, et de nombreux pays privilégient les programmes d'assurance maladie sociale ciblant les employés du secteur formel, qui sont plus faciles à administrer. Cependant, la différence du niveau de protection financière entre le secteur formel (qui comprend souvent les ménages les plus aisés) et le reste de la population peut créer un cycle d'iniquité et accroître la fragmentation du système de santé.

L'assurance maladie communautaire (AMC) est souvent incluse dans les stratégies de CSU des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires en raison de la perception de son avantage comparatif pour identifier et inscrire les secteurs de la population qui sont insuffisamment servis, ne sont pas assurés et comprennent essentiellement les travailleurs du secteur informel dans des régimes de mise en commun des risques. Bien que l'augmentation du nombre des régimes d'AMC puisse sembler faisable pour les gouvernements à court terme, le modèle conduit souvent à la mise en place de mécanismes de financement de la santé sous l'égide de l'État. Par exemple, au Ghana, des membres de la communauté se sont initialement portés volontaires pour gérer ces régimes ; toutefois, ces régimes se sont progressivement transformés en régimes à gestion plus professionnelle et leurs administrateurs sont devenus des agents de l'État.

L'adhésion aux régimes d'AMC est souvent facultative ou n'est pas contrôlée, et ces régimes sont souvent vulnérables à l'*anti-sélection*, une situation caractérisée par des adhésions disproportionnées par des personnes à haut risque et un faible taux d'adhésion par les personnes à faible risque. Les initiatives d'AMC telles que celles de l'Éthiopie peuvent permettre de créer des groupes plus importants de risques mis en commun, une fois que le gouvernement est en mesure de gérer la transition. Cette transition pourrait être bénéfique pour assurer que les membres des régimes d'AMC obtiennent une protection financière pour les services de santé fournis par les hôpitaux régionaux ou nationaux.

L'assurance maladie privée est un mécanisme de financement de la santé existant dans les quinze pays de l'étude, mais son rôle varie d'un pays à l'autre. L'assurance maladie privée a tendance à cibler

les ménages aisés et les travailleurs du secteur formel. On note toutefois quelques rares exemples d'assureurs maladie privés et de régimes d'assurance communautaire privés qui ciblent les ménages à faibles revenus ou les travailleurs du secteur informel. Certaines sociétés privées fournissent d'elles-mêmes des subventions pour le paiement des primes ou d'autres prestations de santé offertes par des compagnies d'assurance maladie privées afin d'attirer et de fidéliser des employés compétents, par exemple au Kenya et au Nigeria. En général, ce modèle ne contribue pas substantiellement à la couverture de la population dans les pays ayant des secteurs formels peu développés.

Les dépenses à la charge des ménages représentent les paiements effectués directement par les ménages aux prestataires pour des produits et services de santé au moment de leur fourniture. Il s'agit du mécanisme de financement dominant dans la plupart des quinze pays de l'étude. Dans tous les pays concernés, les ménages paient toujours une contribution pour certains produits ou services de santé fournis, comme on peut le voir même en Malaisie, où la plupart des services sont fournis gratuitement ou à très faible coût par un réseau étendu d'établissements publics de santé. Dans les pays n'ayant que de faibles niveaux d'autres mécanismes de financement de la santé ou de mise en commun des risques, les dépenses de santé à la charge des ménages représentent la majorité des dépenses des ménages, et les dépenses des ménages en proportion des dépenses de santé totales sont généralement très élevées.

Il existe un intérêt croissant pour la mobilisation du financement privé. Étant donné que les dépenses des ménages constituent déjà une proportion élevée des dépenses de santé totales et que les pays ciblés ont des secteurs formels relativement faibles, cette étude n'a pas identifié de nombreux exemples de façons d'engager le secteur privé dans le financement de la santé. Cependant, les gouvernements peuvent améliorer l'équité et augmenter l'efficacité en mettant en œuvre des mécanismes de financement de la santé qui répartissent les risques entre des secteurs étendus de la population et protègent les ménages contre les coûts catastrophiques. Les gouvernements doivent réformer continuellement le système de santé afin de fournir une meilleure couverture, et une couverture plus équitable, à la population, et la voie vers la CSU doit évoluer progressivement en fonction des changements des besoins et des demandes de la population.

Les programmes subventionnés par des gouvernements qui ne disposent pas de suffisamment de ressources pour couvrir tous les citoyens couvriront, nécessairement ou à dessein, un segment limité de la population. Ceci peut cependant affaiblir la solidarité sociale et l'équité, et l'atteinte de l'*universalisme progressiste* risque d'être compromise. Des mécanismes de financement de la santé sur une plus petite échelle ou plus ciblés peuvent promouvoir un accès plus équitable aux services essentiels. De plus, il est essentiel de garantir un accès universel à la planification familiale par le biais d'initiatives de CSU.

De nombreux gouvernements des pays ciblés par cette étude envisagent des interventions simultanées pour améliorer la protection financière en liaison avec les soins de santé et la poursuite de la CSU : financement des établissements de santé avec des fonds publics, développement de l'assurance maladie sociale et encouragement de l'établissement de régimes de santé communautaires contribuant à la couverture de segments de la population difficiles à atteindre. Avec des secteurs formels relativement faibles, les pays ciblés devront augmenter de façon spectaculaire le nombre des régimes d'AMC afin d'atteindre un niveau d'inscriptions presque universel dans leur population. La couverture de la population par l'AMC et les autres formes d'assurance est faible dans la plupart d'entre eux.

L'examen par cette étude des cadres de financement de la santé dans tous les pays ciblés révèle plusieurs opportunités de renforcement pour tous ces mécanismes de financement ou de création de nouveaux mécanismes permettant d'accroître la couverture pour les soins de santé et la planification familiale.

I. INTRODUCTION

I.1 Augmentation considérable du soutien pour la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale

Le soutien pour la couverture sanitaire universelle (CSU) augmente dans le monde entier. Tandis que la communauté internationale adopte de plus en plus le principe selon lequel tout le monde a droit à la santé et au bien-être, de nombreux gouvernements font de grands progrès sur la voie de la CSU. De même, il existe une convergence de la communauté internationale, des gouvernements nationaux, des organisations privées et des citoyens sur le principe selon lequel l'accès universel à la planification familiale est un but méritant d'accroître les investissements financiers pour y parvenir.

Le 25 septembre 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la résolution « Transformation de notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 » définissant le programme de développement après 2015. Son objectif N° 3 pour le développement durable est le suivant : *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* (2015, p. 14). La CSU et l'accès universel à la planification familiale sont des stratégies essentielles pour atteindre cet objectif.^A

En 2013, la Commission du Lancet sur les investissements dans la santé a passé en revue l'argument pour les investissements dans la santé et a indiqué que les réductions dans la mortalité sont responsables d'environ 11 % de la croissance économique récente des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires telle que mesurée dans leurs comptes de revenus nationaux (Jamison et al. 2013). En reconnaissant qu'une population en bonne santé est nécessaire au développement économique, à la résilience et à la vitalité d'un pays, de nombreux gouvernements de l'Afrique de l'Ouest et d'autres régions ont lancé leur propre programme de CSU. L'impératif politique et moral de la CSU progresse en Afrique, où de plus en plus de personnes reconnaissent que la progression vers la CSU favorise l'équité, le respect des droits fondamentaux et la sécurité humaine en matière de santé (Banque mondiale 2016).

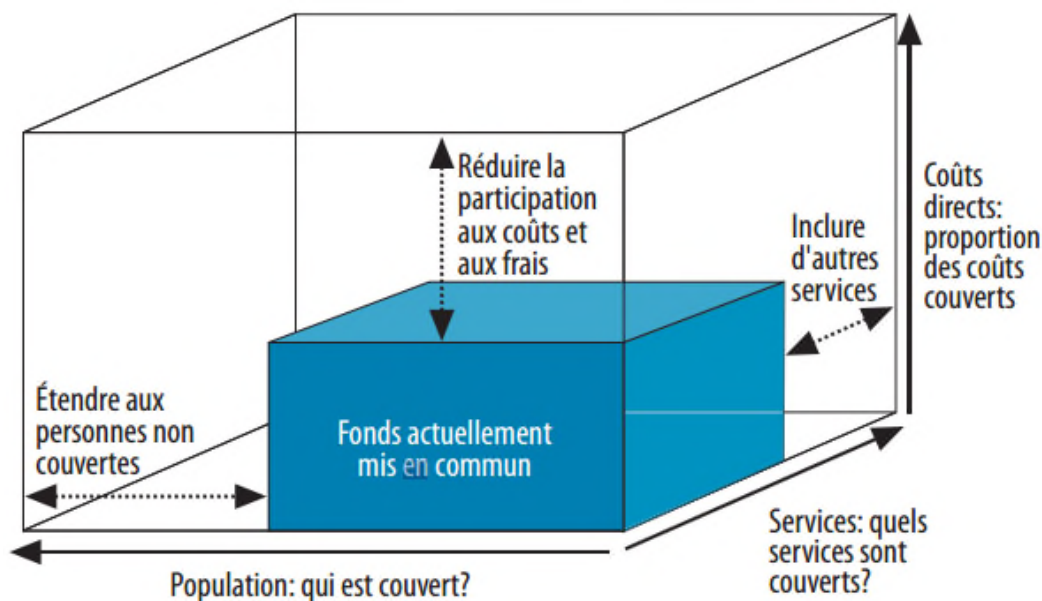
L'amélioration de l'accès à la planification familiale est un impératif crucial de la santé mondiale. Le droit à la santé inclut le droit de contrôler sa santé et son corps, y compris la liberté sexuelle et reproductive (Nations Unies, 2000). L'amélioration de l'accès à la planification familiale est également importante pour le développement économique d'un pays, et elle aide les pays à améliorer l'état de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. De nombreux gouvernements ont reconnu l'importance de l'inclusion des services de planification familiale dans le forfait essentiel de services de santé mis à la disposition de leur population et dont la demande est encouragée. La disponibilité limitée ou le coût élevé de la planification familiale en raison de mécanismes de financement inadéquats ou inéquitable peut constituer un obstacle insurmontable. Les mécanismes de financement de la santé qui ne donnent pas un degré de priorité élevé aux services de planification familiale peuvent également créer des barrières pour les prestataires cherchant à fournir ces prestations dans le cadre d'un forfait intégré de services. L'amélioration du financement pour la planification familiale peut réduire le besoin non satisfait au sein de la population et aider les gouvernements de l'Afrique de l'Ouest à atteindre leurs principaux objectifs en matière de santé de la population.

^A Objectif 3.7 : « D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux. » Objectif 3.8 : « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. »

1.2 Pourquoi le financement est important

Le financement de la santé est l'un des six blocs de construction des systèmes de santé et il est sous-jacent aux trois dimensions du cube de la CSU : **couverture de la population, couverture des services** et **protection financière** (Figure 1). L'augmentation de la couverture de la population et des services nécessite des ressources budgétaires accrues. La réalité des ressources limitées pour la santé attire de plus en plus l'attention sur la façon dont la santé est financée. Pour atteindre la CSU, les gouvernements s'efforcent d'accroître et d'optimiser leurs dépenses pour la santé et la protection financière des ménages. Bien qu'il n'existe pas un modèle unique ou parfait pour le financement des soins de santé, la communauté des décideurs en matière de politiques de santé peut s'appuyer sur les expériences d'autres pays pour identifier les meilleures pratiques.

Figure 1 : Cube de la couverture sanitaire universelle (CSU)



Source : Organisation mondiale de la santé

La santé est financée partout, même dans les contextes dans lesquels les régimes de mise en commun des risques et les autres mécanismes de protection financière sont inadéquats. Dans de tels contextes, les dépenses à la charge des ménages constituent le mécanisme de financement de la santé par défaut. Cependant, un système de santé qui s'appuie dans une large mesure sur les ménages pour financer ses propres soins de santé ralentit le développement. Ces ménages peuvent soit renoncer à des soins, soit encourir des frais de santé qui les appauvriront. La renonciation aux soins peut avoir des effets tels que la morbidité, l'incapacité, la mortalité ou une réduction de la qualité de la vie et de la productivité, avec des conséquences durables pour les ménages et pour les futures générations. Des coûts de soins de santé catastrophiques peuvent appauvrir le ménage ou le contraindre à détourner des fonds d'autres besoins critiques pour le ménage et la société dans son ensemble, comme l'éducation et l'alimentation.

La façon dont les soins de santé sont achetés est également importante. Chaque système de financement de la santé incorpore des incitations et des désincitations. Ces forces affectent les comportements et les actions de tous les participants dans le système, y compris les ménages, les autres acteurs du secteur privé, le gouvernement, les bailleurs et les prestataires, et elles peuvent affecter l'efficacité du système ainsi que les extrants et résultats produits. Par exemple, lorsque des ménages doivent acheter des services de santé en fonction des besoins, ils ont tendance à ignorer les soins réguliers, en particulier les comportements préventifs et les activités de promotion de la santé, dans la mesure où ils n'en voient pas d'avantages immédiats ou tangibles. Les employeurs privés

peuvent être incités à fournir des prestations de santé à leurs employés pour attirer de nouveaux employés et pour améliorer la santé et la productivité. Les gouvernements peuvent être dissuadés d'affecter un pourcentage plus élevé des dépenses de l'État à la santé si la communauté des bailleurs est prête à financer des programmes de santé.

Les façons dont les services de santé sont achetés introduisent également toute une gamme d'incitations au changement de comportement pour les prestataires qui affectent la façon dont ils fournissent des soins et quels services ils fournissent. Par exemple, les paiements à l'acte aux prestataires par les acheteurs, tels que les ménages réglant les dépenses à la charge des usagers, un régime d'assurance ou le gouvernement, ont tendance à dissuader les prestataires de fournir plus de services ou des services plus coûteux, sans produire pour autant une amélioration de la qualité de leurs soins ou une amélioration de la santé de leurs patients. Alternativement, lorsque des services de santé sont achetés en finançant les salaires des travailleurs de santé, le phénomène contraire peut survenir, en les incitant à fournir moins de services et peut-être aussi des services de qualité inférieure. Les grands acheteurs de services de santé tels que les assureurs sont plus en mesure que les patients de contrôler la qualité et la quantité des services fournis par les prestataires grâce à des mécanismes tels que les achats stratégiques, y compris le financement basé sur les résultats et l'agrément.

Kutzin (2013) affirme que pour qu'une politique de financement de la santé soit alignée sur la poursuite de la CSU, les réformes doivent viser explicitement à améliorer la couverture et à atteindre les objectifs intermédiaires associés, comme l'amélioration de l'efficacité, l'accroissement de l'équité dans la distribution des ressources de santé et l'augmentation de la transparence et de la redevabilité. Les fonctions de financement du système de santé telles que la perception des revenus, la mise en commun des risques et les achats doivent être conduites dans le cadre d'une approche coordonnée de chaque politique et de sa mise en œuvre pour assurer l'atteinte de ces objectifs.

Dans ce rapport, nous analysons les mécanismes de financement de la santé et la façon dont ils contribuent à la poursuite de la CSU par un gouvernement.

1.3 Description des activités

Le Bureau de l'United States Agency for International Development / West Africa Regional Health Office (USAID/WARHO) soutient le renforcement de l'engagement et de la capacité des pays à atteindre la CSU. Le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (HFG), un projet d'envergure mondiale financé par l'USAID, a été sollicité par l'USAID/WARHO pour :

- Améliorer la compréhension générale des programmes que les pays ont utilisés pour avancer vers leurs objectifs en matière de CSU, y compris les leçons apprises et les rôles potentiels du secteur privé.
- Accroître la capacité d'identification des lacunes et des opportunités dans les approches régionales et nationales de la poursuite de la CSU.
- Identifier les leçons tirées des interventions qui permettent de progresser vers la CSU et d'améliorer les résultats des politiques de promotion de la planification familiale dans le cadre des programmes de CSU.

Ce rapport présente les conclusions d'une étude panoramique sur le financement de la santé, qui inclut les tendances observées et les leçons tirées de quinze pays répartis entre plusieurs régions du monde et des analyses détaillées de huit de ces pays en Afrique de l'Ouest. Les parties intéressées par ce rapport peuvent inclure les ministères de la Santé ou les organismes nationaux chargés de la mise en place de la CSU, les collectivités locales, les parties prenantes de la CSU en Afrique de l'Ouest, le Bureau de l'USAID/WARHO et le secteur privé.

Dans ce chapitre, l'équipe de l'étude présente les méthodes de l'étude panoramique et les constatations d'une analyse de multiples pays. Dans les Chapitres 2–9, nous présentons les constatations approfondies produites par l'étude de huit pays d'Afrique de l'Ouest. Pour chacun de ces pays, nous décrivons le cadre de financement de la santé, les stratégies des gouvernements pour

la CSU et la planification familiale, les points forts et les points faibles du financement de la santé ainsi que des opportunités d'interventions pouvant avoir un impact important et potentiellement améliorer le cadre de financement de la santé pour la CSU et la planification familiale.

1.4 Méthodes

Le Projet HFG a entrepris une étude panoramique pour identifier des stratégies et politiques régionalement pertinentes pour le financement de la santé en liaison avec la CSU et la planification familiale. Des spécialistes en financement de la santé du Projet HFG ont passé en revue le cadre de financement de la santé pour la CSU et la planification familiale dans huit pays d'Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo (« pays ciblés »). Le Projet HFG a également examiné le cadre de financement de la santé de sept autres pays (« pays de référence ») qui en sont à des stades variés de la poursuite de la CSU afin de tirer les leçons de leurs expériences et éclairer des stratégies potentielles. Le Tableau I résume les caractéristiques les plus importantes à ce sujet dans les quinze pays.

Le Projet HFG a sélectionné les quinze pays à étudier en utilisant un système de classement des sites d'étude potentiels. La matrice de sélection est présentée à l'Annexe A. Les pays pouvant faire l'objet de l'étude comme pays ciblés comprenaient les vingt-et-un pays de l'Afrique de l'Ouest qui sont inclus dans la stratégie de coopération et de développement régional de l'USAID/WARHO. Nous avons donné des scores en fonction de quatre critères de sélection et retenu les huit pays sur la base du total de leurs scores. Le Projet HFG a identifié les pays de référence possibles par le biais de consultations avec l'USAID/WARHO et l'Organisation Ouest Africaine de la Santé. À partir de treize candidats, nous avons sélectionné sept pays de référence sur la base de facteurs tels que les progrès d'ensemble de ces pays vers la CSU et les mécanismes de financement de la santé utilisés.

Tableau I. Caractéristiques de base des quinze pays inclus dans l'étude panoramique

		Niveau de revenus*	Population (2015)**	Besoin de planification familiale non satisfait*** (%)	Dépenses de santé des ménages en pourcentage des dépenses totales de santé**** (%)
Pays ciblés	Bénin	Faible	10 879 800	32,6	42
	Burkina Faso	Faible	18 105 600	24,5	35
	Cameroun	Intermédiaire, tranche inférieure	23 344 200	23,5	52
	Guinée	Faible	12 608 600	23,7	62
	Mali	Faible	17 599 700	26,0	54
	Niger	Faible	19 899 100	16,0	56
	Sénégal	Faible	15 129 300	25,6	41
	Togo	Faible	7 304 600	33,6	60
Pays de référence	Éthiopie	Faible	99 390 800	26,3	34
	Ghana	Intermédiaire, tranche inférieure	27 409 900	29,9	45
	Indonésie	Intermédiaire, tranche inférieure	257 564 000	11,4	45
	Kenya	Intermédiaire, tranche inférieure	46 050 300	17,5	32
	Malaisie	Intermédiaire, tranche supérieure	30 331 000	15,4	48

	Nigeria	Intermédiaire, tranche inférieure	182 202 000	16,1	72
	Afrique du Sud	Intermédiaire, tranche supérieure	54 490 400	16,5	52

* Banque mondiale. 2016. Banque de données sur les indicateurs du développement mondial. Accédé en août 2016 à <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>.

** Organisation mondiale de la Santé. Observatoire mondial de la santé. Accédé en juin 2016 à <http://www.who.int/gho/en/>.

*** Voir Tableau 3 pour les sources.

**** Voir Tableau 5 pour les sources.

Trois chercheurs du Projet HFG ont recueilli des données qualitatives descriptives sur les arrangements de financement de la santé dans les quinze pays en utilisant le modèle de collecte des données présenté à l'Annexe B. Ils ont effectué une étude documentaire des stratégies gouvernementales et comptes rendus d'études clés suivants : le plan stratégique du gouvernement pour le secteur de la santé ; la stratégie en matière de CSU, ou document équivalent ; la politique de financement de la santé du gouvernement, ou document équivalent ; la politique de santé de la reproduction ou de planification familiale du gouvernement, ou document équivalent ; les rapports des enquêtes démographiques et de santé pour le pays ; et les Comptes nationaux de santé pour le pays. Cet examen a également inclus la collecte de données provenant d'autres sources dans le domaine public identifiées par des recherches en ligne, y compris d'autres documents de stratégie, études et rapports, articles de revues universitaires, articles de presse et documents parallèles.

Trois spécialistes expérimentés en financement de la santé basés en Afrique de l'Ouest se sont rendus dans chacun des huit pays ciblés pour y recueillir en personne des données additionnelles qui n'avaient pas été identifiées par l'analyse documentaire. Ils ont eu des réunions avec des informateurs clés pour comprendre l'engagement de chaque gouvernement envers la CSU, la mise en place de structures pour le déploiement des initiatives associées, les obstacles à surmonter actuellement et d'autres sujets. Ces informateurs clés ont inclus des hauts fonctionnaires et des directeurs de programmes, des responsables d'organismes semi-publics ou de sociétés privées, des dirigeants d'associations nationales, des partenaires au développement et d'autres interlocuteurs. Les discussions lors des réunions se sont déroulées en français. Pendant ces réunions, les consultants ont également recueilli des documents qui n'étaient pas dans le domaine public. L'Annexe C énumère les principaux contacts identifiés par les consultants.

Ensuite, l'équipe de recherche du Projet HFG a analysé les données des quinze pays pour identifier ce qui suit :

- Thèmes communs à tous les pays.
- Modèles innovants de financement de la santé pouvant être applicables dans le contexte ouest-africain.
- Opportunités de renforcement du cadre de financement de la santé en vue d'atteindre la CSU et d'améliorer l'accès à la planification familiale.

Les conclusions de l'étude panoramique et plusieurs analyses s'y rapportant sont présentées dans les sections suivantes.

1.5 Le financement de la couverture sanitaire universelle et de l'accès à la planification familiale, et l'engagement du secteur privé dans les différents pays

Dans cette section, nous résumons les stratégies des gouvernements et effectuons des comparaisons entre les pays en ce qui concerne la poursuite de la CSU et l'atteinte de l'accès universel à la planification familiale.

De nombreux gouvernements annoncent publiquement leur stratégie pour atteindre la CSU dans un document de stratégie gouvernementale. Ils décrivent comment ils ont l'intention d'impliquer le secteur privé. Le Tableau 2 résume les stratégies des gouvernements pour progresser vers la CSU et la vision de ces gouvernements pour engager des agents de financement et des prestataires du secteur privé.

Tableau 2 : Les stratégies des gouvernements pour atteindre la CSU dans les quinze pays de l'étude

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
Pays ciblés			
Bénin	Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 Stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2016-2022	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'assurance maladie sociale (<i>Régime d'Assurance Maladie Universelle</i>) • Promotion de l'AMC • Renforcement de l'assistance médicale pour les pauvres et les personnes vulnérables (0-5 ans), notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la capacité des établissements de santé pour faire bénéficier ces segments de la population de la fourniture des services • Décentralisation des fonds octroyés aux indigents au niveau de toutes les municipalités • Accroissement du financement du fonds de santé pour les indigents afin de couvrir tous les domaines de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la collaboration des secteurs public et privé pour améliorer la mise en œuvre de la politique de santé • Réglementation et engagement sous contrat du secteur privé pour améliorer la couverture et la fourniture de services de qualité
Burkina Faso	Plan de CSU 2015-2017 Loi sur l'assurance maladie universelle adoptée en 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Fourniture d'un forfait de services subventionné entre 80 et 100 % par l'État • Assurance du secteur formel par le biais du Fonds National de Sécurité Sociale (y compris les travailleurs à leur compte) • Assurance des agents publics en activité et en retraite par le biais du Fonds de retraite pour les Fonctionnaires • Promotion de l'AMC pour les secteurs rural et informel 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuation de l'achat de services aux établissements privés • Augmentation du rôle du secteur privé dans le plaidoyer pour l'adoption des mutuelles par la population

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
Cameroun	Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement de mécanismes pour la mise en commun des risques • Soutien de l'établissement et du contrôle de l'AMC • Création de mécanismes financiers pour fournir de l'assistance aux indigents • Identification de nouveaux partenariats publics-privé • Élaboration d'un manuel de procédures pour passer des contrats avec les prestataires privés • Renforcement de la capacité de l'État pour la passation de marchés 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre d'une stratégie de partenariat avec le secteur privé et identification des partenariats public-privé • Passation de contrats avec les prestataires
Guinée	Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024	<ul style="list-style-type: none"> • Fourniture de soins gratuits aux personnes âgées dans les établissements de santé publics • Conduite d'une étude sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la CSU • Établissement de structures pour le contrôle technique, le pilotage et la mise en place de la CSU 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la coordination avec le secteur privé
Mali	Plan de développement sanitaire et social 2014-2023 Projet de la Stratégie de financement de la santé pour la CSU, 2014-2023	<ul style="list-style-type: none"> • Accroissement de la population couverte par des régimes de mise en commun des risques, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • AMC pour les travailleurs du secteur informel • Régime d'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires • Mécanisme d'assistance médicale pour les indigents 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'une stratégie officielle pour les partenariats public-privé
Niger	Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la CSU au Niger 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la mobilisation des ressources nationales et étrangères • Promotion de l'AMC • Promotion de l'assurance maladie (secteur public et secteur privé) • Mise en place d'un fonds de sécurité sociale pour la santé, y compris la détermination de la structure, de la gouvernance et des sources de financement 	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement de prestataires privés dans les centres urbains • Développement d'une structure pour affecter des professionnels de santé du secteur privé dans des régions mal desservies

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
Sénégal	<p>Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018</p> <p>Plan Sénégal Émergent</p> <p>Plan Stratégique pour le Développement de la Couverture Sanitaire Universelle au Sénégal (2013–2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre de programmes d'exemptions et d'assistance pour les groupes vulnérables, comme le Plan Sésame pour les personnes de 60 ans et plus, les subventions pour les indigents et les personnes souffrant de maladies spécifiques, les accouchements et césariennes sans frais (sauf dans la région de Dakar) et les formes alternatives de protection pour les personnes qui ne sont pas couvertes par des options de couverture formelle • Réforme du cadre institutionnel et juridique de la sécurité sociale pour les travailleurs et les retraités • Facilitation de l'accès des groupes vulnérables aux ressources • Renforcement du programme de réintégration sociale • Amélioration de l'accès aux équipements pour les handicapés et les pupilles de la nation • Consolidation et expansion des mécanismes de transferts sociaux • Mise en œuvre de l'initiative de CSU qui encourage le développement de l'AMC 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de partenariats public-privé en : • Identifiant les acteurs • Définissant le mandat, les objectifs, les résultats attendus, la méthodologie et le contrôle et l'évaluation des partenariats • Élaboration de directives pour passer des contrats
Togo	<p>Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien de l'accès universel aux services de santé essentiels par le biais de : <ul style="list-style-type: none"> • Dévolution et décentralisation • Amélioration des informations et du suivi de la santé • Renforcement des ressources humaines pour la santé (expansion des services de santé communautaires ; renforcement des partenariats public/public et public-privé, y compris les structures de la médecine traditionnelle, de la société civile et de la communauté, et mise à jour de la politique nationale de passation de contrats adoptée à l'origine en 2003) • Amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité • Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, banques de sang et technologies médicales essentielles • Renforcement du financement de la santé par le biais du financement basé sur les résultats, de la mobilisation des ressources, de l'affectation optimale des ressources et de l'augmentation de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de partenariats public-privé • Passation de contrats de services de santé avec le secteur privé • Augmentation du financement privé pour la santé

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
		<p>protection financière pour les groupes vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la participation communautaire par le biais de réseaux sociaux et de travailleurs de santé communautaires 	
Pays de référence			
Éthiopie	Plan de Transformation du Secteur de la Santé 2016-2020	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'équité, de la couverture et de l'utilisation des services de santé essentiels par le biais de : <ul style="list-style-type: none"> • la promotion de l'engagement communautaire en utilisant des stratégies variées (certificat d'évaluation des compétences des ménages ; mouvements de promotion de l'autogestion des besoins ; éducation sanitaire et sensibilisation aux systèmes de santé ; déploiement de l'Armée du Développement sanitaire ; déploiement du programme de vulgarisation pour la santé de la deuxième génération) • l'amélioration de l'efficacité (gestion financière ; programme de développement de la transparence et de la redevabilité ; audits financiers et opérationnels périodiques ; augmentation de l'efficacité ; utilisation plus efficace des revenus des établissements de santé ; mise en œuvre de l'assurance maladie sociale et de l'assurance maladie communautaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place du cadre des partenariats public-privé pour la santé 2013
Ghana	Politique Nationale de la Santé 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la mortalité maternelle et infantile ; prévention des maladies et traitement des maladies ; et amélioration de la qualité des soins • Développement des ressources humaines • Renforcement des partenariats dans le secteur et promotion de l'éthique en général et en médecine plus particulièrement • Amélioration de la mobilisation des ressources auprès de toutes les sources de financement nationales aussi bien qu'étrangères • Amélioration de l'équité dans le financement de la santé, y compris la mise en commun des risques, assistance pour les pauvres et les personnes vulnérables, et abaissement du coût catastrophique des soins • Conduite d'une analyse annuelle de l'affectation des ressources et des mécanismes d'achat, et 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion des investissements privés dans les services de santé et les établissements de promotion de la santé

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
		<p>réalignement de ceux-ci au lieu des priorités nationales et des sources de financement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de l'harmonisation et de l'efficacité de l'assistance, incitations, transparence, redevabilité et efficacité dans le secteur public • Renforcement de la gestion du secteur 	
Indonésie	Plan stratégique du Ministère de la Santé 2015-2019	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la santé publique • Amélioration du contrôle des maladies • Accroissement de l'accès aux établissements de santé et amélioration de la qualité de leurs soins • Augmentation du nombre, des types et de la qualité des prestataires • Amélioration de l'accès aux médicaments et aux dispositifs médicaux • Amélioration de la synergie entre le niveau national et le niveau local • Amélioration des partenariats, de la planification et du suivi et de l'évaluation • Accroissement de la recherche pour la santé • Renforcement d'une gouvernance transparente et d'une bonne gestion • Amélioration de la capacité du Ministère de la Santé • Intégration et amélioration du système d'information sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscription de grandes et petites entreprises privées et de ménages dans le régime national d'assurance maladie
Kenya	Plan stratégique et d'investissements pour le secteur de la santé au Kenya 2014-2018	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion du Forfait de services de santé essentiels au Kenya • Gestion du système de fourniture des services • Supervision des services communautaires • Fourniture de services de supervision et de mentorat (supervision de soutien intégrée en utilisant le Modèle de qualité pour la santé au Kenya mis à jour) • Supervision d'un système sanitaire pluraliste et intégré (p. ex., conduite d'évaluations du secteur privé pour mieux comprendre le rôle du secteur privé dans le domaine de la santé) • Développement de mécanismes visant à impliquer davantage les parties prenantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la participation du secteur privé au financement de la santé par le biais de partenariats public-privé et d'autres mécanismes

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
		<ul style="list-style-type: none"> • Conduite d'un développement conjoint de plans stratégiques et opérationnels ainsi que du passage en revue des processus • Réglementation des normes pour les services de santé, y compris concernant la qualité des services, et évaluation de ces normes • Élaboration d'un cadre législatif et réglementaire complet dans le secteur de la santé 	
Malaisie	Plan pour le pays 2016-2020	<ul style="list-style-type: none"> • Accroissement du soutien ciblé pour les communautés mal desservies (c.-à-d., développement de la téléphonie mobile pour la santé, amélioration des équipes de soins de santé primaires et établissement de programmes de soins à domicile) • Amélioration de la fourniture des services du système de santé pour produire de meilleurs résultats en matière de santé (c.-à-d., introduction des principes de « lean management » dans les hôpitaux publics et contrôle de l'application des règlements de santé) • Accroissement de la capacité du système de santé (c.-à-d., développement de nouveaux établissements de santé, mise à niveau d'établissements existants, augmentation de la capacité et des compétences des ressources humaines pour la santé) • Identification de possibilités de collaboration avec le secteur privé et les ONG pour sensibiliser davantage la population aux questions de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensification de la collaboration avec le secteur privé et les ONG pour sensibiliser davantage la population aux questions de santé
Nigeria	Plan National de Développement Stratégique pour la Santé 2010-2015 Loi nationale sur la santé de 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'un forfait minimum de services de base • Détermination de façons dont certains segments de la population peuvent être exemptés des obligations de paiement • Établissement d'un fonds pour la fourniture de soins de santé de base • Établissement de nouveaux organismes de réglementation pour le secteur de la santé au niveau fédéral 	<ul style="list-style-type: none"> • Passation de contrats avec des prestataires privés par le biais du Fonds national d'assurance maladie

Pays	Document(s) de stratégie pour la CSU	Résumé des principales stratégies pour atteindre la CSU	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
Afrique du Sud	Assurance Maladie Nationale pour l'Afrique du Sud : Vers la CSU 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la mise en commun des risques par le biais de l'établissement d'une assurance maladie nationale • Mise en place de l'assurance maladie nationale en trois phases (y compris le renforcement de la plateforme de fourniture des services et l'amélioration de la qualité dans le secteur public de la santé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Par le biais de l'assurance maladie nationale, octroi d'agrèments aux prestataires privés et achat de services auprès de ceux-ci pour le compte des adhérents • Fourniture d'assistance aux régimes médicaux privés pour ajuster leur rôle après les réformes du secteur de la santé

Légende : ONG=organisation non gouvernementale

Tous les quinze gouvernements ont mentionné la CSU ou un concept similaire dans leurs stratégies, ce qui démontre la vague de fond en faveur de ce concept depuis 2015. Cependant, la plupart des pays ne prévoient pas d'atteindre la couverture universelle avant la fin du terme de cette stratégie. Au lieu de cela, les gouvernements ont généralement l'intention de prendre des mesures visant à étendre la couverture de la population dans le cadre des programmes existants. Toutefois, les stratégies des gouvernements pour étendre la couverture de la population impliquent généralement des initiatives à long terme avec un développement progressif. La plupart des pays avaient des stratégies spécifiques pour engager le secteur privé dans le cadre de leur stratégie globale en matière de CSU.

Il faut faire un choix entre des gains rapides en ce qui concerne la couverture de la population et des progrès parallèles le long des trois dimensions principales de la CSU : couverture de la population, couverture des services et protection financière (Figure 1). La Commission du Lancet en 2013 a proposé un financement public d'approches progressives de la CSU qui sont pro-pauvres dès le début (Jamison et al. 2013). Gwatkin et Ergo (2011) ont créé l'expression *universalisme progressiste* pour désigner une « détermination d'inclure les personnes qui sont pauvres dès le début ». En général, les documents stratégiques des pays concernant la CSU adoptent le concept d'universalisme progressiste en incluant de multiples stratégies visant à améliorer la couverture pour les pauvres, le secteur informel et le secteur formel (ce qui implique une approche simultanée).

Le principe de l'universalisme progressiste s'applique également à la mise en œuvre. Si, pour atteindre la CSU, le gouvernement donne la priorité à la mise en œuvre de l'assurance maladie sociale pour les fonctionnaires et/ou les autres travailleurs du secteur formel parce qu'ils sont plus faciles à identifier et à inscrire, le principe en question n'est pas respecté.

Le principe de l'universalisme progressiste s'applique également à la mise en œuvre. Si, pour atteindre la CSU, le gouvernement donne la priorité à la mise en œuvre de l'assurance maladie sociale pour les fonctionnaires et/ou les autres travailleurs du secteur formel parce qu'ils sont plus faciles à identifier et à inscrire, le principe en question n'est pas respecté.

Les stratégies visant à accroître ou atteindre l'accès universel à la **planification familiale** étaient souvent absentes des documents de haut niveau sur la CSU du Tableau 2. Les services de planification familiale sont souvent inclus dans les forfaits de prestations essentielles de santé des gouvernements ; des politiques et stratégies visant à augmenter l'accès étaient souvent mentionnées dans les documents stratégiques pour la planification familiale ou la santé de la reproduction, ou dans les plans de mise en œuvre chiffrée et promus par le biais du mouvement Family Planning 2020.

Le besoin non satisfait de planification familiale est plus élevé dans les pays d'Afrique de l'Ouest que dans la plupart des pays de référence de l'étude (Tableau 3). Le Bénin et le Togo ont les taux les plus élevés de besoin non satisfait parmi les pays de l'étude, à 32,6 et 33,6 pour cent, respectivement. L'Indonésie, le Kenya, la Malaisie et l'Afrique du Sud — pays qui sont tous compris dans la catégorie des revenus intermédiaires — ont les taux les plus élevés d'emploi des contraceptifs chez les femmes mariées. Bien que les quinze pays varient en termes de couverture et d'utilisation de planification familiale, de nombreuses stratégies pour améliorer l'accès à la planification familiale sont des stratégies bien connues, comme la sensibilisation et la promotion de la demande par le biais du marketing social, la délégation des tâches pour permettre une distribution communautaire et l'augmentation du nombre des points de distribution pour les services de planification familiale, y compris par le biais du secteur privé.

Tableau 3 : Indicateurs de la planification familiale dans les quinze pays de l'étude

		Source des données*	Besoin non satisfait de planification familiale (%)	Femmes mariées utilisant actuellement une méthode moderne de contraception (%)	Femmes mariées utilisant actuellement des contraceptifs réversibles à action prolongée (stérilets, injections ou implants) (%)	Femmes non mariées sexuellement actives utilisant une méthode moderne de contraception (%)
Pays ciblés	Bénin	EDS 2011-12	32,6	7,9	3,5	24,4
	Burkina Faso	EDS 2010	24,5	15,0	9,9	58,7
	Cameroun	EDS 2011	23,5	14,4	3,9	48,0
	Guinée	EDS 2012	23,7	4,6	1,6	41,1
	Mali	EDS 2012-13	26,0	9,9	6,9	33,5
	Niger	EDS 2012	16,0	12,2	2,5	39,9
	Sénégal	EDS 2014	25,6	20,3	14,0	51,9
	Togo	EDS 2013-14	33,6	17,3	12,6	38,4
Pays de référence	Éthiopie	EDS 2011	26,3	27,3	24,5	52,3
	Ghana	EDS 2014	29,9	22,2	14,0	31,7
	Indonésie	EDS 2012	11,4	57,9	39,1	18,8
	Kenya	EDS 2014	17,5	53,2	39,7	60,9
	Malaisie	ONU, 2015**	15,4	41,7	Non disponible	Non disponible
	Nigeria	EDS 2013	16,1	9,8	4,7	54,9
	Afrique du Sud	EDS 1998***	16,5	55,1	25,0	67,8

Légende : EDS = Enquête démographique et de santé ; ONU = Organisation des Nations Unies.

* Sauf mention contraire, la source des indicateurs est ICF International. Le programme d'EDS STATcompiler.

<http://www.statcompiler.com/>. Accédé en juin 2016.

** Nations Unies 2015.

*** En 2015 une EDS était en cours en Afrique du Sud au moment de l'analyse pour le rapport.

Les stratégies de financement et d'augmentation de la couverture de planification familiale sont parfois intégrées aux documents de stratégie générale couvrant le secteur de la santé. Parfois, ces stratégies sont énoncées dans des documents distincts de stratégie pour la santé de la reproduction et la planification familiale ou dans des plans de mise en œuvre chiffrée. Les gouvernements ayant des documents de stratégie distincts ou des plans de mise en œuvre chiffrée pour la planification familiale semblent avoir des plans d'action plus concrets et plus spécifiques pour la planification familiale, alors

que les gouvernements qui déploient des stratégies de planification familiale dans le cadre d'un plan stratégique pour l'ensemble du système de santé ont des plans moins détaillés. Le Tableau 4 résume les stratégies pour progresser vers un accès accru à la planification familiale et la vision des gouvernements pour le rôle des agents de financement et des prestataires privés.^B

Tableau 4 : Stratégies des gouvernements pour accroître l'accès à la planification familiale dans les quinze pays de l'étude

	Document de stratégie pour la planification familiale ou plan de mise en œuvre chiffrée	Résumé des principales stratégies à poursuivre pour accroître l'accès à la planification familiale	Comment le gouvernement a-t-il l'intention d'engager le secteur privé ?
Pays ciblés			
Bénin	Stratégie multisectorielle nationale pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes 2010-2020 Plan d'action national prévu au budget pour le repositionnement de la planification familiale au Bénin 2014-2018	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'environnement de développement institutionnel, socioculturel et politique pour la reproduction sexuelle chez les adolescents et les jeunes, et pour la lutte contre le VIH/sida • Amélioration du niveau de connaissance et de compétences des adolescents et des jeunes en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles et le VIH/sida, y compris la fourniture de formation en santé de la reproduction • Amélioration de la disponibilité et de l'accès à des services de qualité en vue d'utilisation accrue par les adolescents et les jeunes, y compris les méthodes modernes et gratuites de contraception dans les établissements publics de santé • Augmentation des affectations budgétaires pour l'achat de contraceptifs jusqu'en 2018 pour atteindre 250 millions FCFA • Renforcement des améliorations en santé de la reproduction par le biais de révision des politiques, normes et protocoles 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la collaboration dans le cadre de la planification familiale • Utilisation des réseaux communautaires pour assurer la disponibilité des contraceptifs et l'accès aux contraceptifs dans tout le pays
Burkina Faso	Plan national de stimulation de la planification familiale 2013-2015 Plan stratégique pour la sécurité des produits de santé de la reproduction 2009-2015	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la demande dans la population rurale par des actions de sensibilisation, dans la population urbaine par des campagnes médiatiques et communication d'informations aux adolescents et aux jeunes sur la PF • Fournitures (disponibilité des produits) : réduction des pénuries dans les établissements publics de santé grâce à un meilleur contrôle et une meilleure 	<ul style="list-style-type: none"> • Le Plan national de stimulation de la planification familiale mentionne davantage le secteur privé, mais il ne donne pas de détails • Amélioration de la disponibilité des services dans le

^B Le tableau inclut la stratégie de planification familiale ou le plan de mise en œuvre chiffrée le plus récent selon le site Web Family Planning 2020 dans la mesure des disponibilités (<http://progress.familyplanning2020.org/>). Pour les pays qui n'avaient pas adhéré au mouvement Family Planning 2020 au moment de l'étude, nous avons identifié le document dans le domaine public.

		<p>gestion des produits de PF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accroissement de l'accès aux services de PF en améliorant la qualité des services de PF, en améliorant la couverture des populations suburbaines et rurales grâce à des unités mobiles et des stratégies plus perfectionnées (personnel plus compétent et meilleurs équipements affectés aux établissements défavorisés par le biais de visites mensuelles pour fournir des services) et amélioration de la couverture de la population rurale en renforçant les services communautaires. • Création d'un poste budgétaire individuel pour les produits de SR, et exonération des impôts et droits de douane pour les produits de SR (réactifs, kits pour les accouchements, méthodes de PF) 	<p>secteur privé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la coordination intersectorielle et inclusion de représentants du secteur privé dans les comités de coordination
Cameroun	<p>Plan National d'Action pour la Planification Familiale 2015-2020 Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 Plan stratégique pour le Programme National Multisectoriel pour combattre la mortalité maternelle et la mortalité des nouveau-nés et des enfants au Cameroun 2014-2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des contributions de l'État et des collectivités locales à la PF • Amélioration de l'administration des contraceptifs et du traitement des effets secondaires par le biais de la mobilisation communautaire, de la formation des travailleurs de santé eu égard aux stérilets et de l'amélioration de la fourniture des contraceptifs • Amélioration des services post-partum, de la planification familiale après IVG et de la planification familiale pour les adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition d'un cadre de travail pour la coopération avec le secteur privé afin que plus d'établissements privés puissent fournir des services de PF d'une manière que le MdS puisse contrôler. Augmentation des franchises sociales par 100 unités pour chaque année du Plan
Guinée	<p>Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 Plan National d'Action pour le Repositionnement de la Planification Familiale en Guinée 2014-2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la prévalence des contraceptifs pour la planification familiale par les méthodes suivantes : • Intégration de la planification familiale aux services fournis par les établissements de santé publics et privés • Mise en œuvre de services de planification familiale dans le cadre de forfaits de services de santé communautaires • Mise de toutes les méthodes modernes de contraception à la disposition des femmes en âge de procréer • Fourniture de contraceptifs et d'outils de gestion aux établissements publics et privés 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration de la planification familiale aux services fournis par les établissements de santé privés

		<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de campagnes de sensibilisation à la planification familiale • Amélioration de l'environnement d'utilisation des services de planification familiale pour accroître le taux d'utilisation de ces services • Amélioration du contrôle et de la coordination des services de planification familiale 	
Mali	Plan National d'Action pour la Planification Familiale 2014-2018*	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des messages de PF dans les mutuelles • Élaboration d'une politique afin d'introduire un payeur tiers pour les services de PF pour le compte des adolescentes et des femmes pauvres • Élaboration d'une stratégie de financement basée sur les résultats qui inclura la PF • Le Gouvernement du Mali s'est engagé à financer 10 % des coûts des contraceptifs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'une stratégie pour impliquer le secteur privé dans la fourniture de services de PF et augmenter le nombre des franchises sociales avec le secteur privé dans toutes les régions
Niger	Plan de développement sanitaire 2011-2015 La planification familiale au Niger : Plan d'action 2012-2020	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la disponibilité des contraceptifs, équipements et autres intrants nécessaires à la planification familiale • Promotion de la distribution de contraceptifs à grande échelle et au niveau communautaire par le biais des établissements de santé publics et privés, y compris par du marketing social • Intégration de la planification familiale aux forfaits des soins de santé de base • Promotion d'un environnement favorable à la planification familiale • Emploi de stratégies utilisant des technologies mobiles et d'autres stratégies avancées pour la fourniture de services de planification familiale et de santé de la reproduction 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien des ONG conduisant des campagnes de marketing social
Sénégal	Plan National d'Action pour la Planification Familiale, 2012-2015**	<ul style="list-style-type: none"> • Élargissement de la gamme des produits de marketing social • Conduite d'une mise en œuvre efficace de la fourniture des produits par le biais de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement • Constitution d'unités mobiles • Amélioration du cadre réglementaire et amélioration de la réglementation du marché • Fourniture d'assurance pour les services de PF par le biais de régimes d'AMC et de la sécurité sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement d'une structure multisectorielle consacrée aux partenariats public-privé • Fourniture de formation directe aux acteurs privés, en particulier pour l'administration de méthodes à longue durée d'action

		<ul style="list-style-type: none"> • Établissement de franchises sociales • Augmentation du nombre des points de service dans le secteur privé 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration systématique des données du secteur privé
Togo	Plan d'Action pour le Repositionnement de la Planification Familiale, 2013-2017	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de la distribution communautaire des services de planification familiale • Développement de stratégies basées sur la technologie mobile et de stratégies de sensibilisation pour atteindre la population rurale • Élaboration de plans pour renforcer la logistique et la gestion des produits 	<ul style="list-style-type: none"> • Signature de protocoles d'accord avec des organisations de la société civile pour demander une augmentation du financement par le gouvernement • Passation de contrats avec des médias privés • Intégration des services de PF aux services fournis par les cliniques privées • Élaboration d'une stratégie pour l'implication de la société civile et du secteur privé ; passation de contrats avec des prestataires du secteur privé
Pays de référence			
Éthiopie	Stratégie Nationale pour la Santé de la Reproduction, 2005-2015	<ul style="list-style-type: none"> • Rationalisation du mélange actuel de méthodes grâce à une évaluation stratégique des besoins contraceptifs • Identification de sources de financement par de nouveaux bailleurs pour l'achat de produits de base • Dans le cadre du budget du Ministère fédéral de la Santé et des budgets régionaux, affectation de fonds pour financer au moins la moitié des stocks de contraceptifs dont a besoin le secteur public • Documentation des coûts/bénéfices de l'élimination des droits d'importation sur les produits de PF achetés à des fins non commerciales 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la distribution dans les établissements privés et par les ONG
Ghana	Plan de mise en œuvre chiffrée de la Planification familiale au Ghana 2016-2020	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion et encouragement du changement dans les comportements collectifs et individuels • Augmentation de la communication d'informations appropriées pour l'âge des personnes ciblées (jeunes de 10 à 24 ans) sur les droits d'accès et d'utilisation de contraceptifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Encouragement du secteur commercial privé à s'impliquer davantage dans l'achat, la distribution, la vente et la promotion de produits de planification familiale • Implication de la

		<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la disponibilité et de l'accès à l'ensemble des méthodes ainsi que de la qualité des interactions entre clients et prestataires, en accordant la priorité à l'amélioration des conseils pour le report ou l'espacement, et pour les limites, à toutes les tranches d'âges et tous les segments de la population • Amélioration de la distribution et obtention d'un financement complet pour la mise à disposition des produits pertinents dans le secteur public comme dans le secteur privé • Intensification du plaidoyer pour influencer les décisions politiques favorables à la planification familiale considérée comme un droit en s'adressant aux responsables communautaires et religieux, aux institutions culturelles et aux décideurs à tous les niveaux • Renforcement de la fourniture des services de planification familiale et des informations associées par le biais de planification et de services de santé à base communautaire 	<p>Société pour les Médecins et Dentistes Privés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la formation et de la supervision pour promouvoir les droits des clientes et leur fournir de l'assistance, conduire des suivis des clientes, pour fournir des contraceptifs réversibles à longue durée d'action ainsi que des méthodes permanentes, et pour normaliser les procédures de comptabilisation et de transmission de rapports • Développement des partenariats public-privé comme source alternative de mécanismes d'approvisionnement et de distribution
Indonésie	Plan Stratégique National pour la Population et le Développement de la Planification Familiale 2010-2014	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction du taux total de fécondité de 2,1 naissances par femme et un taux net de reproduction de 1,0 par 2015 • Réduction du nombre des grossesses d'adolescentes par la prévention des relations sexuelles avant le mariage, des mariages en bas âge et de l'abus de drogues 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien d'un registre des établissements de santé qui fournissent régulièrement des services de PF et d'un Système d'information sur les familles
Kenya	Cadre d'investissements dans la santé reproductive maternelle et néonatale ainsi que dans la santé des adolescents	<ul style="list-style-type: none"> • Abaissement des barrières à la fourniture des diverses méthodes de contraception du côté de l'offre, incluant : les méthodes réversibles à longue durée d'action, des systèmes de distribution efficaces et des formations et mises à jour basées sur les compétences en utilisant les principes d'admissibilité médicale de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'utilisation des contraceptifs à l'intention des infirmiers, des responsables cliniques et des médecins en matière de méthodes réversibles à longue durée d'action, de conseils en PF/contraception et de suivi • Garantie de la sécurité des produits de contraception et d'un financement adéquat pour les contraceptifs • Formation du personnel des pharmacies 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de services de santé adaptés pour les jeunes et utilisation des ONG, des organisations communautaires et des médias sociaux pour sensibiliser plus efficacement les jeunes • Implication de parties prenantes variées, comme le secteur privé, les écoles, les universités et les forces en uniformes pour augmenter la disponibilité et la qualité des services de PF/contraception

		<p>pour la fourniture de méthodes de PF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation/expansion de la distribution communautaire de produits et de services de PF par le biais de diverses initiatives incluant notamment le partage des tâches • Développement du programme de bons d'assistance basé sur les extrants pour inclure une gamme plus étendue de services de PF axés sur les jeunes et les groupes défavorisés • Accroissement de la couverture de services de PF/post-partum dans les établissements de santé • Promotion des méthodes réversibles et à longue durée d'action dans les groupes ne recevant pas de services adéquats tels que les adolescents/jeunes • Augmentation de la disponibilité des établissements fournissant des services de PF volontaires en liaison avec d'autres services, y compris le VIH/sida et des services en dehors de la santé, et promotion de l'utilisation de préservatifs pour la prévention du VIH 	volontaires
Malaisie	Aucun document identifié	Aucune stratégie identifiée	Non spécifié
Nigeria	Projet de planification familiale pour le Nigeria (Plan d'intervention renforcée)	<ul style="list-style-type: none"> • Fourniture de produits gratuits dans les établissements publics • Autorisation de la fourniture de produits injectables par des agents communautaires d'extension de la santé afin d'augmenter considérablement le nombre potentiel des prestataires de services 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des filières de distribution du secteur privé, y compris les organisations professionnelles, les cliniques et hôpitaux privés et les pharmacies
Afrique du Sud	Plan Stratégique National de l'Afrique du Sud pour le VIH, les IST et la TB 2012-2016	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration de la planification familiale aux services de santé maternelle et infantile dans le cadre de la prévention de nouvelles infections (VIH, IST et TB) 	<ul style="list-style-type: none"> • Non spécifié

Légende : AMC = Assurance maladie communautaire ; PF = planification familiale ; VIH/sida = virus d'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise ; ONG = Organisation non gouvernementale ; SR = santé de la reproduction ; IST = infection sexuellement transmissible ; TB = tuberculose.

* Le Plan de Développement Sanitaire et Social, 2014-2023 reconnaît une distribution inéquitable de l'accès aux services de PF dans le pays et mentionne de façon générique l'objectif d'augmentation de la demande pour les services de PF.

** Le Plan d'Action énonce 51 actions stratégiques, y compris, entre autres, celles qui sont indiquées.

1.6 Mécanismes de financement de la santé dans les pays ciblés et les pays de référence, et engagement du secteur privé

Dans cette section, nous présentons les mécanismes identifiés dans l'étude panoramique sur le financement de la santé et nous faisons des comparaisons entre les pays de l'étude.

Même dans les systèmes de santé les moins fragmentés, les services de santé sont financés par des mécanismes variés. Le Tableau 5 montre les diverses sources de financement dans chacun des quinze pays, ainsi que le pourcentage des dépenses totales de santé gérées par les régimes d'assurance privés basés sur le paiement de primes. L'importance respective des sources de financement de la santé varie d'un pays à l'autre. Le tableau montre comment les ménages doivent payer une proportion plus importante des dépenses de financement de la santé dans les pays où le gouvernement et les bailleurs financent une proportion plus faible des coûts des soins de santé. Dans tous les pays, les ménages paient la partie la plus importante des dépenses de santé. En général, les ménages en Afrique de l'Ouest (les huit pays ciblés plus le Ghana et le Nigeria) paient une part plus importante des dépenses de santé totales que les ménages de la plupart des pays en dehors de cette région.

Tableau 5 : Sources de financement des dépenses de santé totales dans les quinze pays de l'étude

	Source de données	Ménages (%)	Autres (ONG, employeurs) (%)	Gouvernement (%)	Reste du monde (bailleurs) (%)	Total (%)	Régimes d'assurance privés en pourcentage des dépenses totales de santé	
Pays ciblés	Bénin	CNS 2012	42	5	24	29	100	<1
	Burkina Faso	CNS 2013	35	7	30	26	100	2
	Cameroun	CNS 2011	52	1	33	14	100	1
	Guinée	OMS, Fiche technique Guinée 2014	62	2	9	27	100	Non disponible
	Mali	CNS 2013	54	6	12	28	100	<1
	Niger	CNS 2013	56	1	30	12	100	<1
	Sénégal	CNS 2008	41	5	37	17	100	21.1
	Togo	CNS 2008	60	0	23	17	100	2
Pays de référence	Éthiopie	CNS 2010/11	34	1	16	50	100	Non disponible
	Ghana	CNS 2012	45	6	40	5	100	2
	Indonésie	CNS 2014	47	14	39	0	100	2
	Kenya	CNS 2012/13	32	11	31	26	100	9
	Malaisie	CNS 1997-2014	48		52	0	100	7
	Nigeria	Base de données sur les dépenses de santé dans le monde, estimation pour	72	21		7	100	2

	Source de données	Ménages (%)	Autres (ONG, employeurs) (%)	Gouvernement (%)	Reste du monde (bailleurs) (%)	Total (%)	Régimes d'assurance privés en pourcentage des dépenses totales de santé
	l'année 2014						
Afrique du Sud	Base de données sur les dépenses de santé dans le monde, estimation pour l'année 2014	52		4	0	100	Non disponible

Légende : ONG = organisation non gouvernementale ; CNS = Comptes nationaux de santé ; OMS = Organisation mondiale de la Santé.

Nota : Les pourcentages dans le tableau représentent le pourcentage des dépenses totales de santé financées par cette source dans ce pays.

Pour mieux comprendre le rôle de financement du secteur privé dans un système de santé, il est utile de comprendre la mesure dans laquelle les services de santé financés par l'État répondent aux besoins de soins de santé des ménages dans ce pays. Si le financement public des services de santé ne couvre pas totalement les coûts encourus par les établissements de santé pour fournir les services, les établissements mobiliseront habituellement un financement privé en imposant des paiements aux usagers pour combler le déficit de leur budget d'exploitation. En outre, si le système de fourniture de services à financement public ne dispose pas de ressources suffisantes et ne peut pas fournir des services de qualité, de nombreux ménages qui peuvent se le permettre sortiront du système pour rechercher des soins dans le secteur privé. Cependant, en l'absence de la réglementation et de la supervision appropriées, les prestataires de services privés et les assureurs privés ne peuvent souvent pas répondre aux besoins des ménages pauvres et vulnérables, ou à ceux des travailleurs non pauvres du secteur informel.

Tous, ou presque tous, les mécanismes de financement de la santé décrits ci-dessous sont inclus dans l'étude panoramique du financement de la santé des quinze pays. Les niveaux de couverture des services et de la population, ainsi que le niveau de protection financière, varient. Ces niveaux de couverture sont une excellente méthode pour mesurer la progression d'un pays vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale.^c Pour évaluer ce dernier, on peut évaluer le degré auquel les mécanismes de financement de la santé « couvrent » les services de planification familiale (c.-à-d., s'efforcent d'assurer la fourniture de tels services), le pourcentage de la population qui peut accéder (et accède) à ces services en vertu de chaque mécanisme, et le degré de protection financière fourni pour la planification familiale.

Les Chapitres 2–9 de ce rapport décrivent chacun de ces mécanismes dans chacun des huit pays ciblés, et ils présentent une image plus complète de la couverture de santé dans ces pays. Les encadrés de cette section mettent en lumière les réformes du financement de la santé mises en

^c L'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale ont publié un cadre de travail pour suivre les progrès vers la CSU avec l'aide de la communauté mondiale (OMS et Banque mondiale 2014). Les indicateurs incluent des mesures de suivi de la couverture des services de santé essentiels et des mesures de la protection financière. Les deux catégories de mesures incluent des mesures de l'équité en matière de distribution dans la population. Le Projet HFG a appliqué la méthodologie dans 2 des 15 pays de l'étude : Éthiopie et Sénégal (Alebachew et al. 2014 ; Tine et al. 2014).

œuvre dans les pays de référence en fournissant des leçons qui pourraient être appropriées pour le contexte de l'Afrique de l'Ouest.

1.6.1 Services de santé financés par l'État

La fourniture de services de santé financés par l'État est une réalité dans tous les pays de l'étude. Bien que les détails et le degré des subventions publiques varient entre les pays, les gouvernements reconnaissent que les services de santé sont un bien public. Les services de santé fournis par le secteur public sont financés par les recettes fiscales générales, d'autres fonds publics ou des fonds de bailleurs. Même si le gouvernement peut être considéré comme une source de financement en liaison avec les recettes fiscales générales, ces fonds sont réellement fournis par les ménages et les employeurs privés qui sont des contribuables. Les gouvernements peuvent subventionner les services préventifs, basiques, secondaires et parfois tertiaires fournis dans les établissements de santé publics ou par des travailleurs de santé communautaires. L'Encadré 1 décrit comment le gouvernement de la Malaisie a accordé la priorité au financement des établissements publics pour atteindre une couverture quasi universelle des services de santé de base dans tout le pays. L'Encadré 2 décrit comment le gouvernement éthiopien finance les services de santé essentiels, y compris les services de planification familiale, fournis par les établissements publics.

Le financement de ces établissements par l'État leur permet de fonctionner sans imposer à leurs patients le coût total de la fourniture des services, à la différence d'un système financé intégralement par les dépenses à la charge des ménages. Le financement public a tendance à être affecté directement aux établissements de santé appartenant au secteur public et gérés par celui-ci ; cependant, en plus du financement public, les gouvernements passent de plus en plus de contrats avec des établissements privés à but lucratif et à but non lucratif pour augmenter l'accès aux services. Le financement public des travailleurs de santé communautaires permet aux citoyens, en particulier ceux des régions rurales et des régions dans lesquelles les services sont insuffisants, de recevoir des services de santé publique essentiels sans devoir encourir de coût direct ou de coût de transport pour se rendre dans un établissement éloigné.

Les ressources pour le financement des établissements sont généralement mobilisées par différents moyens : recettes fiscales générales, budget des collectivités locales, taxes sur l'alcool, le tabac et le sucre, ou mécanismes de récupération des coûts tels que les frais à la charge des usagers payés par les patients. La mise en commun des risques se produit lorsque les personnes en bonne santé subventionnent les personnes en mauvaise santé : les coûts des soins d'un patient quelconque sont payés en utilisant les fonds rendus disponibles par les contributions du reste de la population. C'est souvent le gouvernement qui achète les produits et services ; toutefois, dans certains pays, des comités communautaires sont établis pour conseiller les établissements de santé en matière d'affectation des fonds disponibles. Dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, le mécanisme d'achat employé par les acheteurs du gouvernement est appelé *financement basé sur les intrants*. Cela signifie que le gouvernement paie pour des intrants tels que les salaires des travailleurs de santé, les produits de base et l'infrastructure au lieu de payer pour des extrants tels que le nombre de services fournis ou le nombre de patients traités (*financement basé sur les extrants*). Le gouvernement togolais, par exemple, emploie exclusivement le mécanisme d'achat basé sur les intrants. Par contre, le gouvernement sénégalais achète des services dans les établissements publics en utilisant une combinaison de financement basé sur les intrants et de financement basé sur les résultats (à savoir un paiement sur la base des extrants plus une évaluation de la qualité).

Les gouvernements associent souvent le financement direct des services de santé au financement de la demande pour améliorer l'équité de l'accès à ces services. Les renoncements à l'obligation de paiement des frais à la charge des usagers et l'octroi de bons constituent deux exemples de mécanismes de financements aux pauvres en réduisant la part des coûts encourus par les ménages pauvres et vulnérables pour avoir accès aux services. L'Encadré 3 décrit un mécanisme d'octroi de bons au Kenya qui fournit des subventions ciblées aux femmes pauvres pour leur permettre d'avoir accès à la planification familiale et à d'autres services. Si un gouvernement a une politique pro-

pauvres, il doit s'assurer que ses subventions bénéficient réellement aux personnes qui en ont besoin. Bien que théoriquement un ciblage efficace permette d'affecter le peu de ressources disponibles aux personnes en ayant besoin, la mise en œuvre d'un tel programme peut être administrativement difficile et donc coûteuse. Au lieu de cela, certains gouvernements fournissent des subventions universelles pour certains services de santé prioritaires comme les accouchements dans les maternités et les produits de planification familiale.

(Encadré 1) Malaisie : Adaptation des stratégies de financement en cas de changement de la demande

Les pays d'Afrique de l'Ouest ont démontré une volonté politique d'adoption de nouvelles stratégies de financement de la santé ou d'adaptation de stratégies existantes pour augmenter la couverture des services et de la population, ainsi que la protection financière. Les gouvernements de ces pays ont publié récemment des plans stratégiques pour le secteur de la santé ou des stratégies de couverture sanitaire universelle qui montrent un engagement de passer en revue la situation actuelle, d'identifier les pénuries et les faiblesses dans le système de financement de la santé, et d'y remédier par le biais d'un plan stratégique sur plusieurs années.

L'expérience de la Malaisie en tant que pays à revenus intermédiaires tranche supérieure avec une couverture sanitaire quasi universelle par le biais du système public de fourniture de soins de santé contient des leçons utiles pour les pays de l'Afrique de l'Ouest, car au fur et à mesure que leurs économies se développent, leurs systèmes de santé atteignent un stade de maturité supérieur et leurs gouvernements sont confrontés à de nouveaux défis causés par une transition épidémiologique et le vieillissement de la population.

La Malaisie n'a pas de régime d'assurance maladie géré et financé par le secteur public. Environ 95 % du coût des traitements dans les établissements publics sont financés par l'État ; les patients paient simplement le ticket modérateur. Le gouvernement utilise les recettes fiscales générales pour acheter des services pour le compte de la population par le biais d'un financement basé sur les intrants. Les établissements de santé publique en Malaisie reçoivent des fonds affectés aux postes budgétaires correspondants en fonction des dépenses historiques, et les travailleurs de santé de ces établissements reçoivent des salaires de fonctionnaires. Des sources gouvernementales indiquent que 90 % des Malaisiens ont accès à certains soins grâce à ce système (Ministère de la Santé de Malaisie, n.d.). Le taux d'utilisation est apparemment élevé, et il est similaire quelles que soient les tranches de revenus. Les groupes pauvres et vulnérables n'ont pas de frais importants à payer pour les services reçus.

Cependant, l'expérience de la Malaisie montre que la CSU n'est jamais complètement atteinte et que les gouvernements doivent continuer à appliquer la réforme des systèmes de santé pour répondre à des besoins changeants. La Malaisie fait actuellement l'objet d'une transition épidémiologique, du vieillissement de sa population et de l'augmentation de la demande pour des technologies et procédures de soins de santé coûteuses et très pointues, comme une dialyse rénale. Le gouvernement craint également que le niveau élevé des subventions n'encourage une utilisation excessive des services de santé (Ministère de la Santé de Malaisie). Pour maintenir une couverture maladie quasi universelle, le système de santé doit devenir plus efficace. Selon certains rapports, l'accès aux services de santé est limité par les temps d'attente très longs et le manque de disponibilité de certains médicaments essentiels dans les établissements publics ; ces problèmes ne feront qu'empirer si les ressources sont réduites. La qualité supérieure, ou perçue comme étant supérieure, des soins fournis par les établissements privés a créé une situation dans laquelle les personnes les plus aisées cessent d'utiliser les établissements publics. Bien que cette tendance puisse alléger la pression sur les établissements publics en conséquence du fait qu'ils traiteraient moins de patients, elle peut également avoir des effets négatifs en fragmentant la fourniture des services et en réduisant l'équité.

Les pays d'Afrique de l'Ouest peuvent prévoir la survenance de certains de ces problèmes durant leur progression vers la CSU, parallèlement à l'évolution de leurs systèmes de santé et du fardeau des maladies. Les gouvernements peuvent créer des cadres juridiques dès maintenant pour permettre à des réformes des systèmes de santé de répondre à ces besoins changeants.

(Encadré 2) Financement public pour les services de santé essentiels en Éthiopie

Les gouvernements d'Afrique de l'Ouest financent en partie les services de santé essentiels en fournissant un financement basé sur les intrants pour permettre aux établissements de santé publique de fournir leurs services, sous le contrôle et la supervision des collectivités locales et de la communauté. Cette stratégie est partagée par de nombreux gouvernements dans le monde.

Le gouvernement éthiopien fournit un financement basé sur les intrants aux établissements publics de santé dans tout le pays. Les établissements de santé fournissent des services essentiels à la population locale sous le contrôle et la supervision des collectivités locales et de la communauté. Le forfait de services de santé essentiels

pour l'Éthiopie, publié par le gouvernement central en 2005, contient des directives à l'intention des collectivités locales et des établissements de santé indiquant quels services doivent être disponibles et fournis à un niveau de qualité standard minimum dans les établissements de santé publique. Plusieurs services de planification familiale sont inclus dans le forfait, notamment la promotion de la planification familiale et des conseils à ce sujet ; des informations de sensibilisation et des consultations avec des professionnels au sujet de la planification familiale ; la mise à disposition de préservatifs, de pilules, de contraceptifs mixtes (pilules et injectables) et la fourniture de contraceptifs à longue durée d'action dans les centres de santé ; et la fourniture de méthodes permanentes dans les hôpitaux de district. Le forfait est conçu pour promouvoir une approche de fourniture intégrée de services qui est essentielle pour améliorer la santé de la population.

Le financement public basé sur les intrants est transféré aux établissements de santé pour leur permettre de fournir le forfait de services de santé essentiels. Bien que les patients doivent payer pour avoir accès à certains services, beaucoup des services compris dans le forfait, y compris les services de planification familiale, sont exonérés de l'obligation de paiement du ticket modérateur.

(Encadré 3) Kenya : Octroi de bons pour la maternité sans risque, la planification familiale et les services d'assistance en cas de violences

Un régime d'octroi de bons au Kenya fournit des subventions ciblées pour la maternité sans risque, les méthodes de planification familiale à longue durée d'action et les services d'assistance en cas de violences sexuelles. Ces subventions sont bénéfiques à la fois pour les ménages et pour les prestataires publics et privés. Elles peuvent également être applicables dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest, où les gouvernements cherchent à réduire les barrières financières à des services prioritaires tels que la planification familiale et à encourager la demande et l'amélioration de la qualité des services par les prestataires publics et privés.

Le « régime d'octroi de bons d'assistance basé sur les extrants », créé par la Banque allemande de Développement et le Gouvernement du Kenya, a été lancé en 2006. Ce régime a été mis en place dans les comtés de Kisumu, Kitui, Kiambu et Kilifi ainsi que dans les quartiers pauvres de Korogocho et de Viwandani, dans l'agglomération de Nairobi. Les bons pour la maternité sans risque et la planification familiale sont vendus par des distributeurs à des femmes pauvres dans les districts ruraux et dans les quartiers pauvres de Nairobi à un prix très bas rendu possible par les subventions de l'État. Les bons pour les services d'assistance en cas de violences sexuelles sont fournis gratuitement, quel que soit le statut socio-économique des victimes.

Le régime d'octroi de bons d'assistance basé sur les extrants permet au gouvernement de mobiliser des ressources du secteur privé pour fournir des services de santé prioritaires. Il renforce également le système de fourniture de services de santé en encourageant l'utilisation des services de santé publique prioritaires du côté de la demande avec des subventions ciblées, car il fournit des revenus supplémentaires aux prestataires. Ces revenus peuvent être utilisés pour couvrir les coûts d'exploitation de l'établissement et améliorer la qualité des soins. Les dirigeants des établissements privés à but lucratif et confessionnels indiquent que ces revenus supplémentaires avaient permis d'améliorer la disponibilité des fournitures, des médicaments et des équipements ; il en est résulté une amélioration du confort des clients grâce à la fourniture de repas et de chambres, et la propreté de ces établissements a également été améliorée. Les dirigeants des établissements publics ont eux aussi indiqué que les revenus du programme étaient bénéfiques, mais la majorité a déclaré être déçue par l'incapacité d'utiliser ces fonds pour améliorer les services publics en raison des directives restrictives du Ministère de la Santé (Njuki et al. 2015).

Un bénéfice secondaire du régime d'octroi de bons d'assistance basé sur les extrants est qu'il aide le gouvernement à améliorer son expérience de la gestion du secteur de la santé dans les domaines de l'identification des services/patients, des agréments, des indemnités, des remboursements et de l'évaluation de la qualité – des capacités très utiles pour le Fonds national d'assurance maladie du gouvernement.

L'étude panoramique a révélé qu'en général au moins certains produits de planification familiale sont fournis gratuitement dans les établissements de santé et par les travailleurs de santé communautaires qui reçoivent un financement public. Le Ghana, par exemple, fournit des produits et services de planification familiale par le biais de prestataires publics et de certains prestataires privés. Les bailleurs internationaux financent souvent de tels produits, qui sont alors distribués par le système de fourniture de soins de santé. Ces systèmes de distribution pourraient toutefois mieux faire, comme le montrent les niveaux constamment élevés de besoins de planification familiale non

satisfaits. De plus, de nombreuses stratégies gouvernementales reconnaissent un besoin urgent d'augmenter l'adoption de la planification familiale et d'améliorer les compétences des travailleurs de santé pour administrer certaines méthodes de planification familiale à longue durée d'action ou permanentes tels que les stérilets et les vasectomies (Tableau 4).

1.6.2 Assurance maladie sociale

L'assurance maladie sociale est un terme global décrivant un mécanisme de financement de la santé utilisé par les gouvernements afin d'acheter des services de santé pour les membres en mobilisant et mettant en commun des fonds de sources publiques et privées. L'assurance maladie sociale est différente des autres types d'assurance en ce sens que les citoyens effectuent des paiements anticipés périodiques (« primes ») en fonction de leur capacité de paiement. Par conséquent, les personnes aisées contribuent plus à ce régime et subventionnent les personnes plus pauvres ; c'est donc un système de financement *progressiste* plutôt que *régressif*. En outre, un régime d'assurance maladie sociale, comme tout autre régime d'assurance, met en commun les risques de tous ses membres en matière de santé. Cela signifie que les membres en bonne santé subventionnent les coûts des soins des malades ; tous les membres reçoivent le même niveau de protection financière contre les événements de santé imprévisibles, sans qu'il soit tenu compte de leurs contributions ou de leur état de santé. Lorsque la participation à un régime d'assurance maladie sociale est obligatoire et que ce régime compte suffisamment de membres, l'antisélection est minimisée.^D

De nombreux gouvernements ont l'intention de mettre en œuvre ou d'étendre des régimes d'assurance maladie sociale et ont adopté des lois dans ce but. Néanmoins, la mobilisation des ressources nécessaires pour subventionner adéquatement même les prestations basiques pour les citoyens dont les contributions financières au régime sont nulles ou faibles peut être un processus difficile à gérer et prenant beaucoup plus longtemps (voir Encadré 4). Ceci est particulièrement vrai pour les pays ayant une assiette fiscale limitée et un secteur formel faible.

Pour cette raison, de nombreux pays privilégient les programmes d'assurance maladie sociale pour les travailleurs du secteur formel. Ces travailleurs, ainsi que leurs employeurs, ont une capacité de contribution plus élevée et parviennent mieux à solliciter des fonds du gouvernement. En outre, il est plus facile pour un régime d'identifier et d'inscrire des membres, et de recouvrer des primes, dans le secteur formel. Les régimes mobilisent souvent des ressources par le biais des contributions des employeurs (taxe sur les salaires) et des contributions des employés (retenues à la source obligatoires sur les salaires). Les contributions des employeurs et des employés représentent habituellement un pourcentage fixe du salaire de l'employé, de telle sorte que les employés les mieux payés apportent des contributions supérieures en valeur absolue que les employés moins bien payés. Cependant, les gouvernements qui mettent en place des régimes d'assurance maladie sociale pour les employés du secteur formel en premier ne respectent pas toujours le concept d'*universalisme progressiste*. Une protection financière inégale entre le secteur formel (comprenant souvent les ménages les plus aisés) et le reste de la population peut créer un cycle d'iniquité et des niveaux plus élevés de fragmentation dans le système de santé.

La plupart des pays de l'étude offrent un régime d'assurance maladie sociale ou prévoient d'en lancer un, mais les détails des régimes et leur couverture de la population varient dans une large mesure. Par exemple, au Togo, le régime couvre les fonctionnaires et les retraités de l'administration publique, alors qu'au Kenya, le régime couvre non seulement les fonctionnaires et les retraités, mais également les travailleurs du secteur privé, et en Indonésie le gouvernement est en train d'établir un système de santé à « payeur unique » qui couvrira toute la population. L'encadré 5 décrit le plan sud-africain visant à établir une assurance maladie sociale. Selon une autre variante, le gouvernement peut exiger que certains segments de la population s'inscrivent à des régimes de mise en commun des risques gérés par le secteur privé. Par exemple, au Sénégal, une loi stipule que les grandes

^D L'antisélection peut être définie comme un comportement stratégique par le partenaire mieux informé dans un contrat contre l'intérêt des partenaires moins bien informés (Belli 2001). Dans cet exemple, il est fait référence à la tendance par les malades de s'inscrire au régime d'assurance maladie sociale alors que les personnes en bonne santé préfèrent une autre assurance.

entreprises doivent inscrire leurs employés dans des Institutions de Prévoyance Maladie. Le Chapitre 8 présente ce modèle sénégalais plus en détail.

(Encadré 4) Ghana, Indonésie et Nigeria : comment l'engagement envers la CSU a transformé celle-ci en réalité

Une législation favorable est un premier pas vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Pour transformer un engagement politique en réalité, les pays doivent déterminer comment financer l'expansion de la couverture par le biais des processus d'appropriations budgétaires annuelles.

Dans toute l'Afrique de l'Ouest, les gouvernements sont en train de mettre en œuvre des réformes du financement de la santé en vue d'atteindre la CSU. La phase de mise en œuvre comprend de nombreuses étapes, comme la mise en place d'un flux de financement pour une organisation telle que l'Institut National d'Assurance Maladie du Togo afin de pouvoir superviser et exploiter un régime d'assurance maladie sociale ou l'établissement d'un organe de coordination comme la Fédération des Mutuelles de Santé du Niger. On trouvera ci-dessous trois exemples de manières dont les gouvernements des pays de référence de l'étude ont pris des initiatives suivant la publication d'une stratégie pour le secteur de la santé ou l'adoption d'une loi pour mettre une réforme en œuvre.

Les partisans de la planification familiale au Ghana ont fait pression avec succès sur les législateurs de ce pays pour remédier aux problèmes d'accès en intégrant l'apprentissage et les services de planification familiale au Régime National d'Assurance Maladie, qui comprend des soins gratuits de santé pour les mères. En 2012, la loi sur la réforme a stipulé l'inclusion des services de planification familiale qui seraient déterminés par le ministre de la Santé (Naik, Morgan et Wright 2014). Cependant, un mandat légal pour l'expansion de la couverture ne suffit pas à assurer une expansion efficace de la couverture. Trois ans plus tard, le gouvernement n'avait toujours pas produit la directive d'application ou les consignes de mise en œuvre nécessaires pour intégrer dans la pratique les méthodes de planification familiale au forfait de services du Régime National d'Assurance Maladie (IPPF 2015).

Le déploiement du système ambitieux de payeur unique en Indonésie à partir de 2014 est en partie la conséquence d'une action en justice intentée par des citoyens pour rendre le gouvernement responsable de l'application de la loi de 2004 sur le Système National de Sécurité Sociale. Cette loi stipulait que le gouvernement devait établir des organismes à but non lucratif pour mettre en œuvre cinq programmes d'assurances sociales obligatoires couvrant les soins de santé, les accidents du travail, les décès, les risques associés aux personnes âgées et les pensions de retraite, le financement étant assuré par les cotisations des bénéficiaires. En 2011, le gouvernement a été critiqué pour son retard dans la transformation des quatre compagnies d'assurances publiques en entités à but non lucratif. Ce retard avait été la raison pour laquelle des groupes de citoyens avaient porté plainte et organisé des manifestations dans les rues (Hatt et al. 2015).

L'ancien gouvernement du Nigeria avait fait pression avec succès sur le Sénat pour qu'il adopte la Loi nationale sur la Santé en 2014. Cette loi a établi un fonds pour la fourniture de soins de santé de base et d'autres structures pour l'expansion de la couverture au secteur informel et aux pauvres dans le cadre du Régime National d'Assurance Maladie. Cependant, le Fonds pour la fourniture de soins de santé de base a besoin d'appropriations budgétaires annuelles pour pouvoir fonctionner, et cela rend le Fonds sensible aux changements du gouvernement et dans les priorités budgétaires du gouvernement. La société civile, effectivement, a fait état de préoccupations parce que un an après l'adoption de la Loi nationale sur la Santé et après l'arrivée au pouvoir d'un nouveau gouvernement, ce nouveau gouvernement n'avait toujours pas pris les mesures nécessaires pour financer l'application de cette loi par des appropriations dans le budget de l'État de 2016 (Ikhuoria 2016).

(Encadré 5) Mise en œuvre de l'assurance maladie sociale en plusieurs phases : l'expérience de l'Afrique du Sud

La plupart des gouvernements de l'Afrique de l'Ouest sont engagés ou sur le point de s'engager dans la mise en place de l'assurance maladie sociale. La mise en place d'un régime d'assurance maladie sociale nécessite des efforts considérables, y compris le renforcement des systèmes de santé complémentaires, pour augmenter les chances du succès du système. L'introduction de l'assurance maladie sociale peut également perturber d'autres parties du secteur de la santé. En réponse à cette perturbation, les gouvernements doivent prévoir et gérer de façon appropriée. Le gouvernement de l'Afrique du Sud a préparé un plan détaillé pour la mise en œuvre de son régime d'assurance maladie qui illustre la complexité d'un tel effort et fournit des leçons utiles pour les pays de l'Afrique de l'Ouest.

Le Gouvernement sud-africain en est à un stade avancé des préparations pour la réforme du système de santé afin de pouvoir mettre en œuvre l'assurance maladie nationale, dans le cadre de sa stratégie d'atteinte de la CSU. Actuellement, le système de santé est très fragmenté : 83 régimes médicaux représentent des groupes de risques

relativement petits qui fournissent une protection financière contre les coûts catastrophiques. Les membres de ces régimes sont surtout des salariés. Le secteur informel et les pauvres ont peu d'options pour accéder aux soins de santé et en payer le coût. En 2011, le gouvernement a publié un Livre vert qui a fait l'objet de nombreux commentaires des parties prenantes ; puis il a publié un Livre blanc révisé en 2015. Le Livre blanc détaillé présente une feuille de route pour réformer tous les aspects du système de santé complexe actuel afin de l'aligner sur l'assurance maladie nationale d'ici 2025 (Ministère de la Santé 2015). La feuille de route illustre toutes les composantes à intégrer dans une initiative de réforme d'un système de santé.

Lors de la phase 1, le gouvernement établira un Fonds de transition pour financer les activités liminaires du régime d'assurance maladie nationale avant de pouvoir commencer à mobiliser des revenus par le biais de paiement anticipés. Il lancera plusieurs initiatives de renforcement des systèmes de santé telles que l'intensification des efforts d'amélioration de la qualité des services des cliniques et hôpitaux publics, la mise en œuvre d'un programme centralisé de distribution de médicaments pour les maladies chroniques, la révision des lois applicables, et bien d'autres. Il développera également des systèmes et processus pour un système de paiement des prestataires, un système d'enregistrement des patients, un système d'agrément et d'inscription des prestataires et un système de réduction des fraudes et des risques.

Lors de la phase 2, le gouvernement utilisera le Fonds de transition pour acheter des services de santé primaires pour le compte des membres. Plus tard, le gouvernement commencera à acheter des services hospitaliers et d'urgence pour le compte des membres. Le régime d'assurance maladie nationale commencera à mobiliser des ressources pour remplir à nouveau ses caisses en réalignant les fonds publics qui ne seront plus nécessaires une fois que le régime d'assurance maladie nationale sera opérationnel, comme les Fonds de compensation et les subventions de l'État aux régimes médicaux. Le gouvernement déploiera le système d'inscription des patients dans les établissements de santé publics et il commencera à enregistrer la population, les groupes vulnérables en premier.

Lors de la phase 3, le gouvernement commencera à encaisser des paiements anticipés obligatoires, à fournir des agréments à des hôpitaux et spécialistes du secteur privé, et à acheter leurs services.

Les réformes nécessiteront peut-être que les régimes médicaux privés ajustent leur rôle dans le système de santé sous peine de faire faillite. Le Livre blanc indique des options possibles, comme la création d'un arrangement virtuel unique de mise en commun des risques pour tous les régimes, la transition du rôle des régimes pour passer d'une couverture complète à une couverture complémentaire, et l'embauche de spécialistes provenant du secteur des régimes médicaux en perte de vitesse pour participer à l'administration du régime d'assurance maladie nationale.

1.6.3 L'assurance maladie communautaire

Des mutuelles de santé existaient dans tous les pays de l'étude, bien que leur présence soit très limitée au Togo, en Indonésie et en Malaisie. L'assurance maladie communautaire est souvent comprise dans les stratégies de CSU dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires en raison de son avantage comparatif perçu pour identifier et inscrire dans des régimes de mise en commun des risques les segments de la population non assurés, n'ayant pas un accès adéquat aux services de santé et comprenant essentiellement des travailleurs du secteur informel.

Le modèle de l'assurance maladie communautaire a tendance à être populaire dans les pays où les mécanismes de coordination des systèmes de santé (p ex., les systèmes de gestion des informations sanitaires ayant des données de qualité élevée sur les patients) sont moins développés et où la sécurité sociale est une valeur sociale très en vue. Des membres de la communauté se portent volontaires pour gérer les régimes et exercent la plupart des fonctions de financement de la santé, y compris la mobilisation des ressources (auprès de leurs membres), la mise en commun des risques, les achats et le règlement des demandes de paiement. Les agences régionales, nationales ou semi-publiques qui ne sont pas établies physiquement dans les zones de travail des mutuelles de santé sont souvent mal placées pour exercer de telles fonctions.

Dans certains pays tels que l'Éthiopie, le Ghana et le Nigeria, l'agence centrale chargée de l'exploitation d'un grand régime d'assurance maladie sociale a des responsabilités de gestion et de supervision des mutuelles de santé, et celles-ci sont tenues de fonctionner et de fournir une couverture conformément aux normes de l'agence centrale. Au Mali, l'Union Technique de la Mutualité Malienne a lancé une application d'argent mobile qui est de plus en plus populaire auprès des membres (voir Chapitre 6). Dans d'autres pays, bien que les gouvernements soient en train d'intégrer les mutuelles de santé dans le cadre des initiatives de financement de la santé du gouvernement, elles sont toujours très mal coordonnées (ou pas coordonnées du tout) avec le gouvernement. Au Bénin, le gouvernement a l'intention d'incorporer les mutuelles de santé existantes au Régime d'Assurance Maladie Universelle.

L'augmentation du nombre des mutuelles de santé peut sembler faisable pour les gouvernements à court terme, mais le modèle finit souvent par produire des mécanismes de financement de la santé sous l'égide de l'État. Par exemple, des membres de la communauté au Ghana se sont initialement portés volontaires pour gérer les mutuelles, mais en fin de compte un arrangement de gestion plus professionnelle a été conclu et les responsables de la gestion des mutuelles sont devenus des fonctionnaires payés par l'État. L'Encadré 6 montre l'évolution de l'initiative d'assurance maladie communautaire de l'Éthiopie.

L'expérience montre également que la mobilisation des ressources, la mise en commun des fonds et les achats peuvent être difficiles à administrer. De nombreuses communautés ont du mal à exercer ces fonctions d'une manière qui assurera la viabilité financière des mutuelles. Les mutuelles encaissent des primes de leurs membres, mettent les fonds en commun et utilisent ensuite les fonds mis en commun afin de payer les prestataires pour leurs services. Une mutuelle de santé doit donc déterminer quels services elle peut se permettre de couvrir en fonction du montant des primes encaissées. Les mutuelles ont souvent des difficultés à encaisser suffisamment de fonds de leurs membres pour couvrir complètement le coût des services dont bénéficieront leurs membres. Au lieu de cela, certains gouvernements subventionnent considérablement les mutuelles de santé et établissent une liste minimum de services couverts, à savoir les services que les mutuelles doivent couvrir. Dans le cadre de cet arrangement différent, les mutuelles peuvent toujours exercer leurs fonctions administratives de mobilisation des primes auprès de la communauté et de paiement des prestataires, en particulier dans les régions éloignées et n'ayant pas un accès adéquat aux services de santé, que les agences régionales et nationales auraient du mal à exercer. L'adhésion aux mutuelles est généralement facultative (ou, quand elle est obligatoire, les administrateurs des mutuelles ont tendance à ne pas imposer le respect de cette obligation). Les mutuelles sont donc particulièrement vulnérables à l'antisélection lorsque des adhésions disproportionnées par des personnes à risque élevé sont accompagnées par l'absence de participation par les personnes à faible risque. Des initiatives d'AMC comme celle de l'Éthiopie aboutiront peut-être à la création de grands groupes de risques une fois que la transition aura pu être gérée par le gouvernement. Cette transition peut être bénéfique pour assurer que les membres des mutuelles de santé obtiennent une protection financière pour les services de santé fournis par les hôpitaux régionaux ou nationaux.

(Encadré 6) Comment l'initiative d'AMC de l'Éthiopie est en train d'évoluer pour incorporer des groupes de risques régionaux et nationaux

Les gouvernements de l'Afrique de l'Ouest ont adopté publiquement l'AMC comme stratégie pour étendre la couverture des soins de santé aux indigents et aux travailleurs du secteur informel, mais de nombreuses mutuelles de santé dans ces pays fonctionnent toujours avec de petits groupes de risques. Une tendance observée dans cette étude est que les gouvernements s'efforcent de consolider ces petits groupes de risques afin d'améliorer la stabilité financière et de gagner d'autres avantages. Le Gouvernement éthiopien est engagé actuellement dans une telle stratégie. Son expérience pourra fournir des leçons utiles aux autres gouvernements alors qu'ils s'engagent dans la même voie.

Le Gouvernement éthiopien montre comment les mécanismes de financement de la santé peuvent évoluer progressivement pour améliorer la couverture de santé sur la voie de la CSU. Comme l'initiative d'AMC de l'Éthiopie a déjà bien progressé, le gouvernement recherche maintenant des moyens d'améliorer la stabilité financière du modèle et continue à améliorer l'accès aux services. En juin 2016, des mutuelles de santé fournissaient des services à des bénéficiaires dans 181 districts au total, couvrant plus de 10 millions de personnes dans toute l'Éthiopie (HFG 2016). En s'appuyant sur les gains de couverture déjà réalisés grâce au déploiement de mutuelles au niveau des districts, le Gouvernement éthiopien s'attend à ce que les réformes créent des groupes de risques régionaux et nationaux de plus grande taille et augmentent la couverture des services. Bien que les mutuelles du niveau des districts aient aidé le gouvernement à mobiliser des ressources cruciales et à identifier les communautés de personnes non assurées, ayant de faibles revenus et appartenant au secteur informel, ces petites mutuelles sont exposées à une instabilité financière en raison de la petite taille de leurs groupes de risques. La consolidation des groupes de risques améliorera la viabilité d'ensemble des mutuelles en optimisant la subvention croisée des risques et en permettant aux mutuelles de santé d'augmenter l'accès aux soins et de fournir des soins continus dans des établissements de santé secondaires et tertiaires.

Pour exécuter cette initiative de réforme, le Ministère fédéral de la Santé a publié une Directive demandant aux collectivités locales de lier les groupes de risques au niveau des districts à un groupe de risques régional ou national. Il est attendu de chaque région qu'elle établisse un groupe de risques régional. Le groupe de risques fédéral sera formé ultérieurement pour incorporer l'expérience tirée de l'exploitation des groupes de risques régionaux. Les groupes de risques communautaires régionaux concluront des contrats avec des hôpitaux de niveau secondaire ou tertiaire dans leur région. Les membres des mutuelles obtiendront une orientation de leur établissement de district pour recevoir tous les avantages des services hospitaliers régionaux ou tertiaires, payés par le groupe de risques communautaire régional. L'absence d'obtention d'une orientation appropriée entraînerait la réduction des prestations fournies, avec une obligation de participation aux coûts pour le patient. Il est proposé que le groupe de risques communautaire régional soit financé par une subvention fixe du gouvernement fédéral et par une partie des primes payées par les membres ou des paiements effectués pour le compte des membres indigents mobilisés par les mutuelles du niveau des districts.

1.6.4 L'assurance maladie privée

L'assurance maladie privée est un mécanisme de financement de la santé qui existe dans tous les quinze pays de l'étude, bien que son rôle varie d'un pays à l'autre. L'assurance maladie privée a tendance à couvrir les ménages aisés et les travailleurs du secteur formel, même si on peut noter quelques exemples d'assureurs privés et de mutuelles de santé privées qui couvrent des ménages à faibles revenus ou des travailleurs du secteur informel.

Les assureurs privés offrant des prestations de santé complètes ciblent généralement des personnes jeunes, aisées et en bonne santé, et ils évitent les personnes à risque élevé qui pourraient avoir besoin d'utiliser des services de santé coûteux (une pratique appelée « sélection des bons risques »). Dans les pays caractérisés par une faible pénétration du marché, les groupes de risques sont également petits et assez instables, ce qui motive encore plus les assureurs privés à éviter les assurés risquant de leur coûter cher. En l'absence de réglementation et d'application stricte de cette réglementation, le marché de l'assurance privée exclut la grande majorité de la population.

La pénétration du marché par l'assurance maladie privée est limitée dans la plupart des pays de l'étude, en particulier dans les pays ciblés de l'Afrique de l'Ouest (Tableau 5). Le Sénégal est une exception comme on peut le voir au Tableau 5 en matière de pénétration du marché par l'assurance maladie privée parce que les Institutions de Prévoyance Maladie sont considérées techniquement comme des compagnies d'assurances privées. Cependant, comme le gouvernement les régit et impose les adhésions, elles ressemblent plus à des organisations d'assurance maladie sociale qu'à des compagnies d'assurances privées à adhésion libre. Quelques produits optionnels d'assurance privée offerts au Sénégal ont une pénétration du marché qui est plus proche que ce qui est observé dans les autres pays de l'étude.

Certaines entreprises privées offrent de leur plein gré à leurs employés des contributions pour le paiement de primes d'assurance ou d'autres prestations de santé proposées par des compagnies d'assurances privées afin d'attirer et de fidéliser des employés compétents, notamment au Kenya et au Nigeria. Mais de façon générale le modèle de l'assurance maladie privée ne contribue pas dans une large mesure à la couverture de la population dans les pays ayant de petits secteurs formels. L'assurance maladie privée pourrait également offrir une couverture supplémentaire si le secteur formel est déjà contraint de cotiser à un régime d'assurance maladie sociale, comme c'est le cas selon la feuille de route vers la CSU de l'Afrique du Sud. Les assureurs privés peuvent offrir une couverture alternative plutôt qu'un régime d'assurance maladie sociale, comme au Kenya, où les ménages aisés qui préfèrent recevoir des services de santé dans des établissements privés non couverts par le régime d'assurance maladie sociale obligatoire souscrivent des polices d'assurance maladie privée.

Les produits d'assurance privée adaptés aux besoins et aux revenus des ménages à faibles revenus sont assez rares dans le cadre de financement de la santé de la plupart des pays de l'étude, mais ils peuvent néanmoins jouer un certain rôle. Certaines mutuelles de santé privées existent au Burkina Faso et dans d'autres pays, mais les informations à leur sujet sont très limitées dans les documents disponibles. Le Ghana avait un grand nombre de mutuelles de santé privées avant qu'elles ne soient regroupées dans le cadre du Régime national d'assurance maladie organisé sous l'égide de l'État. Au Kenya, certains assureurs privés offrent des produits d'assurance maladie ayant des prestations limitées, des réseaux de prestataires à faible coût (p. ex., des hôpitaux d'organisations confessionnelles ou des établissements publics) et des primes plus faibles qui ciblent les travailleurs non pauvres du secteur informel.

Des produits d'assurance maladie simples à faible prix peuvent jouer un rôle en réduisant les coûts élevés associés aux soins de santé (p. ex., pour le transport ou pour compenser la perte de salaire). Cependant, les régimes d'assurance maladie privée non subventionnés sont habituellement hors de portée pour la grande majorité des ménages.

1.6.5 Dépenses directes à la charge des ménages

Les dépenses directes à la charge des ménages constituent le mécanisme de financement dominant dans la plupart des pays de l'étude, ce qui signifie que les ménages paient les prestataires pour les produits et services spécifiques reçus au moment de la consultation. Le ménage mobilise des ressources et achète les services. La mise en commun des risques est essentiellement absente, ce qui expose le ménage à des coûts de santé catastrophiques. Comme indiqué précédemment, un système de santé qui compte dans une large mesure sur le fait que la plupart des ménages doivent payer directement pour leurs soins de santé est économiquement inefficace, n'est pas équitable et ralentit le développement.

Dans tous les pays, les ménages paient toujours directement le coût de certains produits ou services de santé, comme on peut le voir même en Malaisie, où la plupart des services de santé sont fournis gratuitement ou à très faible coût par un réseau étendu d'établissements de santé publics. Le choix est important pour les consommateurs, et les consommateurs peuvent choisir de payer plus eux-mêmes pour des services fournis par des prestataires privés ou non couverts, ou pour des services ou produits non couverts, comme des médicaments de grandes marques.

Le Tableau 5 montre le pourcentage des dépenses totales de santé à la charge des ménages dans chacun des pays de l'étude. Les dépenses totales de santé comprennent à la fois les dépenses directes pour des produits et services et le paiement des primes de cotisation à des régimes de mise en commun des risques. Dans les pays ayant de faibles niveaux d'autres mécanismes de financement de la santé et de mise en commun des risques, les dépenses directes à la charge des usagers représentent la majorité des dépenses des ménages, et les dépenses des ménages en proportion des dépenses totales de santé sont généralement fort élevées. Le but de la CSU n'est pas d'éliminer complètement les dépenses à la charge des usagers pour la santé, mais d'assurer que les ménages ont une protection financière adéquate contre les coûts catastrophiques quand un membre du ménage a un problème médical.

1.7 Discussion

La poursuite de la CSU et de l'accès universel à la planification familiale nécessite souvent de grandes réformes du financement de la santé pour renforcer le système de soins de santé, mobiliser de nouvelles sources de financement et améliorer l'efficacité. Les gouvernements peuvent améliorer l'équité et augmenter l'efficacité en mettant en place des mécanismes de financement de la santé qui répartissent les risques entre un groupe d'assurés important et protègent les ménages contre des coûts catastrophiques. De tels mécanismes peuvent également encourager les ménages à rechercher des soins qui abaissent la morbidité et peuvent améliorer les résultats sur les plans microéconomique et macroéconomique. Aucun pays ne peut affirmer avoir un système de financement de la santé totalement équitable et efficace. L'étude des façons dont d'autres pays ont réalisé des gains en équité, en couverture des services et en protection financière peut être très utile. Le passage en revue des leçons tirées d'autres pays peut aider un gouvernement à concevoir des réformes anticipant les futurs besoins et problèmes.

Néanmoins, les gouvernements doivent surmonter bien des difficultés afin de mobiliser les ressources nécessaires pour étendre de façon équitable la couverture des services et la protection financière. L'étude a identifié des preuves de ceci dans les pays d'Afrique de l'Ouest ciblés ainsi que dans les pays de référence en dehors de la région (l'Encadré 6 montre la situation au Ghana, en Indonésie et au Nigeria). L'Organisation mondiale de la Santé (2011) a indiqué qu'aucun des pays de l'étude qui ayant souscrit à la Déclaration d'Abuja de 2001, et qui, en conséquence, s'étaient ainsi engagés à allouer au moins 15 % de leurs budgets des États à la santé, n'a atteint cet objectif dix ans plus tard. Comme les gouvernements ne financent pas les soins de santé aux niveaux recommandés, et comme les réformes de la santé peuvent être coûteuses, la mobilisation d'un financement privé est de plus en plus souvent évoquée. Cependant, le Tableau 5 montre que les sources privées (ménages, employeurs, agences non gouvernementales dans le pays même) financent d'ores et déjà la plus grande partie des services de santé (sans même parler du fait que le financement par l'État est issu essentiellement des recettes fiscales générales, qui proviennent des ménages et des entreprises).

Les gouvernements ont des opportunités d'améliorer l'efficacité et l'équité du financement privé en éliminant les barrières existantes et en mettant en œuvre des mécanismes de financement de la santé plus efficaces. Les pays de référence de cette étude n'ont pas montré beaucoup d'exemples utiles de façons d'engager le secteur privé dans le financement de la santé.

La voie menant à la CSU est longue et changeante. Les gouvernements doivent continuellement réformer le système de soins de santé pour mettre en place une meilleure couverture, une couverture plus équitable, pour leurs populations. Les besoins et demandes de la population changent, comme on le voit en Malaisie, où le gouvernement réforme actuellement le système de santé pour introduire de nouveaux mécanismes de financement (ou renforcer des mécanismes existants) comme compléments à ceux du système de services de santé à financement public. En Afrique du Sud, le financement de la santé qui a évolué sous l'Apartheid couvre bien une partie de la population mais une autre partie de la population en est exclue. Au lieu de construire des systèmes parallèles et séparés pour des populations différentes, ce gouvernement essaie maintenant de réformer le système de santé de façon à introduire une assurance maladie nationale qui couvrira tout le monde. En Éthiopie, le gouvernement a l'intention de réformer le cadre communautaire

existant en intégrant des mutuelles communautaires à des groupes de risques de niveaux régional et national, tout comme le Ghana a permis aux mutuelles de faire partie de son Régime national d'assurance maladie.

Les programmes subventionnés par l'État qui n'ont pas assez de ressources pour couvrir tous les citoyens couvriront nécessairement ou à dessein une partie seulement de la population. Ceci peut affaiblir la solidarité sociale et l'équité, et éventuellement aller à l'encontre du principe d'universalisme progressiste. Une protection financière inégale entre le secteur formel (comprenant souvent les ménages aisés) et le reste de la population peut créer un cycle d'iniquité et une fragmentation accrue du système de santé. Si des ménages aisés sont exclus ou sont autorisés à se retirer du système, ils ne pourront plus subventionner efficacement la fourniture des soins pour les personnes pauvres et vulnérables. Si les gens ayant suffisamment de revenus obtiennent leurs services de santé dans des établissements privés au lieu du système public de fourniture de services de santé, les systèmes parallèles pourront fournir des soins de qualité inégale. De même, si un mécanisme de financement tel qu'un régime d'assurance maladie sociale exclut le secteur informel en raison de difficultés logistiques eu égard à l'identification des personnes à inscrire et à la mobilisation des ressources, une grande proportion de la population n'aura aucune protection financière. De plus, une approche de financement efficace affecte les ressources limitées à la distribution de subventions aux personnes qui en ont besoin, mais il n'est pas facile de faire cela en raison de difficultés logistiques.

De nombreux pays ont renforcé l'AMC comme stratégie pour couvrir le secteur informel et les segments pauvres et vulnérables de la population. L'AMC est populaire parce qu'elle est plus facile à utiliser pour mettre en œuvre les fonctions de financement de la santé (mobilisation des ressources, mise en commun des risques et achats) en mobilisant des ressources humaines au sein des communautés. Cependant, les mutuelles offrent souvent des forfaits de prestations limités et doivent surmonter de nombreux problèmes administratifs et financiers. Lorsque les systèmes de santé atteignent un certain stade dans leur développement, les mutuelles de santé privées sont souvent consolidées et peuvent fournir une fondation pour un programme d'assurance plus étendu sous l'égide de l'État, comme on peut le voir au Ghana. En utilisant une autre approche, l'Éthiopie est en train d'étendre l'assurance maladie pour les ménages ruraux et du secteur informel à faibles revenus au moyen de mutuelles au niveau des districts qui sont dirigées au niveau de la communauté. L'AMC peut servir de tremplin pour atteindre des niveaux supérieurs de couverture – en commençant par l'inscription de populations difficiles à atteindre et en s'appuyant sur les principes de solidarité communautaire pour la santé, pour se transformer ensuite en des régimes plus durables subventionnés et supervisés par l'État. Selon un scénario similaire, l'Indonésie consolide actuellement des régimes d'assurances sociales gérés au niveau des districts pour constituer un système national à payeur unique.

Des mécanismes de financement de la santé à plus petite échelle ou mieux ciblés peuvent promouvoir un accès équitable aux services essentiels. Un régime d'octroi de bons au Kenya est bénéfique à la fois pour les prestataires et pour les patients. Il fournit des revenus additionnels aux prestataires et il aide les patients à accéder aux services de planification familiale et d'assistance en cas de violences sexuelles en éliminant certaines des barrières financières et en encourageant les personnes concernées à obtenir des services appropriés. Le régime d'octroi de bons au Kenya comble une lacune dans le financement de la santé de ce pays et lui permet d'assurer l'accès aux services de planification familiale, et il sert de complément à d'autres programmes de financement de la santé tels que le Fonds national d'assurance maladie.

Il est essentiel d'assurer un accès universel à la planification familiale par le biais des initiatives de CSU. La plupart des pays de l'étude n'ont pas mentionné la planification familiale dans leur document stratégique de haut niveau concernant la CSU, bien que beaucoup aient des documents stratégiques de haut niveau séparés pour la planification familiale ou la santé de la reproduction. Comme la CSU permet de réaliser des gains en termes de santé, de bien-être, d'économie et de développement, l'intégration des services de planification familiale aux régimes de CSU et à tous les mécanismes de financement de la santé du pays n'est pas seulement un impératif moral. C'est également un impératif

stratégique. Lorsque les ressources fournies par les bailleurs pour la planification familiale déclineront, les gouvernements devront remplacer certains mécanismes ou renforcer des mécanismes alternatifs de financement pour réduire à la fois les besoins non satisfaits et les décès des mères, des nouveau-nés et des enfants.

La plupart des pays d'Afrique de l'Ouest ciblés dans cette étude ont des caractéristiques communes. De nombreux gouvernements envisagent des interventions simultanées pour améliorer la protection financière pour la santé et poursuivre la CSU : financement des établissements de santé avec des fonds publics, expansion de l'assurance maladie sociale et encouragement de l'établissement de mutuelles pour contribuer à la couverture de segments de la population difficiles à atteindre. Avec des secteurs formels relativement faibles, les pays ciblés devront augmenter considérablement le nombre des mutuelles de santé pour atteindre un niveau d'inscription presque universel pour leur population. La couverture de la population par l'AMC et d'autres formes d'assurance est faible dans la plupart des pays ciblés. Les dépenses directes à la charge des usagers pour les services de santé représentent une proportion très élevée des dépenses totales de santé des ménages, et souvent une proportion élevée des dépenses de santé totales du pays, alors que les dépenses des ménages pour l'assurance maladie sont relativement faibles. Les affectations budgétaires des gouvernements pour la santé sont toujours inférieures aux objectifs de la Déclaration d'Abuja. Le financement de la planification familiale provient toujours essentiellement des bailleurs, bien que les gouvernements gèrent une partie de la distribution des produits de planification familiale par le biais d'établissements publics de santé ou d'autres mécanismes. L'examen par cette étude des cadres de financement de la santé dans tous les pays ciblés révèle plusieurs opportunités pour chaque pays d'introduire de nouveaux mécanismes de financement de la santé ou de renforcer des mécanismes existants de financement de la santé qui augmenteront la couverture pour les soins de santé et la planification familiale.

Les sections suivantes de ce rapport examinent en détail les mécanismes de financement de la santé et la couverture de la planification familiale dans les huit pays ciblés d'Afrique de l'Ouest. Pour chaque pays, les auteurs identifient des opportunités d'étendre la couverture dans les trois dimensions de la couverture.

1.8 Sources

- Alebachew, Abebe, Laurel Hatt, Matt Kukla et Sharon Nakhimovsky. Avril 2014. *Universal Health Coverage Measurement in a Low-Income Context: An Ethiopian Case Study*. Rapport préparé par Abt Associates. Washington, DC: United States Agency for International Development, Health Finance & Governance Project.
- Belli, Paolo. Mars 2001. *How Adverse Selection Affects the Health Insurance Market* (Policy Research Working Papers). <http://dx.doi.org/10.1596/1813-9450-2574>
- Ministère de la Santé, République d'Afrique du Sud. 2015. *National Health Insurance for South Africa: Towards Universal Health Coverage. Version 40. White Paper*. Publié dans la Government Gazette le 11 décembre 2015. http://www.gov.za/sites/www.gov.za/files/39506_gon1230.pdf
- Gwatkin, D. R. et A. Ergo. 2011. Universal Health Coverage: Friend or Foe of Equity? *The Lancet* 377: 2160–2161.
- Hatt, Laurel, et al. Décembre 2015. *Rapid Analytical Review and Assessment of Health System Opportunities and Gaps in Indonesia*. Rapport préparé par Abt Associates. Washington, DC: United States Agency for International Development, Health Finance & Governance Project. <https://www.hfgproject.org/rapid-analytical-review-assessment-health-system-opportunities-gaps-indonesia/>
- Health Finance & Governance Project (HFG). 2016. News and Announcements: Empowering women through community based health insurance. Accédé en octobre 2016 à <https://www.hfgproject.org/ethiopia-empowering-women-community-based-health-insurance/>.

- Ikhuoria, Edwin. 2016. *Nigeria: Will the 2016 Health Budget Fund the 2014 National Health Act?* Billet de blog publié le 2 février 2016 à <http://allafrica.com/stories/201602041407.html>.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). 2015. *Ghana Spotlight on Family Planning: Tracking Progress on the FP2020 Pledges*. [Brochure]. http://www.ippf.org/sites/default/files/spotlight_ghana_v301_web.pdf.
- Jamison, Dean T., et al. 2013. *Global Health 2035: A World Converging within a Generation*. *The Lancet* 382 (9908) : 1898–1955.
- Kutzin, Joseph. 2013. *Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy*. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 91: 602-611. doi : <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- Ministère de la Santé, Malaisie. Non daté. *Country Health Plan (2011–2015)*. http://www.moh.gov.my/images/gallery/Report/Country_health.pdf
- Naik, Reshma, Lindsay Morgan et Jenna Wright. 2014, Décembre. *The Role of Health Insurance in Family Planning (Policy Brief)*. Washington, DC: Population Reference Bureau. <http://www.prb.org/pdf15/health-insurance-family-planning.pdf>
- Njuki, Rebecca, et al. 2015. *Does a Voucher Program Improve Reproductive Health Service Delivery and Access in Kenya?* *BMC Health Services Research* 15:206. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0860-x>
- Tine, Justin, Sophie Faye, Sharon Nakhimovsky et Laurel Hatt. 2014, April. *Universal Health Coverage Measurement in a Lower-Middle-Income Context: A Senegalese Case Study*. Rapport préparé par Abt Associates. Washington, DC: United States Agency for International Development, Health Finance & Governance Project.
- Nations Unies. 2000. *Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14 on Article 12 of International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York : Auteur.
- Nations Unies, Département des Affaires Économiques et Sociales, Division de la Population. 2015. *Model-Based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2015*. « Unmet Need for Family Planning. Median Estimate, 2014 ». New York : Nations Unies.
- Nations Unies, Assemblée générale. 2015, 21 octobre. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Résolution adoptée lors de la soixante-dixième session de l'Assemblée générale le 25 septembre 2015. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
- Banque mondiale. 2016. *Universal Health Coverage (UHC) in Africa: A Framework for Action*. Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/735071472096342073/Universal-Health-Coverage-UHC-in-Africa-a-framework-for-action>
- Organisation mondiale de la Santé. 2011. *The Abuja Declaration: Ten Years On*. http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Banque mondiale. 2014. *Monitoring Progress Toward Universal Health Coverage at Country and Global Levels: Framework, Measures and Targets*. Genève : WHO Press. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?ua=1

ANNEXE A: MATRICE DE SELECTION

Pays « ciblés » potentiels : pays inclus dans la Stratégie de coopération pour le développement régional de l'Afrique de l'Ouest	Critères de sélection				Score
	Pays à impact potentiellement élevé pour une assistance technique Pondération du critère = 3	Le pays est membre du Partenariat de Ouagadougou Pondération du critère = 2	Le pays est un pays prioritaire pour la planification familiale selon l'USAID Pondération du critère = 2	Le pays n'a pas de Mission de l'USAID Pondération du critère = 1	
Bénin	3	2			5
Burkina Faso	3	2		1	6
Cameroun	3			1	4
Cap Vert				1	1
Tchad				1	1
Côte d'Ivoire		2		1	3
Guinée Équatoriale				1	1
Gabon				1	1
Ghana*			2		2
Guinée	3	2			5
Guinée Bissau				1	1
Liberia			2		2
Mali	3	2	2		7
Mauritanie		2		1	3
Niger	3	2		1	6
Nigeria*			2		2
Sao Tomé & Príncipe				1	1
Sénégal	3	2	2		7
Sierra Leone					0
Gambie				1	1
Togo	3	2		1	6

*Le Ghana et le Nigeria sont proposés comme pays de référence

Liste restreinte des pays de « référence » potentiels	Le pays est situé sur le continent africain (pour faciliter un jumelage possible)	Le pays est un pays prioritaire pour la planification familiale selon l'USAID	Potentiel pour la CSU, leçons à tirer pour la réglementation de l'assurance privée et/ou la planification familiale
Bangladesh		X	Niveau élevé de participation du secteur privé et des ONG à la fourniture de PF
Éthiopie	X	X	AMC et AML
Inde		X	RSBY et NHM, leçons tirées de la PF
Indonésie		X	JKN
Ghana	X	X	Ghana National Health Insurance Scheme
Kenya	X	X	Stratégie de CSU bien documentée
Malaisie			La stratégie de CSU n'inclut pas l'AML et élucidera un autre modèle
Nigeria	X	X	Expérience de l'assurance maladie nationale et des partenariats public-privé
Philippines		X	PhilHealth
Rwanda	X	X	Adhésion obligatoire aux mutuelles
Népal		X	Vision claire de la CSU
Afrique du Sud	X		Cadre réglementaire strict pour l'assurance privée
Tanzanie	X	X	Assureur maladie unique dans le pays, régime national de FBR, bénéficiaire d'assistance de GFF
Pays sélectionnés = 7			

ANNEXE B: GRILLE DE COLLECTE DE DONNÉES (« CASE STUDY MATRIX TEMPLATE »)



Case Study Matrix Template

Contexte et approche

La Mission du Bureau régional de la santé pour l'Afrique de l'Ouest de l'USAID (WA/RHO) a demandé au Projet HFG (Health Finance & Governance) de conduire une étude panoramique sur les stratégies de financement de la santé utilisées pour promouvoir la Couverture maladie universelle (CMU). Cette étude panoramique synthétisera les leçons tirées et les constatations résultant de ses travaux pour éclairer des interventions potentielles pouvant être mises en œuvre dans la région de l'Afrique de l'Ouest. Elle passera également en revue le rôle du financement du secteur privé dans le cadre des efforts visant à atteindre la CMU et elle déterminera si et comment la planification familiale (PF) est incluse dans les stratégies de CMU.

HFG recueillera des informations comparables pour les pays sélectionnés. Ce modèle sera rempli pour chaque pays sur la base de l'analyse des documents disponibles dans le domaine public, d'entretiens avec des informateurs clés et de la collecte de données dans les pays concernés – au maximum cinq pays « ciblés ». Les sources des données comprendront les plans stratégiques du secteur de la santé et leurs évaluations annuelles / à mi-parcours, les stratégies de financement de la santé, les Comptes de la santé, les plans chiffrés de coût de mise en œuvre de la planification familiale, les articles de revues validés par des pairs, la littérature dite « grise » et les autres documents qui se trouvent dans le domaine public.

Sur la base des données ainsi recueillies, HFG préparera de brèves présentations sur les principaux arrangements de financement de la santé pour chaque pays concerné, y compris leur couverture de la planification familiale. Les constatations résultant de la collecte des données seront consolidées et résumées dans un rapport de 10-15 pages qui inclura des comparaisons entre les pays.

Objectifs

1. Identifier les stratégies de financement de la santé qui sont utilisées avec succès pour progresser vers la CMU dans 15 pays de la catégorie PRITI en Afrique et en Asie
2. Révéler le rôle du financement du secteur privé de la santé dans le cadre de ces stratégies
3. Révéler la mesure dans laquelle ces stratégies parviennent à étendre la couverture en matière de PF dans ces pays
4. Identifier lesquelles de ces stratégies ont un potentiel raisonnable de mise en œuvre avec succès dans les contextes de l'Afrique de l'Ouest, et pourquoi

Aperçu des politiques de la santé: le Contexte des pays

Veillez vous référer aux documents actuels ou aux documents les plus récents du gouvernement en matière de politiques pour le secteur de la santé. Limitez vos réponses à un paragraphe, et incluez des citations.

1. **Plan stratégique pour le secteur de la santé (ou équivalent) :** Quelle est la vision dominante et quels sont les objectifs esquissés dans le document ? Ce document mentionne-t-il la CMU et ses trois composantes ? Dans l'affirmative, quelle est la stratégie pour avancer vers la CMU ? Comment le rôle du secteur privé est-il défini dans cette stratégie ? Le document mentionne-t-il l'augmentation de la couverture des services de PF ? Dans l'affirmative, quelle est la stratégie pour améliorer la couverture en matière de PF ? Les plans répondent-ils aux besoins non seulement des établissements publics et des clients, mais également à ceux des prestataires du secteur privé ?
2. **Politique de financement de la santé (ou équivalent) :** Quelle est la vision dominante et quels sont les objectifs esquissés dans la politique ? Le cas échéant, la CMU et la PF sont-elles mentionnées ? Quelle(s) approche(s) technique(s) la politique propose-t-elle pour atteindre la CMU et/ou étendre la couverture de la PF ?
3. **Politique de santé reproductive ou de planification familiale (ou équivalent) :** Quelle est la vision dominante et quels sont les objectifs esquissés pour la PF dans cette politique ? Le cas échéant, comment la CMU est-elle mentionnée ?
4. **Tous les documents / Comptes nationaux de la santé :** En vous basant sur les documents disponibles, décrivez ce que l'on sait sur les dépenses des ménages pour la santé et la PF. Par exemple : quelle est la part des dépenses des ménages qui sont consacrées à la santé et aux services de planification familiale ; quelles sont les dépenses par tête des ménages pour la santé et les services de planification familiale ; que paient les ménages pour (p. ex., les primes/cotisations, les frais à la charge de l'utilisateur pour les services, etc.) ?

Présentation générale du secteur de la santé

Dans cette section, nous décrivons les arrangements qui fournissent une couverture de santé partielle ou complète à toute la population ou à une partie de celle-ci. Ces arrangements peuvent avoir le potentiel de faire progresser le pays vers la CMU. Pour chaque arrangement distinct, nous passerons en revue les divers aspects de la collecte des revenus, de la mise en commun des risques, des mécanismes d'approvisionnement, des performances des programmes

et de l'équité. La collecte des revenus fait référence à la façon dont les ressources sont obtenues pour se procurer des produits et des services dans le secteur de la santé. La mise en commun des risques est la fonction qui transfère les revenus perçus aux organisations qui achètent les produits et services de santé. Cette mise en commun des risques assure que le risque représenté par le paiement des interventions pour la santé est réparti équitablement par tous les membres de la communauté et non pas par chaque membre individuellement, afin d'accroître la protection financière des personnes qui utilisent ces services. Pour la fonction d'achat, la collecte des données portera sur les mécanismes de paiement utilisés par les organisations responsables des achats (comme les compagnies d'assurance maladie ou les gouvernements) pour acheter des produits et services de santé, par exemple les paiements en fonction des intrants, les paiements à l'acte, les paiements par capitation. Les mécanismes de paiement des prestataires aideront l'équipe à évaluer la durabilité financière des arrangements de financement utilisés pour atteindre la CMU.

Chaque arrangement de financement peut être financé, géré ou mis en œuvre différemment. Citons comme arrangements de financement possibles : le financement direct par l'État des établissements de santé, l'assurance maladie sociale sponsorisée par l'État, l'assurance maladie communautaire, l'assurance maladie privée (proposée par les compagnies d'assurance maladie) et le financement de la santé par l'employeur.

Écrivez « S/O » dans le tableau si la question à gauche n'est pas applicable au programme.

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne.		Arrangements de financement				
		Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)	[Régime d'assurance maladie sociale]	[Assurance commerciale privée]	[Assurance maladie communautaire]	[Autre]
Population couverte : Qui est admissible ? Incluez les statistiques clés comme le nombre de membres inscrits	Pauvres/vulnérables. Définissez ces groupes (par programme, si nécessaire)					
	Non-pauvres du secteur informel					
	Employés du secteur formel					

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES		Arrangements de financement				
Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne. et d'autres chiffres. Comment les bénéficiaires sont-ils identifiés et ciblés ?	Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)	[Régime d'assurance maladie sociale]	[Assurance commerciale privée]	[Assurance maladie communautaire]	[Autre]	
	Prestations : Résumez les principales prestations Résumez les exclusions Documentez les prestations de planification familiale, le cas échéant	Pauvres/vulnérables. Définissez ces groupes (par programme, si nécessaire)				
		Non-pauvres du secteur informel				
		Employés du secteur formel				

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES		Arrangements de financement				
<p>Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne.</p>		<p>Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)</p>	<p>[Régime d'assurance maladie sociale]</p>	<p>[Assurance commerciale privée]</p>	<p>[Assurance maladie communautaire]</p>	<p>[Autre]</p>
<p>Prestation des services Dans quels types d'établissements ces services sont-ils fournis, y compris les services de PF ? Les bénéficiaires des programmes de l'État ont-ils accès aux établissements privés ? Quel degré de choix/d'accès est inclus dans chaque programme ? Quel degré de choix les bénéficiaires ont-ils pour accéder à des services de PF ?</p>						
FONCTIONS ET CARACTÉRISTIQUES DES ARRANGEMENTS DE FINANCEMENT						
Mobilisation des ressources	<p>L'État, p. ex. les impôts généraux, les impôts affectés, les impôts sur l'alcool et le tabac, l'impôt sur les salaires pour les travailleurs du secteur formel ? Des sources privées, p. ex. les contributions des employeurs, les programmes subventionnés par les employeurs, les</p>					

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES		Arrangements de financement				
Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne.	Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)	[Régime d'assurance maladie sociale]	[Assurance commerciale privée]	[Assurance maladie communautaire]	[Autre]	
	cotisations des bénéficiaires ? Partage du coût par le bénéficiaire au point de fourniture des services ? Pourcentage relatif des services de santé dans le pays fournis par le programme ?					
Mise en commun des risques	Comment la mise en commun des risques est-elle structurée ? P. ex., existe-t-il un seul ou de multiples réservoirs de risques ?					
Performance	Quels sont les succès remportés et les obstacles rencontrés par ce programme en matière de contribution à la CMU ? Dans quelle mesure ce					

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES		Arrangements de financement				
<p>Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne.</p>	<p>Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)</p>	<p>[Régime d'assurance maladie sociale]</p>	<p>[Assurance commerciale privée]</p>	<p>[Assurance maladie communautaire]</p>	<p>[Autre]</p>	
	<p>programme est-il viable sur le plan financier actuellement ? Comment le programme contrôle-t-il les coûts (p. ex., tickets modérateurs, stratégies en matière de paiement des prestataires, p. ex., regroupement selon le diagnostic ou capitation, analyse de l'utilisation des services) ?</p>					
<p>Supervision institutionnelle</p>	<p>Quelle entité ou partie prenante/quel agent gère-t-il/supervise-t-il la collecte des revenus, la mise en commun des risques et les achats ? Existe-t-il un régulateur ?</p>					

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES		Arrangements de financement				
Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne.	Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)	[Régime d'assurance maladie sociale]	[Assurance commerciale privée]	[Assurance maladie communautaire]	[Autre]	
	Comment les fonctions sont-elles gérées ? Existe-t-il des points forts/faibles connus ?					
Achats – mécanismes de paiement des prestataires	Décrivez les mécanismes de paiement des prestataires pour les soins aux patients ambulatoires (y compris les soins préventifs et les interventions de promotion de la santé, et la PF ; les consultations ; diagnostics ; pharmacie). Décrivez les mécanismes de paiement des prestataires pour les soins aux patients hospitalisés. Existe-t-il des					

COUVERTURE DE LA POPULATION ET SERVICES		Arrangements de financement				
<p>Identifiez les principaux arrangements visant à réduire les barrières financières et accroître l'accès à plus de services de santé de qualité pour la population, quand le programme a commencé et quelles ont été les dates des principales réformes. Indiquez un seul programme par colonne.</p>	<p>Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)</p>	<p>[Régime d'assurance maladie sociale]</p>	<p>[Assurance commerciale privée]</p>	<p>[Assurance maladie communautaire]</p>	<p>[Autre]</p>	
						<p>paiements incitatifs aux prestataires et, dans l'affirmative, comment fonctionnent-ils ? P. ex., financement basé sur les résultats, programmes de bons de paiement</p>

Financial Equity

FINANCIAL EQUITY	Financement direct par l'État des établissements de santé (y compris les établissements publics et les établissements privés/confessionnels sous contrat)	[Régime d'assurance maladie sociale]	[Assurance commerciale privée]	[Assurance maladie communautaire]	[Autre]
Subventions pour les paiements anticipés	<ul style="list-style-type: none"> • Décrivez l'approche du programme de subventions pour les paiements anticipés (c. à d., primes/cotisations), le cas échéant. • Dans quelle mesure les subventions sont-elles conçues pour améliorer l'équité (c. à d., les pauvres reçoivent-ils une subvention plus importante que les non-pauvres) ? • Donnez des informations spécifiques sur toutes les particularités des subventions attribuées aux pauvres et aux personnes vulnérables, aux non-pauvres du secteur informel et à ceux du secteur formel. 				
Protection financière au point de traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'exposition générale des utilisateurs des services de santé aux paiements à la charge des usagers dans le cadre de ce système ? • Décrivez les mécanismes de protection financière couvrant les ménages dans le cadre de ce 				

	<p>ystème (p. ex., exonérations des frais à la charge des usagers, bons de paiement pour certains services, limites quant au partage des coûts, etc.) Comment sont-ils ciblés, s'ils le sont vraiment ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Les ménages doivent-ils payer des frais à la charge de l'utilisateur pour recevoir des prestations de planification familiale ?					
--	---	--	--	--	--	--

ANNEXE C: INTERVENANTS CLÉS

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Bénin	Dr Toukourou Tidjani	Présidente de la Plateforme du secteur sanitaire privé (PSSP)	01 BP5355 Cotonou	229 65 01 40 05	229 95 33 85 20/95 95 20 66	tidjkr@yahoo.fr	Oui
Bénin	Dr Dossou Gbete Lucien	Vice Président PSSP ex Président de l'Association des cliniques privées du Bénin DG clinique Louis Pasteur Cotonou	01 BP5355 Cotonou	229 65 01 40 05	229 95 96 38 32	lucierendgl@gmail.com	Oui
Bénin	Gainsi Epiphane	PSSP	01 BP5355 Cotonou	229 65 01 40 05	229 97 60 99 49	codgan9124@yahoo.fr	No
Bénin	Mr Hugues B, M, Tchibozo	Directeur Général adjoint de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)	06 bp 3960 Cotonou	22997 60 11 01	229 95 45 41 25	htcourrier@yahoo.fr	Oui
Bénin	Christian Marcel Lodjou	Directeur des Partenariats Stratégiques, de la communication et de la Mobilisation des Ressources de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)	03 BP 3245 Bénin		229 97 98 24 73	lodjou_christian@yahoo.fr	No

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Bénin	Dr Serge F, Hazoume	médecin conseil NSIA Assurances	08 BP 0258 TripostalCotonou	229 21 36 54 04		hazoumeserge@yahoo,fr	Oui
Bénin	Mr Koto - Yérima Aboubakar	Président du Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles de Santé (CONSAMUS)	03 BP 1151 Cotonou	229 97 84 86 47	229 95 84 37 58	kotoyerimaa@yahoo,fr	Oui
Bénin	Dr A hounou D, Gaston	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant - Chef Division Planification Familiale et Santé des Adolescents et des Jeunes-Ministère de la Santé		229 21 33 20 21	229 97 27 99 57	ahoudes2001@yahoo,fr	Oui
Bénin	Justin Sossou	Secrétaire Général Adjoint du Ministère de la Santé			229 95 38 21 31/97193780	adanjus2014@gmail,com	Non
Bénin	Léandre Hounhoui	Chef Division Etudes Point Focal Comptes Nationaux de la Santé: Direction de la Programmation et de la Prospective - DPP- Ministère de la Santé			229 96 48 57 04	leandrehouhoui@yahoo,fr	Oui
Bénin	Mr Adam Tairou Yafradou	Directecteur Général des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale - Ministère de la Famille			229 67 00 96 47	yafradou@yahoo,fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Bénin	Mr Eustase Zounghan Cyrille	Chef adjoint de la Cellule Suivi Evaluation de la DPP- Ministère de la Santé			229 959576 97	eustcz2002@yahoo.fr	Oui
Bénin	Mr Nicolas Ayedayo	Chef de Service Bureau Budget et Comptabilité - Direction des Ressources Financières et Matériel (DRFM) Ministère de la Santé-			229 97 11 27 88	niadjidayo@yahoo.fr	Oui
Bénin	Mr Armand Yahounou	Secrétaire Général Association des Assureurs Privés (SIG)			229 97 47 20 75/ 95 95 15 12	armandyeh68@yahoo.fr	Non
Bénin	Pascal Soglohoun	EX HFG projet USAID ANCRE			229 97 49 12 70	psoglohoun@gmail.com	Non
Burkina Faso	Dr DIPAMA S. Sylvain	Directeur Général des études et des statistiques sectorielles, Ministère de la Santé		+226 70 25 78 14		dipamas@yahoo.fr	
Burkina Faso	Dr SANON Théophile	Directeur de la prospective et de la planification opérationnelle				theosan26@yahoo.fr	
Cameroun	Mr Djouldé Maina	Chef Division Coopération	Ministère de la Santé			mainadjoulde@yahoo.fr	Non
Cameroun	Dr CHEUMAGA	Directeur de la Promotion de la Santé	Ministère de la Santé		675 37 51 97		Non

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Cameroun	Dr Fezeu Maurice	Chef de la Cellule des Informations Sanitaires	Ministère de la Santé		695 11 08 52	mauricefe@yahoo.fr	
Cameroun	Mme DJUKAM Germique Epouse BOUBA	Directrice de la Sécurité Sociale	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale		696 87 24 29	germiqueb@yahoo.fr	Non
Cameroun	Dramane Batchabi	Protection Sociale	Bureau International du Travail/Cameroun		655 35 00 58	batchabi@ilo.org	Non
Cameroun	Mr Gaston DE FOIX EVINA	Chef Cellule Promotion de la Mutualité	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale		696 60 05 83	gastondefoix2@yahoo.fr	Non
Cameroun	Dr MATEZOU Jacqueline	Coordinateur Secrétariat Technique du Comité de pilotage et de Suivi de la Mise en Oeuvre de la Politique Sectorielle de santé	Ministère de la Santé		696 12 13 12	jumaz6@yahoo.com	Non
Cameroun	Dr OKALA	Coordinateur de l'Unité de Coordination du Programme Conjoint Minsanté KfW/AFD	Ministère de la Santé		656 40 25 05	perspectivesante2012@gmail.com	Oui
Cameroun	Mr Enandjoum BWANGA	Coordinateur National du Projet d'Appui aux Investissements du Secteur Santé (PAIS)	Ministère de la Santé		699 90 41 31	enandjoumbwanga@yahoo.fr	Oui
Cameroun	Mr NGUE David Emmanuel	Directeur Technique Adjoint	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)	22 23 40 11	677 61 26 84	emmanuel.ngue@cnps.cm	Non

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Cameroun	Mr OTOU Yves Lucien	Chargé d'Etudes et Assistant	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)	22 23 40 11	699 77 20 43	yesotou@gmail.com	Non
Cameroun	Mr Hozier NANA	Secrétaire Général	Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement (SAILD)		99 93 17 81	hozier.nana@saild.org	Oui
Cameroun	Bernard Onambélé	Service Clientèle	Contrat sous gestion ASCOMA Cameroun 445, Bd du Gal de Gaulle	21 21 30 55		bernardonambele@yahoo.fr	Oui
Guinée	Dr Mohamed Faza DIALLO	Chef Service Formation et Perfectionnement	Ministère de la Santé				Non
Guinée	Dr Yéro Boye CAMARA	Directeur Adjoint, Bureau de Stratégies et du Développement	Ministère de la Santé		655 98 16 34	yeroboye@yahoo.fr	Non
Guinée	Mme Aissatou Noumou BARRY	Secrétaire Générale	DYNAM		657 97 04 15	aissatousidy@yahoo.fr	Oui
Guinée	Dr Madina RACHID	Chef de Division SR	Ministère de la Santé		664 25 64 70	mdinakebe@gmail.com	Oui
Guinée	Mohamed P. SAGNO	Directeur Santé	UGAR - Activa		656 96 00 16	smohamedpeyrenamu@ugar-activa.com	Oui
Guinée	Dr Fodé Momo Cissé	Directeur des Ressources Humaines	Caisse Nationale de Sécurité Sociale		664 58 71 12	cisefodemomo@yahoo.fr	Non
Guinée	Mr Haba Jules	Chef Section Frais Médicaux et Pharmaceutiques	Caisse Nationale de Sécurité Sociale		622 59 45 26	cisefodemomo@yahoo.fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Guinée	Mr Moussa TRAORE	Directeur National de l'Action Sociale	Ministère de l'Action Sociale de la Promotion Féminine et de l'Enfance		621 54 70 56	traore592003@yahoo.fr	Non
Guinée	Dr Mamady KOUROUMA	Directeur National de la Santé familiale et de Nutrition	Ministère de la Santé		664 39 58 97	mamadykourouma@yahoo.fr	Non
Guinée	Dr Yolande	Chef d'Equipe Santé	USAID/Guinée		664 23 36 61		Non
Guinée	Dr ADZODO Mawuli	Expert Sénior Systèmes de santé	OMS Guinée		621 84 57 37	adzodom@who.int	Non
Guinée	Dr Sékou CONDE	Directeur National des Etablissements Hospitaliers et de Soins	Ministère de la Santé		621 17 55 32	sekou53conde@gmail.com	Non
Mali	Dr Salif Samake	Conseiller Technique Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	76,111,606	76111606		Non
Mali	Mme Koné Sissi Odile Dakouo	Directrice Adjointe de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire	Direction de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire	20237583	76111606	minjul2@yahoo.fr	Non
Mali	Mamadou S. Ballo	Coordonnateur Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	20733126	76450543	balloomb@yahoo.fr	Non
Mali	Sékou Oumar Tangara	Directeur de Production	Assurances Lafia, Hamdallaye ACI 2000	20,290,940		sekou.oumar@yahoo.fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Mali	Mme Fadima I. Maiga	Assistante au Service Commercial	Assurances Lafia, Hamdallaye ACI 2000	2029040	66735328	zelpdgp@yahoo.fr	Non
Mali	Saleck Ould DAH	Advocacy & Campaign Advisor	Save The Children, Hamdallaye ACI	20296135	96482572	saleck.dah@savethechildren.org	Oui
Mali	Mountaga Bouaré	Directeur	Cellule de Planification et de Statistiques SS - DS - PF	20733139	66720578	pa27mountag12deboré@yahoo.fr	
Mali	Ankoundio Luc Togo	Directeur Général	CANAM, Bamako, Mali	44901987	66135555	togoluc52@yahoo.fr	Oui
Mali	Issa Bengaly	1er Secrétaire Administratif	Union Nationale de Travailleurs du Mali, Boulevard de l'Indépendance, Bamako	20222031		isbengaly@yahoo.fr	Non
Mali	Issa Sissouma	Directeur Général	Union Technique de la Mutualité Malienne, Médina Coura, Rue 32, Bamako	20213349	66751650	sissoumaissa@yahoo.fr	Oui
Mali	Dr Marguerite Demblé Coulibaly	Chef Division santé de la Reproduction	Direction Nationale de la Santé, Bamako		666031245		Non
Niger	Mr Galadima Abdoul. Karim Souley	DRFM/Directeur des Ressources Financières et Matériels/ Direction Générale des Ressources/M.S.	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	227 96 97 81 52/227 90 40 87 64	souleygala@yahoo.fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Niger	Mr Djibo Garba	directeur des Etudes et de la Programmation (DEP)/M,de la Santé	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	96507078	djibogarba@yahoo.fr	Oui
Niger	Mme Ocquet Sakina	chef Division Etudes et Recherches/ DEP	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	96 29 05 33	sakinahabou@yahoo.fr	Oui
Niger	mme Djibo Halima	Division Finances	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	90 33 73 53	halimatoudjibo@yahoo.fr	Oui
Niger	Brem Adisa Laoian	chargé de planification suivi évaluation	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	96960591	tchouchoumdiz@yahoo.fr	Oui
Niger	Dr Adama Kemou	Directrice de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME)	96 96 05 91	227 20 72 47 26	90 38 23 55/98 07 69 31	kemou_adama@yahoo.fr	Oui
Niger	Aladji Abaché Chaibou	chef Division Finances /DSMI	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	96091210	abach71@yahoo.fr	Oui
Niger	Zackor Arona	Chef Division PF/DSMI	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	96282970	razackhe@gmail.com	
Niger	Dr Souley Arzik	chef Division secteur privé au M. de la santé	BP 623 NIAMEY	227 20 72 47 26	96210006/915855 15	souleyarzik@yahoo.fr	Oui
Niger	Dr Dansono	président de l'association des médecins privés du Niger- ex syndicat santé			93 92 97 74	dansonoa@gmail.com	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Niger	Mme Koffi Mariama	ministère de la population de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant/ interim directeur de la solidarité nationale chef division protection famille				Mariama.cofi@yahoo.fr	Oui
Niger	mme djibrilou Bintou	directrice de la solidarité nationale				bintoumary@yahoo.fr	Non
Niger	Mr Balo Mamadou Djibril	Secrétaire Exécutif Comité des Assureurs du Niger		BP 10934	227 20737731/20737730 96888123/94679745 /93347362/9010535 2		Oui
Niger	Dr Moussa Fatimata	DG Agence nigérienne pour la mutualité sociale (ANMS)	BP 12905	Fixe bureau : 20351335	90357399/969724 35	Moussafatimata3@gmail.com	Oui
Niger	DOUNAMA Abdou	DG du Travail			96299592	dounamaa@yahoo.fr	Oui
Niger	IDRISSA Boubacar	Chef Division Ministere du Travail				Idrissaboubacar14@yahoo.fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Niger	Mr El Hadji Idé Djermakoye	Représentant de l'Afrique de l'Ouest francophone de la Plateforme Africaine pour la Protection Sociale (APSP) et Coordonnateur National de la Plateforme des OSC pour la Protection Sociale au NIGER (PROTECSO)	BP 54305-00200	227 2035 11 05	91 18 70 01	protecsoniger@yahoo.fr	Oui
Niger	Mr Abdourahmane Salifou	Conseiller Technique Ministère de la Santé	BP 623 NIAMEY		96997363/926123 00	salifou_abdrmane@yahoo.fr	Non
Niger	Ada Kassoum	Directeur Mutualité Sociale/Ministere Travail			96 89 73 58/96 87 01 48		
Niger	Noufou Insa	coordonnateur CAPED			97 57 99 99	abaryl@yahoo.fr	Non
Niger	Samaila Mamadou	SG ROASSN			96 87 31 14	ondphid@yahoo.FR	Non
Niger	DR HASSAN SANDA MAIGA	conseiller principal PM chef departement santé publique population et assistance humanitaire			98 94 80 20/ 93 94 80 20	hsmaiga@yahoo.com	Oui
Sénégal	Mr Cheikh Ibra Fall	Président Association des IPM	Km 3,5 Bd du Centenaire de la Commune de Dakar	33 832 29 17	77 638 85 65	fallibra@orange.sn	Oui
Sénégal	Mr Abdou Diagne	Directeur Transvie	3063 HLM Angle Mousse, Dakar	33 824 33 44	77 644 72 08	diagne.abdou@transvie.sn	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Sénégal	Mme Seck Marie Rose	Responsable Bourses de Sécurité Familiale et Cartes d'égalité de chance	Agence de la Couverture Maladie Universelle		77 871 76 24	malilce70@yahoo.fr	No
Sénégal	Mr El Hadj Abdou Aziz Fall	Directeur PMAS	Immeuble FT n°27731 Cité Sud Foire	33 867 38 30	774,060,022	pmassenegal@orange.sn	Oui
Sénégal	Dr. Ndiambé Diagne	Responsable Assistance médicale Mère et Enfant/ACMU	Agence de la Couverture Maladie Universelle		77 630 13 31	ndiague@yahoo.fr	Non
Sénégal	Ndèye Sophiétou Guèye	Responsable Suivi des Mutuelles de santé	Agence de la Couverture Maladie Universelle		77 650 88 49	gsophietou@hotmail.com	Non
Sénégal	Oumar SY	Alliance Secteur privé de la Santé	Dakar Plateau		77 633 38 03	asps2014@hotmail.com	Non
Sénégal	Mme Mbaye Rokhaya Badiane	Division Promotion des Mutuelles de santé	Agence de la Couverture Maladie Universelle		77 631 39 71	khayambaye@yahoo.fr	Non
Sénégal	Francois P. Diop	Chef d'Equipe R2S	Sacré Cœur 2, Dakar		77 559 14 86	francois.diop@abtsn.com	Non
Sénégal	Dr Ousseynou Diop	Responsable Couverture Maladie Universelle	Direction Générale de la Protection Sociale et de la Solidarité Nationale		77 640 68 00		Non
Sénégal	Mamadou Lamine Faty	Directeur de la Promotion et de la Protection des Personnes Handicapées	Direction générale de l'Action Sociale		77 558 02 75	mlfaty70@yahoo.fr	Non
Sénégal	Mr Mamadou Ousmane Sall	Président Union départementale de MS de Mbour	Mbour Sénégal		77 555 60 07	mamadouousmanesall@yahoo.fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Sénégal	Cheikh A. Mbengue	Directeur Général Agence de la Couverture Maladie Universelle	Ngor Almadies, Dakar		77 444 77 10	chieikh.mbengue@gmail.com	Non
Sénégal	Demba Mame Ndiaye	Président de l'Union Nationale des Mutuelles de santé Communautaires	Diourbel				Oui
Sénégal	Dr Aboubackry Fall	Directeur Assurance Maladie/ACMU	Agence de la Couverture Maladie Universelle		77 659 26 55	guelewy@gmail.com	Non
Togo	Bignandi Palakimyé	Directeur Général de la Protection Sociale - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale	BP 350	228/22212947/222 13260	222/998633923	adwinga@inam.tg	Oui
Togo	Winga Dissaliba	Directeur de la Gestion des Bénéficiaires INAM	INAM BP 01 BP 11 Angle rue Kame Avenue de la Libération	228/22214799	228/99863923	dwinga@inam.org	Oui
Togo	Ngani Simtokina	Chargé de la planification et assurances qualité des services SMI/PF- Point focal national du Partenariat de Ouagadougou- Direction de la SML/PF/M,Santé			90109938	simtokina@yahoo.fr ngani001@yahoo.fr	Oui
Togo	Dr Baba Amivi Aféfa	Directeur des Etablissements de santé			99460173/992427 72	batchabi@yahoo.fr	Oui

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Togo	Désiré Bakuba	Direction Planification			228/99969476	danakusa@yahoo.fr	Non
Togo	Mme Abiliabu	chef Division finances et budget			90123266	clarisse@yahoo.fr	Non
Togo	dr Wotobe Kokou	Chef Division Programmation coopération -Direction Générale des Etudes Planification et SIS			228/90304310/994 75671	wotobemarin@yahoo.fr	Oui
Togo	Prosper Bomboma Laré Namiyete	Gestionnaire des services de santé Direction Planification			228 90098336/ 98429706	prosper960@yahoo.fr	Non
Togo	DR Moise Fiadjoe	Fédération Plateforme du secteur privé			228/90042848	mfiadjoel@gmail.com	Oui
Togo	Dr Claude Bakoyima K, Bérédéma	Secrétaire Général Permanent du Comité des Assurances du Togo	7, BD de la Paix 01 BP 2689	228/22217092	228/98402174	tgocartebrune@cartebrune.org bakclaude18@yahoo.fr claude.bakayima@ca-togo.org	Oui
Togo	Dr Kpeto Koundé Innocent	Présidente Plateforme secteur privé de santé		228/22613525 ou 228/22356276	228/90011119/990 87448	ikpeto@gmail.com	Oui
Togo	Mr Komlavi Gonçalves	Vice-Président Plateforme secteur privé de santé		228/99467769	22899467769	tontonmaxi@yahoo.fr	Oui
Togo	Mme Ghislaine Saizonou	Assurance santé			99 96 94 76	bromghis@yahoo.fr	Non

Pays	Nom	Titre	Adresse du bureau	Numéro téléphone du bureau	Portable	Adresse(s) email	Interviewé
Togo	mr Sanunu Yaya	Secrétaire Permanent Cadre National de Concertation des Mutuelles de santé (CNCMUT)	Quartier Djidjolé rue 137 3 ième arrondissement immeuble 142	228/22338449/ 228 22502414	228/93029032/991 50248	sanunu2003@yahoo.fr	Oui



Abt Associates
4550 Montgomery Avenue
Suite 800 North
Bethesda, MD 20814
www.abtassociates.com