

Enjeux du financement de la santé au Sénégal : état de la littérature scientifique par la méthode de la scoping review

Health financing issues in Senegal: a review of the scientific literature using the scoping review method

Mouhamed SAMBA, (PhD)

*UFR Sciences économiques et sociales
Université Iba Der Thiam de Thiès, Sénégal*

Ibrahima THIAM, (Professeur)

*UFR Sciences économiques et sociales
Université Iba Der Thiam de Thiès, Sénégal*

Mohamet Lamine Dethie SARR, (Statisticien- Data and Information Management Officer)

WHO AFRO Dakar Emergency Hub

Adresse de correspondance :	UFR Sciences Economiques et Sociales Université Iba Der Thiam Sénégal (Thiès) BP : A967 Thiès
Déclaration de divulgation :	Les auteurs déclarent n'avoir connaissance d'aucun financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude et ils sont responsables de tout plagiat dans cet article.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	SAMBA, M., THIAM, I., & SARR, M. L. D. (2024). Enjeux du financement de la santé au Sénégal : état de la littérature scientifique par la méthode de la scoping review. <i>International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics</i> , 5(4), 327-340. https://doi.org/10.5281/zenodo.10939316
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

Received: February 22, 2024

Accepted: April 12, 2024

International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - IJAFAME

ISSN: 2658-8455

Volume 5, Issue 4 (2024)

Enjeux du financement de la santé au Sénégal : état de la littérature scientifique par la méthode de la scoping review

Résumé :

Depuis plus de deux décennies, les pouvoirs publics sénégalais multiplient les initiatives nationales pour fournir des soins aux populations et garantir leur protection face aux dépenses de santé appauvrissantes. L'adoption de la couverture santé universelle comme référentiel de politique sanitaire mondiale a provoqué une volonté politique pour accélérer les progrès vers l'atteinte de cet objectif. Idéalement, la prise de décision politique de même que la mise en œuvre des mesures doivent être basées sur des preuves scientifiques. L'objectif de cet article est d'appréhender les questions traitées sur la problématique du financement de la santé et des objectifs de la CSU au Sénégal à l'aune de la littérature scientifique existante. En utilisant la méthode de la scoping review proposée par Arskey, H et O'Malley, L (2005), 286 références ont été obtenues. Après évaluation selon les critères d'inclusion, 30 articles ont été retenus et analysés. Les analyses ont été effectuées suivant trois thématiques : les différentes dimensions de la fonction de financement (mobilisation des ressources, mise en commun, droit à la prestation et mécanismes de paiement des prestataires), les objectifs intermédiaires (équité dans la distribution des ressources, efficacité, transparence et redevabilité) et les objectifs finaux (équité dans l'utilisation des services, qualité des soins et protection financière universelle) de la CSU. Le cadre d'analyse est celui proposé par Kutzin et Mc Intyre (2016) qui décrit les influences potentielles des fonctions du financement de la santé sur les objectifs intermédiaires et finaux de la CSU. Cette étude montre que le traitement de la problématique du financement de la santé s'est restreint à la dimension de la mobilisation des ressources au détriment de la mise en commun de ces ressources et de l'achat des prestations. La faible prise en compte (ou l'absence) de certains objectifs intermédiaires ou finaux aujourd'hui observée dans la littérature constitue un manquement notable, alors que la production de bases probantes est essentielle à la prise de décision en vue de la progression vers la CSU au Sénégal.

Mots clés : financement, couverture santé universelle, scoping review, Sénégal.

JEL Classification : I10

Type du papier : Recherche Théorique

Abstract:

For the past two decades, Senegalese public authorities have been stepping up initiatives to provide quality healthcare to the population, while guaranteeing their financial protection against impoverishing health expenditures. This political will has led to the adoption of universal health coverage (UHC) as the benchmark for health policy. Ideally, policy decisions and their implementation should be evidence-based.

The aim of this article is to provide a review of the issues surrounding health financing and the objectives of UHC in Senegal, based on existing scientific literature. Using the scoping review method proposed by Arskey, H and O'Malley, L (2005), 286 references were obtained. After evaluation according to the inclusion criteria, 30 articles were retained and analyzed. Analyses were performed according to three themes: dimensions of the financing function (resource mobilization, pooling, entitlement, and provider payment mechanisms), intermediate objectives (equity in resource distribution, efficiency, transparency, and accountability) and final goals (equity in service utilization, quality of care and universal financial protection) of UHC.

Results show that the treatment of health financing issues has been limited to resources mobilization, to the detriment of pooling resources and services purchasing. The fact that some objectives, whether intermediates or finals, are under considered in the literature points to the existence of a gap. The production of scientific evidence needed to support decision-making must consider the established literature gap, for progress towards UHC in Senegal.

Keywords : financing, universal health coverage, scoping review, Senegal

Classification JEL: I10

Paper type: Theoretical Research

1. Introduction

La couverture santé universelle (CSU) constitue, depuis plusieurs années déjà, le référentiel mondial guidant les politiques de santé actuelles vers la réalisation du droit fondamental à la santé. L'objectif de CSU consiste à permettre à toutes les personnes et toutes les communautés de bénéficier des services de santé de qualité dont elles ont besoin, sans risque financier associé aux dépenses de santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2010).

Au Sénégal, la politique de CSU est déclinée à travers l'extension et l'intensification de l'offre de soins d'une part, et, à travers l'extension de la protection financière par la mise en œuvre du programme de la Couverture Maladie Universelle (CMU) d'autre part (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2019). Celle-ci devrait améliorer la protection financière par : (i) la réforme de l'assurance santé obligatoire pour les employés du secteur formel ; (ii) le développement de la protection financière de base à travers le régime de l'assurance santé à base communautaire ; et (iii) le renforcement et la rationalisation des initiatives de gratuité (Daff et al., 2020). Le programme de la CMU a fait l'objet d'une forte volonté politique avec son lancement en 2013, venant consolider les initiatives existantes. Le Plan SESAME a, quant à lui, été lancé en 2006 pour permettre aux personnes âgées de plus de 60 ans et qui ne sont pas pris en charge par le régime des retraites de la fonction publique à travers le Fonds National de Retraite (FNR) et du secteur privé formel à travers l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) de bénéficier des soins.

Aussi, la santé maternelle et infantile étant au cœur des préoccupations de l'agenda sanitaire mondial, les pouvoirs publics ont procédé à la gratuité de la césarienne et des soins pour les enfants de moins de cinq ans. Par ailleurs pour étendre la couverture du risque maladie aux employés du secteur informel et des populations vivant en milieu, la stratégie est basée sur l'adhésion aux mutuelles de santé selon le rythme de la communalisation intégrale. Ces initiatives répondent aux exigences du référentiel en termes de politique économique et social du Sénégal qu'est le Plan Sénégal Emergent et particulièrement en son axe 2 : « Capital humain, protection sociale et développement durable ». En outre, le gouvernement est signataire de la déclaration d'Abuja (2001) sur la mobilisation des ressources, de la déclaration de Tunis (2012) sur l'optimisation des ressources et de tous les autres sommets dédiés à la santé et plus particulièrement à son financement. La multiplication de ces initiatives de protection des populations contre le risque maladie a comme résultante une fragmentation des mécanismes de financement. Ceci a pour conséquences des défis liés à la mise en commun des ressources - avec l'existence de plusieurs *pools qui gèrent leurs ressources*- et par glissement des défis sur l'achat des soins.

Pour faire face à ces défis de financement, les pouvoirs publics sénégalais se sont dotés d'une stratégie nationale de financement de la santé pour jeter les bases d'une réforme du financement de la santé (SNFS). Elle comprend quatre orientations stratégiques : l'amélioration de la disponibilité en services de santé de qualité, l'extension de la protection contre les risques liés à la maladie, le renforcement des interventions multisectorielles à haut impact sur la santé, la mobilisation accrue des ressources financières pour tendre vers la CSU. En phase avec cette dernière orientation, la première ligne d'action a trait à une utilisation efficace, des ressources disponibles (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2017)

Dans l'idéal, les choix politiques qui permettent d'atteindre les objectifs d'une politique publique en général et de la CSU en particulier devrait s'appuyer sur des bases factuelles et sur un état des connaissances (Nutley et al., 2009). Dans cet article, l'objectif est de fournir un inventaire des questions traitées sur la problématique du financement de la santé et des objectifs de la CSU au Sénégal à l'aune de la littérature scientifique existante. Cette étude se concentre

ainsi sur les recherches qui ont fait l'objet d'une évaluation par les pairs et publiées dans une revue à comité de lecture.

Le cadre conceptuel utilisé pour mener cette recherche est celui développé par Kutzin et McIntyre (2016). Il s'agit d'un guide sur le financement de la santé nommé « *Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale* ». Ce cadre a pour objet de fournir des éléments d'orientation en vue d'une analyse situationnelle concernant le système de financement de la santé sur le plan national et d'évaluer le système actuel dans l'optique de l'instauration de la CSU (McIntyre et Kutzin, 2016). La modélisation décrit les influences potentielles des sous-fonctions du financement (mobilisation des ressources, mise en commun, droit à la prestation et mécanismes de paiement des prestataires) sur les objectifs intermédiaires (équité dans la distribution des ressources, efficacité, transparence et redevabilité) et finaux de la CSU (équité dans l'utilisation des services, qualité des soins et protection financière universelle). Cette analyse constitue aujourd'hui une étape essentielle afin de disposer d'un état des lieux des connaissances ; et dès lors, guider la prise d'actions au plus près des preuves.

Ainsi, nous nous posons la question de savoir : *qu'est-ce qui est connu dans la littérature scientifique sur le financement de la santé au Sénégal au regard de ses quatre sous fonctions (collecte, mise en commun, le paquet de bénéficiaires et les mécanismes de paiements des prestataires) et des objectifs poursuivis en termes de couverture santé universelle ?* Après avoir exposé la méthodologie adoptée dans cette recension, nous allons en exposer les résultats et les discuter.

2. Méthodologie

L'objectif de cette revue étant de faire la synthèse des connaissances produites dans le domaine du financement de la santé au Sénégal, la méthode retenue est une « *scoping review* ». Elle suit une approche similaire à une revue systématique, mais s'en différencie toutefois en ce sens qu'elle cherche à déterminer quelle littérature existe sur un sujet donné et à identifier les manquements (Arksey et O'Malley, 2005; Bassi et Lau, 2013).

Cette *scoping review* a été conduite suivant la méthodologie proposée par Arksey et O'Malley (2005). La méthode se révèle utile pour déterminer la mesure, le caractère ou la nature d'un objet de recherche, identifier la pertinence de réaliser une revue systématique, diffuser des résultats de recherche ciblés et repérer les lacunes d'une littérature de recherche. Elle consiste en une synthèse de divers résultats obtenus sur un sujet donné. Les résultats ne font pas l'objet d'une modification, ils sont pris comme tels et servent à une synthèse narrative. La méthode comprend 5 étapes :

- Identifier la question de recherche
- Identification des études pertinentes
- Sélection des études
- Tracer le graphique des données
- Rassembler, résumer et communiquer les résultats

Après la détermination de la question de recherche, l'identification et la sélection, des études pertinentes à inclure dans l'analyse ont été effectuées de manière indépendante par les auteurs. Par la suite, nous avons stabilisé le dispatching des articles dans les différentes thématiques retenues dans les analyses.

La syntaxe ci-après a été utilisée pour effectuer la recherche documentaire : (“Senegal” Or “Sénégal”) AND (“health” OR “health care” OR “healthcare” OR “health system” OR “santé” OR “sanitaire” OR “système de soins” OR “système de santé” OR “soins de santé”) AND (financ* OR fund* OR budget* OR paymen* OR expenditure* OR “spending” OR subsid* OR “paiement” OR “subvention” OR “dépense” OR “budget*”) AND (“social health insurance” OR “health insurance”

OR “ mutuelle de santé” OR “assurance santé à base communautaire” OR “Community based health insurance” OR “pooling” OR “mise en commun” OR “partage de risque”) AND (“achat”OR purchasing AND (efficiency OR efficience AND (equity OR équité).

La recherche s’est effectuée sur les bases de données électroniques suivantes : PUBmed, BDSF, Ajol, Scopus, EconPapers. Seule la littérature scientifique a été explorée dans le cadre de cette *scoping review*. La non-prise en compte de la littérature grise s’explique par la volonté de s’appuyer sur une littérature évaluée par les pairs. Par ailleurs, des références supplémentaires pertinentes ont également été recherchées en consultant la bibliographie des études incluses. Le Tableau 1 présente les critères d’inclusion de l’étude.

Tableau 1 : Critères d'inclusion dans la scoping review

Critères	Inclusion
Période couverte	Janvier 1998 – décembre 2017
Langue	Anglais ou français
Contenu	Traite du Sénégal
Contenu	Traite principalement du financement de la santé
Contenu	Traite de l’un des objectifs finaux de la CSU
Contenu	Traite de l’un des objectifs intermédiaires de la CSU
Publication	Revue par les pairs
Disponibilité	Texte intégral disponible (Open Access)

Source : Auteurs

3. Résultats

Au total, 286 articles ont été obtenus à partir de la recherche sur les bases de données citées plus haut. Après avoir éliminé les doublons (15), 216 articles ont été rejetés sur la base du titre/résumé ; n’ayant pas rempli l’ensemble des critères d’inclusion. 38 documents ne répondaient pas aux critères de qualité (revue à comité de lecture) et étaient soit des livres ou des chapitres de livres ou des rapports.

La recherche sur les références bibliographiques a permis d’obtenir 11 articles respectant les critères d’inclusion. La recherche manuelle a aussi permis d’obtenir deux références supplémentaires. Finalement, 30 articles ont été retenus pour inclusion. Le figure 1 donne un aperçu des articles retenus pour l’analyse exploratoire de la littérature.

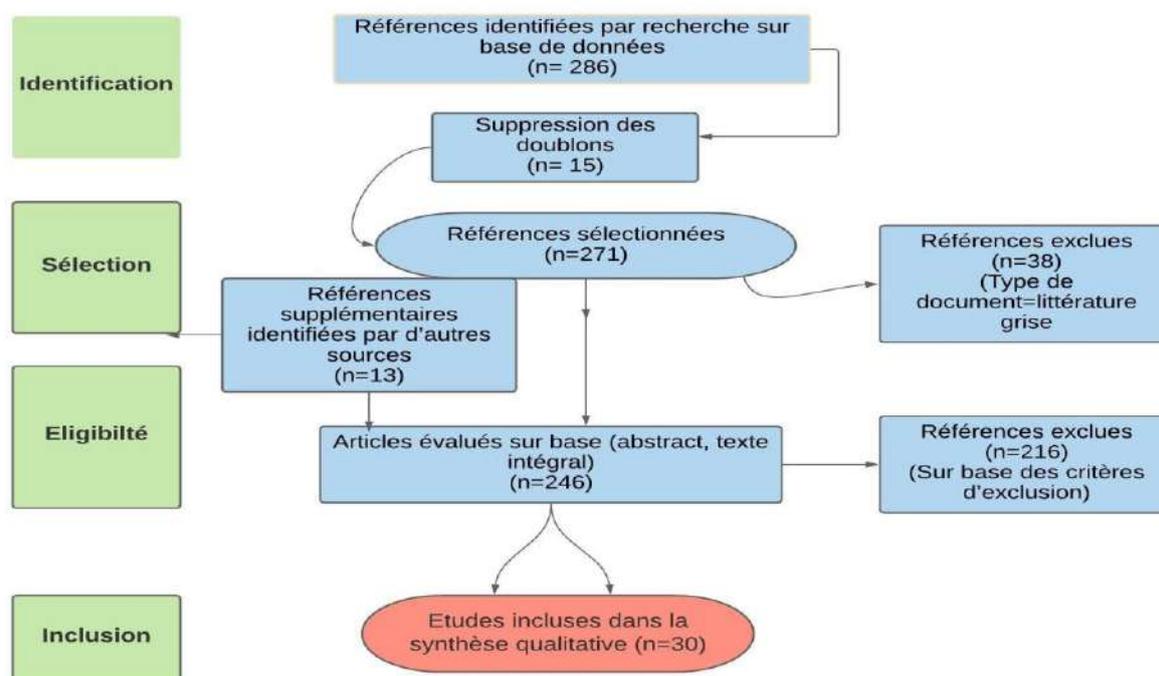
En résumé, les 30 articles retenus sont répartis comme suit :

- **Financement de la santé** : 8 articles ont traité de la mobilisation des ressources
- **Objectifs intermédiaires de la CSU** : 3 articles ont traité de l’efficience
- **Objectif final de la CSU** : 20 articles ont traité de la protection financière et 3 ont traité de l’équité dans l’utilisation des soins.

Le tableau 2 en annexe de ce document donne en détail les articles retenus dans cette étude. La somme des articles répartis entre les différentes thématiques dépasse 30. Ceci est dû au fait que des articles ont traité à la fois deux dimensions. Nous discuterons plus amplement de ce point dans la section dédiée à la discussion des résultats.

En outre, il est à noter qu’il arrive qu’un article traite de plus d’une dimension. Sur la base de ceci, nous avons effectué une analyse thématique sur les trois objets suivants : le financement de la santé, les objectifs intermédiaires de la CSU et les objectifs ultimes de la CSU.

Figure 1 : Diagramme PRISMA de l'étude



Source : Auteurs

3.1 Ce que l'on sait de la mobilisation des ressources

Parmi les sous-fonctions du financement, la seule fonction qui a fait l'objet d'études est la mobilisation des ressources. Les questions traitées sont relatives à la problématique des paiements directs et plus souvent du prépaiement. En résumé, deux thématiques ont été abordées durant ces deux dernières décennies dans la littérature scientifique : (i) l'extension de l'assurance maladie et plus largement sur son volet communautaire avec des approches variées. (ii) les déterminants de l'adhésion, de la rétention ou parfois du faible niveau de couverture.

Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé comme angle privilégié

Sur les 8 articles qui ont traité de la fonction de mobilisation des ressources, 4 ont porté sur l'analyse des déterminants de l'adhésion ou de la rétention des adhérents à une mutuelle de santé, de même que sur la faiblesse du taux de couverture. Il en ressort qu'au-delà des caractéristiques socioéconomiques et démographiques (revenu, religion, niveau d'instruction, âge, sexe) le capital social, l'expérience mutualiste, la qualité des services proposés sont pris en compte comme facteurs déterminants l'enrôlement dans une mutuelle de santé (Faye et al., 2011 ; Seck et al., 2017; Jutting, 2004 ; Mladovsky et al., 2014 ; Mladovsky et al., 2015). Une autre étude sur les préférences des consommateurs quant à la progression de la CSU à travers les mutuelles de santé a intégré comme facteurs explicatifs de l'enrôlement : l'unité d'adhésion, le contenu du paquet de bénéfices, le montant et les modalités de paiement, les conventions signées avec les structures de santé, la gouvernance de la mutuelle de santé (Sagna et al., 2016).

Les barrières à l'extension de la couverture du risque maladie explorées

Par ailleurs, les obstacles liés au processus d'extension de l'assurance maladie ont été abordés dans la littérature. Malgré le potentiel des mutuelles à contribuer à l'extension de l'assurance maladie (Boidin, 2015) et à l'accès aux soins, celles-ci doivent être analysées dans une approche systémique transversale et non prises dans une cloison. L'auteur estime que leur faiblesse est un frein au rôle qu'il doit jouer dans cette extension. Dans une étude, le faible taux de couverture est la résultante des difficultés de coordination, celles-ci proviennent d'une différence de vision entre acteurs et de l'existence d'une hiérarchie entre eux, qui aboutit à des

différences de poids et de légitimité au sein du processus de décision des politiques de santé du Sénégal (Alenda, 2017).

Les auteurs estiment que la politique d'extension de l'assurance maladie a été effectuée sans une réflexion suffisante sur un projet d'ensemble de politique de santé qui inclurait des considérations relatives aux groupes prioritaires, à la solidarité territoriale ou encore à la soutenabilité du financement sur le long terme. De plus il a été abordé la question des limites inhérentes aux mutuelles de santé au Sénégal. Il s'agit en particulier de la fragilité financière, les limites institutionnelles (organisationnelles, le manque de coordination des acteurs, conçus comme étant des obstacles à la réussite des mutuelles de santé (Alenda et Boidin, 2012) (Alenda 2017) .

Une étude a produit une synthèse des différentes modalités de financement du SIDA au niveau microéconomique. Les paiements directs y ressortent comme les principales sources de financement, mais que des initiatives sont en train d'être mises en œuvre pour laisser la place à l'assurance communautaire avec une exemption aux paiements des pauvres (Beaulière et al., 2010)

3.2 Ce que l'on sait des objectifs intermédiaires de la CSU

Trois études sur les trente retenues pour cette analyse exploratoire de la littérature ont traité de l'efficacité qui est un objectif intermédiaire de la CSU. L'analyse de l'efficacité de technique s'est faite à deux niveaux : l'hôpital et le centre de santé. Concernant le niveau hospitalier, deux études ont analysé l'efficacité technique (Mané, 2012 ; Niang, 2016). Les auteurs concluent l'existence d'un potentiel d'accroissement des résultats sanitaires avec le même niveau de ressources et que les hôpitaux moyens ont une plus grande efficacité que les gros hôpitaux. Pour ce qui est du niveau « centre de santé », une étude a abouti à la même conclusion de l'existence d'un gap d'efficacité dans l'utilisation des ressources (Mané, 2013).

3.3 Ce que l'on sait des objectifs finaux de la CSU

Sur les 30 articles inclus dans l'analyse, 23 ont traité des objectifs finaux de la CSU dont 3 relatifs à l'objectif d'équité dans l'utilisation des soins et 20 à la protection financière.

L'équité dans l'utilisation des soins

Deux études ont analysé la relation entre l'adhésion à une mutuelle de santé et l'utilisation des services de santé maternelle et hospitaliers. Elles aboutissent à la même conclusion d'une relation positive surtout lorsque ces services sont inclus dans le paquet de services (Jutting, 2004 ; Smith et al., 2008). Par ailleurs, les primes d'adhésion demeurent élevées pour les plus pauvres qui sont exclues du système d'assurance communautaire.

Par une méthode économétrique, une étude mesurée l'équité horizontale dans l'utilisation des soins de santé en appliquant la méthode de décomposition de l'indice de concentration. Cette étude met en évidence des iniquités en faveur des populations les plus riches dans les hôpitaux et les centres de santé et pro-pauvres dans les postes de santé. Le non-respect des règles de référencement apparaît comme étant la cause de ces iniquités (Mané, 2013).

La protection financière universelle : des difficultés de mise en œuvre et de fonctionnement des programmes d'exemption aux paiements de soins.

Des études ont aussi procédé à une évaluation du processus de mise en œuvre et du fonctionnement des politiques d'exemption. La volonté de protéger les personnes âgées a été entravée entre autres par une faiblesse du financement public, une dette de l'Etat vis-à-vis des hôpitaux en charge et une irrégularité dans les conditions d'accès, mettant en péril la pérennité des initiatives de gratuité des soins. De plus, il ressort de leurs analyses une large prédominance du financement public avec comme caractéristiques des retards de remboursements avec une multiplicité de méthodes, une gestion centralisée, des ruptures de stocks (Witter et al., 2010) (Ridde et al., 2012, Leye et al., 2013 ; McKinnon et al., 2015 ; Meessen, 2011). Relativement

à l'enrôlement des personnes âgées dans les programmes de protection sociale, l'exclusion sociale est prise comme un facteur déterminant leur faible participation (Parmar et al., 2014). L'assurance maladie communautaire apparaît comme une alternative à la lutte contre les dépenses catastrophiques de santé. Celles-ci sont la résultante entre autres du coût élevé des dépenses de santé, des caractéristiques des structures de santé, de la faiblesse de l'assurance santé, des chocs de stock de santé (Séne et Cissé, 2015). Les populations des zones rurales sont favorables pour adhérer aux mutuelles de santé pour réduire les coûts des soins de santé et faciliter l'accès (Faye et al., 2016)

Une étude a analysé les facteurs explicatifs de l'exclusion de certaines personnes de la politique d'exemption aux paiements des personnes âgées de 60 ans et plus. Trois explications sont données par les auteurs. Il s'agit du manque d'information sur le contenu du programme, de la non-perception de l'utilité d'utiliser les services offerts, et de l'inaccessibilité d'utilisation malgré la perception du besoin et l'information (Mladovsky et Ba, 2017).

4. Discussion

Une des limites de cette recherche réside dans le fait qu'elle se limite uniquement aux articles publiés dans des revues scientifiques. Cette restriction limite sans doute les possibilités d'intégrer de potentiels rapports, mémoires ou livres portant sur le financement de la santé au Sénégal. Comme le soulignent (Ridde et al., 2012), l'évaluation par les pairs est un gage de qualité des preuves partagées. Ce qui n'enlève en rien le contenu intéressant que peut avoir la littérature grise.

Il est important de remarquer que les frontières des différentes fonctions sont très floues, très souvent imbriquées. Beaucoup d'études traitent de plus d'une dimension. C'est l'exemple des études qui analysent les déterminants de l'adhésion à une mutuelle de santé ; l'assurance maladie à base communautaire étant un mécanisme de mobilisation des ressources (McIntyre et Kutzin, 2016). Elle constitue aussi une dimension sur laquelle se base la stratégie d'extension de la couverture du risque maladie aux populations vivant en milieu rural et celles employées dans le secteur informel ; en vue d'une protection universelle en santé. Il en est de même pour les études traitant des modalités de lutte contre les paiements directs sources d'appauvrissement des personnes, surtout celles qui sont pauvres. En effet, une protection universelle en santé passe évidemment par une lutte contre les paiements directs à fortiori contre les dépenses catastrophiques de santé. Ces mêmes paiements directs constituent aussi un mécanisme de mobilisation des ressources.

Les résultats de cette analyse exploratoire ont montré l'absence de certaines questions cruciales dans la littérature scientifique pour un diagnostic du financement, de même que celui des objectifs intermédiaires et finaux de la CSU. S'agissant de la sous fonction de mise en commun des ressources qui est une dimension du financement, aucun n'article inclus dans cette analyse n'y fait référence. Et pourtant, le Sénégal compte une multitude de régimes de couverture maladie (IPRES pour les retraités du secteur privé formel, imputation budgétaire pour les fonctionnaires en activité et retraités, Caisse de Sécurité Sociale pour les employés du secteur privé...). Ce fait est le corollaire d'une pluralité de paquet de bénéfices. Ainsi, comme le soulignent McIntyre et Kutzin (2016), progresser vers la CSU devrait impliquer un agenda spécifique pour réduire ces inégalités, cette fragmentation et cette augmentation des coûts de transaction.

Dans la même optique, la stratégie d'extension de la couverture contre le risque maladie au Sénégal est basée sur les mutuelles de santé dont l'adhésion est volontaire. Sachant que lorsque l'adhésion n'est pas obligatoire, les « mauvais risques » peuvent chasser « les bons risques ». Ainsi, la problématique de la sélection adverse devrait être prise en (McIntyre et Kutzin, 2016), ce qui n'est pas le cas eu égard aux résultats de cette scoping review.

En outre, l'analyse du transfert des ressources mises en commun vers les prestataires de services (modalités de paiement, paquet de bénéfices et structure organisationnelle et de gouvernance) sont absentes de la littérature. Ces aspects devraient en effet répondre aux questions suivantes : quels services acheter ? Comment les prestataires sont payés ? Qui sont les acheteurs ? Relativement aux objectifs de la CSU, les dimensions de transparence et de responsabilisation sont absentes de la littérature. L'efficacité dans l'utilisation des ressources s'est faite au niveau des structures (hôpitaux et centres de santé) montrant ainsi l'existence de marge de progression. Ces résultats sont en phase avec beaucoup d'autres études (Hollingsworth, 2003). Une remarque importante est le fait que la performance du secteur de la santé est réduite à l'analyse de l'efficacité mettant en relation des inputs physiques ou monétaires avec des résultats ou des produits de santé. Toutefois, la littérature sur la question de la performance soulève plusieurs conceptions, ce qui la rend multidimensionnelle. Ces conceptions peuvent différer selon les intérêts antagonistes des parties prenantes du système de santé et selon le modèle adopté. L'équité a été traitée dans la littérature scientifique. Il s'agit de l'équité horizontale qui est un objectif final de la CSU et qui veut qu'à besoin égal, les individus aient un accès égal aux soins indépendamment de leur capacité à payer. L'analyse de l'équité horizontale devrait être accompagnée par une analyse de l'objectif intermédiaire de l'équité dans la contribution des ressources (financières, infrastructures physiques, ressources humaines, équipements, médicaments et autres intrants) (McIntyre et Kutzin, 2016). Les aspects relatifs à l'incidence des transferts publics sur les populations pauvres ne sont pas abordés. Et pourtant, il est crucial de voir dans quelle mesure les efforts des pouvoirs publics parviennent à toucher les cibles prioritaires comme les plus démunis (Wagstaff, 2010). Les dépenses publiques de santé pour l'achat des services de santé doivent certes profiter à toute la population, mais plus encore aux populations pauvres qui déclarent souvent plus de besoins non satisfaits dans un contexte à forte prépondérance des paiements directs.

5. Conclusion

L'objectif de cette recherche était de fournir une synthèse des connaissances sur le financement de la santé au Sénégal, en partant du postulat que les prises de décisions des pouvoirs publics doivent être basées sur des preuves. L'utilisation de la méthode de la scoping review (Arskey et O'Malley, 2005) a permis d'appréhender les points traités dans la littérature scientifique sur cette question en lien avec les objectifs de la CSU sur les deux dernières décennies au Sénégal. L'une des limites de notre approche est la non-prise en compte de la littérature grise. Elle se justifie par le fait que l'évaluation par les pairs est un gage de qualité, mais n'enlève en rien la source importante d'informations que peut constituer la littérature grise. Les résultats ont montré que le traitement du financement de la santé s'est cantonné à la mobilisation des ressources et plus spécifiquement à l'assurance communautaire. En outre, beaucoup d'articles (20 sur les 30) ont traité de la protection financière ; l'équité horizontale n'a pas fait l'objet de beaucoup de recherches. Il ressort de ce qui précède l'existence d'un gap de littérature sur la question de la CSU. En se référant au cadre d'analyse proposé par McIntyre et Kutzin (2016), des thématiques cruciales à la progression vers la CSU sont absentes (ou moins traitées) de la littérature scientifique au Sénégal. Les questions de la performance du secteur de la santé et de l'efficacité dans l'allocation des ressources au sein du système de santé demeurent aussi des aspects sous documentés.

Références

- (1). Abihiro, G. A., & De Allegri, M. (2015). Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates. *BMC Int Health Hum Rights*.
- (2). Alenda, J., & Boidin, B. (2012). L'extension de l'assurance-maladie au Sénégal : avancées et obstacles. *Médecine et Santé Tropicales*, 364-369.
- (3). Alenda-Demoutiez, J. (2017). Mutual Health Insurance in Senegal and the Problems of Coordinating Institutions. *Recma: Revue Internationale de l'Economie Sociale*, 69-84.
- (4). Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research*.
- (5). Bassi, J., & Lau, F. (2013). Measuring value for money: a scoping review on economic evaluation of health information systems. *Journal of American Medical Informatics*.
- (6). Baxerres, C., & Le Hesran, J. Y. (2010). Which Household's Resources Pay for Children's Health Care Seeking Difficulties to Treat Malaria in Rural Senegal. *Revue Tiers Monde*, 149-165.
- (7). Beaulière, A., Le Maux, A., Trehin, C., & Perez, F. (2010). Accès aux traitements antirétroviraux dans les pays en développement : quelles stratégies de financement ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*.
- (8). Boidin, B. (2015). Extension of health coverage and community-based health insurance schemes in Africa: myths and realities. *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, 63-69.
- (9). Bonan, J., Dagnelie, O., LeMay-Boucher, P., & Tenikue, T. (2017). The Impact of Insurance Literacy and Marketing Treatments on the Demand for Health Microinsurance in Senegal: A Randomised Evaluation. *Journal of African Economies*, 169-191.
- (10). Carrin, G., & James, C. (2005). Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition towards Universal Coverage. *International Social Security Review*, 45-64.
- (11). (Carrin, G., Maria-Pia Waelkens, M.-P., & Criel, B. (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 798-811.
- (12). Daff, B. M., Diouf, S., & Ngom, M. (2019). Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Senegal. pp. 100-108.
- (13). Faye, A., Amar, S., & Dia, T. A. (2016). Déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en milieu rural sénégalais. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*.
- (14). Faye, A., Diop, C. T., Ndiaye, P., & Tall, D. A. (2011). Acceptability of implementation of mutual health in a Senegalese rural area. *Médecine Tropicale : Revue Du Corps De Sante Colonial*, 508-509.
- (15). Hollingsworth, B. (2003). Nonparametric and parametric applications measuring efficiency in health care. *Health care management science*2003, 203-218.
- (16). Jutting, J. P. (2004). Do Community-Based Health Insurance Schemes Improve Poor People's Access to Health Care? Evidence from Rural Senegal. *World Development*, 273-288.
- (17). Leye, M. M., Diongue, M., Faye, A., Coumé, M., & Faye, A. (2013). Analysis of free health care for the elderly in the context of the "Plan Sésame" in Senegal. *Santé Publique*, 101-106.
- (18). Mané Pape Yona B. (2012). Analyse de l'efficacité des hôpitaux du Sénégal : application de la méthode d'enveloppement des données. *Pratiques et Organisation des Soins volume 43 n° 4*.
- (19). Mané, P. Y. (2013). Décomposition des inégalités dns l'utilisation des soins au Sénégal. *Revue d'économie du développement*, 61 à 89.

- (20). Mané, P.-Y.-b. (2012). Performance des centres de santé publics au Sénégal. *SANTE PUBLIQUE*, 497-509.
- (21). McIntyre D., & Kutzin, J. (2016). *Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development*. GENEVA : World health Organization.
- (22). Meessen, B. (2011). Removing User Fees in the Health Sector: A Review of Policy Processes in Six Sub-Saharan African Countries. *Health Policy and Planning*, 16-29. de la Santé et de l'Action Sociale. (2019-2028). *Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS)*. Dakar : Direction de la planification de la recherche et des statistiques.
- (23). Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2017). *Stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la Couverture Santé Universelle*. Dakar : Direction de la planification de la recherche et des statistiques.
- (24). Mladovsky, P. (2014). Why do people drop out of community-based health insurance? Findings from an exploratory household survey in Senegal. *Social Science & Medicine*, 78-88.
- (25). Mladovsky, P., & Ba Maymouna. (2017). Removing user fees for health services: A multi-epistemological perspective on access inequities in Senegal. *Social Science & Medicine*, 91-99.
- (26). Mladovsky, P., Ndiaye, P., Ndiaye, A., & Criel, B. (2015). The impact of stakeholder values and power relations on community-based health insurance coverage: Qualitative evidence from three Senegalese case studies. 768-781.
- (27). Mladovsky, P., Soors, W., Ndiaye, P., Ndiaye, A., & Criel, B. (2014). Can social capital help explain enrolment (or lack thereof) in community-based health insurance? Results of an exploratory mixed methods study from Senegal. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 18-27.
- (28). Niang, B. B. (2016). Evaluation de l'efficience technique des hôpitaux : Application au Sénégal. *Ann. Univ.Lomé série Sc. Eco et GEst*, 1-21.
- (29). Nutley, S., Walter, I., & Davies, H. (2009). Promoting Evidence-based Practice: Models and Mechanisms from Cross-Sector Review. *Research on Social Work Practice*, 552-559.
- (30). (Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Rapport sur la santé dans le monde : le financement de la santé, le chemin vers la Couverture Santé Universelle*. Genève: OMS.
- (31). Ouimet, M.-J., Fournier, P., Diop, I., & Haddad, S. (2007). Solidarity or financial sustainability: an analysis of the values of community-based health insurance subscribers and promoters in Senegal. *Canadian Journal of Public Health*, 341-346.
- (32). Ridde, V., Queuille, L., Kafando, Y., & Robert, E. (2012). Transversal analysis of public policies on user fees exemptions in six West African countries. *BMC Health Services Research*, 409.
- (33). Sagna, O., Seck, I., Dia, A. T., Sall, F. L., & Diouf, S. (2016). Study of the Consumers' preference on the universal health coverage development strategy through health mutual in Ziguinchor Region, Southwest of Senegal. *Bulletin De La Societe De Pathologie Exotique*, 195-206.
- (34). Seck, I., Dia, A. T., Sagna, O., & Leye, M. M. (2017). Determinants of enrolment and retention in mutual health organization in the region of Ziguinchor (Senegal). *Sante Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France)*, 105-114.
- (35). Séne, L. M., & Cissé, M. (2015). Catastrophic out-of-pocket payments for health and poverty nexus: evidence from Senegal. *Int J Health Econ Manag*, 307-328.
- (36). Smith, K. V., & Sulzbach, S. (2008). Community-based health insurance and access to maternal health services: evidence from three West African countries. *Social Science & Medicine (1982)*, 2460-2473.

- (37). Wagstaff, A. (2010). Benefit Incidence Analysis: Are Government Health Expenditures More Pro-Rich Than We Think? *Policy Research Working Paper the World Bank Development Research Group*.
- (38). Witter, S., Dieng, T., Mbengue, D., Moreira, I., & De Brouwere, V. (384-392). The national free delivery and caesarean policy in Senegal: evaluating process and outcomes. *Health Policy and Planning*, 2010.

Annexes

Tableau 2 : Liste des articles retenus dans la scoping-review

<i>Dimensions</i>	<i>Titre</i>	<i>Auteur (s)</i>	<i>Année</i>	<i>Nbre d'articles/dimension</i>
Efficience	Analyse de l'efficience des hôpitaux du Sénégal : application de la méthode d'enveloppement des données	Mané	2012	3
	Performance des centres de santé publics au Sénégal	Mané	2012	
	Evaluation de l'efficience technique des hôpitaux : Application au Sénégal	Niang	2016	
Equité horizontale	Community-based health insurance and access to maternal health services: Evidence from three West African countries	Kimberly et Sulzbach	2008	3
	Décomposition des inégalités dans l'utilisation des soins de santé au Sénégal	Mané	2013	
	Removing user fees for health services: A multi-epistemological perspective on access inequities in Senegal	Mladovsky et Ba.	2017	
Mobilisation des ressources	Acceptability of implementation of mutual health in a Senegalese rural area	Faye et al.	2011	8
	Access to antiretroviral treatment in developing countries: Which financing strategies are possible?	Beaulière et al.	2010	
	Can social capital help explain enrolment (or lack thereof) in community-based health insurance?	Mladovsky et al.	2014	
	Catastrophic out-of-pocket payments for health and poverty nexus: evidence from Senegal	Sène et Cissé	2015	
	Déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en milieu rural sénégalais	Faye et al.	2016	
	Determinants of enrolment and retention in mutual health organization in the region of Ziguinchor (Senegal)	Seck et al.	2017	

<i>Dimensions</i>	<i>Titre</i>	<i>Auteur (s)</i>	<i>Année</i>	<i>Nbre d'articles/dimension</i>
	The impact of stakeholder values and power relations on community-based health insurance coverage: Qualitative evidence from three Senegalese case studies	Mladovsky et al.,	2015	
	Which Household's Resources Pay for Children's Health Care Seeking Difficulties to Treat Malaria in Rural Senegal	Baxerres et Le Hesran	2010	
Protection financière	Acceptability of implementation of mutual health in a Senegalese rural area	Faye et al.	2011	20
	Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « Plan SESAME » au Sénégal	Leye et al.	2013	
	Can social capital help explain enrolment (or lack thereof) in community-based health insurance?	Mladovsky et al.	2014	
	Catastrophic out-of-pocket payments for health and poverty nexus: evidence from Senegal	Sène et Cissé	2015	
	Déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en milieu rural sénégalais	Faye et al.	2016	
	Do Community-Based Health Insurance Schemes Improve Poor People's Access to Health Care? Evidence from Rural Senegal	Jutting	2004	
	Enrolment of older people in social health protection programs in West Africa - Does social exclusion play a part?	Parmar et al.,	2014	
	Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : Les leçons de l'expérience sénégalaise	Boidin	2012	
	Extension of health coverage and community-based health insurance schemes in Africa: Myths and realities	Boidin	2015	
	Good intentions are not enough”: analysis of a health policy for the elderly in Senegal	Mbaye et al.	2013	
	L'extension de l'assurance-maladie au Sénégal : avancées et obstacles	Aleinda et Boidin	2012	
	Mutual Health Insurance in Senegal and the Problems of Coordinating Institutions.	Alenda	2017	
	Removing user fees for facility-based delivery services: a difference-in-	Mckinnon et al	2015	

<i>Dimensions</i>	<i>Titre</i>	<i>Auteur (s)</i>	<i>Année</i>	<i>Nbre d'articles/dimension</i>
	differences evaluation from ten sub-Saharan African countries			
	Removing user fees for health services: A multi-epistemological perspective on access inequities in Senegal	Mladovsky et Ba.	2017	
	Removing User Fees in the Health Sector: A Review of Policy Processes in Six Sub-Saharan African Countries	Meessen	2011	
	Solidarity or financial sustainability: an analysis of the values of community-based health insurance subscribers and promoters in Senegal	Ouimet et al	2007	
	Study of the Consumers' preference on the universal health coverage development strategy through health mutual in Ziguinchor Region, Southwest of Senegal	Sagna et al.,	2016	
	The Impact of Insurance Literacy and Marketing Treatments on the Demand for Health Micro insurance in Senegal: A Randomized Evaluation	Bonan	2017	
	The impact of stakeholder values and power relations on community-based health insurance coverage: Qualitative evidence from three Senegalese case studies	Mladovsky et al.,	2015	
	The national free delivery and cesarian policy in Senegal: evaluating process and outcomes	Witter	2010	

Source: Auteurs