



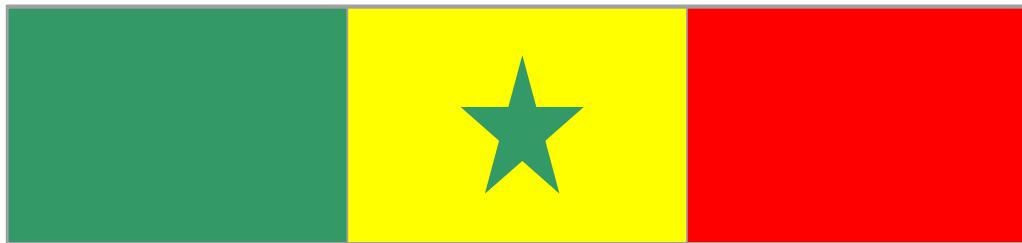
RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE LA
PREVENTION

CELLULE D'APPUI AU FINANCEMENT
DE LA SANTÉ ET AU PARTENARIAT



Stratégie Nationale d'Extension
de la Couverture du Risque
Maladie des Sénégalais

Comité de rédaction

- Docteur Aboubacry FALL, Coordonnateur de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP), Ministère de la Santé et de la Prévention
- Mr Mbaye SENE, Point Focal Assurance Maladie à la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, Ministère de la Santé et de la Prévention
- Mme Bénédicte BRUSSET, Assistante technique Coopération française à la CAFSP

Ont participé à la rédaction

- Mme Couty FALL, Secrétaire permanente à la Commission de Supervision et de Régulation des Institutions de Sécurité Sociale (COSRISS)
- Mr Birane THIAM, Direction de la Sécurité Sociale au Ministère de la Fonction Publique, du Travail, de l'Emploi et des Organisations Professionnelles
- Mr Ndioba DIENE, Conseiller Technique au Ministère de l'Agriculture
- Mme Fatou DIOUF NDIAYE, Cellule de Suivi du DSRP/MEF
- Mr Alioune Badara NDIAYE, Direction des Assurances/MEF
- Mr Talla SECK, Représentant Union des Associations des Elus Locaux (UAEL)
- Mr Farba Lamine SALL, Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Mr François Pathé DIOP, Abt/Associate/USAID
- Mr Cheikh Ibra FALL, Président de l'Association des Gérants d'IPMs
- Mr Alé CISSE, BIT/STEP
- Mr Marius DIA, Coordonnateur Cellule technique CNCR
- Mme Aminata SOW SALL, Coordonnatrice PROMUSAF
- Mr André Demba WADE, Coordonnateur du GRAIM/Thiès
- Mr Ousmane SOW, Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat (MSAE)
- Mr Cheikh Wilane, Président du Conseil d'Administration de l'Union des Mutuelles de Santé de Dakar (UMSD)

GLOSSAIRE

- APROFES : Association pour la Promotion de la Femme Sénégalaise
- ARV : Antirétroviraux
- CAFSP : Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
- CESAG : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
- CDSMT : Cadre de Dépense Sectorielle à Moyen Terme
- CNCR : Cadre National de Concertation et de Coopération des Ruraux
- CIMA : Conférence Interafricaine du Marché des Assurances
- CNDS : Comité Nationale du Dialogue Sociale
- CONGAD : Conseil des Organisations Non Gouvernementales pour le Développement
- COSRISS : Commission de Supervision et de Régulation des Institutions de Sécurité Sociale
- COUD : Centre des Œuvres Universitaires de Dakar
- DAGE : Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
- DS : Direction de la Santé
- DSR : Division de la Santé de la Reproduction
- DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
- DSSP : Division des Soins de Santé Primaires
- EDS : Enquête Démographique et de Santé
- EFI : Ecole de Formation des Instituteurs
- ENDSS : Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale
- ENEA : Ecole Nationale d'Economie Appliquée
- EOI :
- ESAM
- ESIS
- FDD : Fonds de Dotation
- FNR : Fonds National de Retraite
- GIE : Groupement d'Intérêt Economique
- GPF : Groupement de Promotion Féminine
- ISED : Institut Santé et Développement
- MAS : Micro-Assurance Santé
- MS : Mutuelle de santé
- MSPM : Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
- OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- IMF : Institution de Microfinance
- IPM : Institution de Prévoyance Maladie
- IPRES : Institution de Prévoyance Maladie du Sénégal
- LOASP : Loi Agro-Sylvo-Pastorale
- PAMAS : Programme d'Appui au Développement de la Micro-Assurance Santé
- PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
- PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
- PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
- RM : Région Médicale
- SNPS : Stratégie Nationale de Protection Sociale
- UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africain
- UM-PAMECAS
- USAID :

SOMMAIRE

Première partie. État des lieux sur la couverture du risque maladie des sénégalais	4
I.CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE DE L'ASSURANCE MALADIE	6
1.Régimes non contributifs	6
1.1. Formules non contributives attachées à des statuts	6
1.2 Dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur de couches sociales particulières.	7
2.RÉGIMES CONTRIBUTIFS D'ASSURANCE À CARACTÈRE OBLIGATOIRE	9
2.1. Les Institutions de Prévoyance Maladie (I.P.M)	9
2.2. Les prestations couvertes par la caisse de sécurité sociale aux salariés affiliés	
3.RÉGIMES CONTRIBUTIFS VOLONTAIRES	9
3.1.Les mutuelles de santé	9
3.2.Les assurances privées à but lucratif	11
II.ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE	12
III.DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES SYSTÈMES DE COUVERTURE DU RISQUE MALADIE	15
1.Les agents de l'état	15
2.Les institutions de prévoyance maladie (IPM)	15
3.Les mutuelles de santé	16
4.Les indigents	16
5.Les initiatives de gratuité : accouchements, césariennes et plan SéSAME	16
6.Les assurances privées	18
Deuxième partie. Stratégie Nationale d'extension de la couverture du risque maladie des sénégalais.....	20
I.AMELIORATION DES MODALITES DE GESTION DES INITIATIVES DE GRATUITÉ ET EXTENSION DES PUBLICS CIBLES	20
1.1. La création d'un fonds d'achat	21
1.2. L'extension des initiatives de gratuité	22
1.3. Stratégie de prise en charge des indigents	23
II.STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE	24
2.1. Développement des Capacités d'Implantation, d'Organisation et d'Extension des Mutuelles de santé	25
2.2. Renforcement des Capacités des Acteurs du Développement des Mutuelles de Santé	26
2.3. Mise en place d'un Plan de Communication pour la Promotion des Mutuelles de santé	27
2.4. Mise en Place et Développement de Partenariats Effectifs entre les Acteurs de la Mutuelle de Santé	28
2.5. Renforcement de l'Appui de l'État au Développement des Mutuelles de Santé	29
III.LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET LES PROJETS D'EXTENSION	30
3.1. Une étude pour préparer la réforme de l'assurance maladie obligatoire	31
3.2. La mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie obligatoire et notamment la revue des textes législatifs	32
IV.LA MISE EN PLACE DE NOUVEAUX REGIMES : LES REGIMES SPECIAUX	33
4.1. Projet de mise en place d'un régime de protection sociale agro-sylvo-pastorale	34
4.2. Projet de mise en place d'une mutuelle sociale pour les travailleurs du secteur routier	35
4.3. Projet de démonstration de l'extension de l'assurance maladie à travers les mutuelles de santé dans le cadre de la décentralisation	36
4.4. Programme d'Appui au Développement de la Micro-Assurance Santé (PAMAS)	38
CONCLUSION	40

Première partie.

***État des lieux sur la couverture
du risque maladie des sénégalais.***

Préambule

L'accessibilité aux soins de santé est une priorité de nombreux pays en développement. En effet, les évolutions des systèmes de santé des pays en voie de développement, malgré les efforts réalisés en matière de couverture sanitaire et d'amélioration du fonctionnement, n'ont pas favorisé, comme cela aurait été souhaité, l'équité dans l'accès aux soins de santé.

Plusieurs réformes ont été initiées et ont permis une amélioration du fonctionnement des structures sanitaires en terme de disponibilité en médicaments et de leur viabilité financière. Malheureusement, ces réformes ont également eu un impact négatif sur l'accessibilité financière aux soins de santé dont les déterminants les plus importants sont :

1. La mise en œuvre du recouvrement des coûts suite à l'initiative de Bamako qui a créé une première barrière notamment pour les pauvres ;
2. Les réformes des statuts des structures sanitaires les incitant à faire de l'équilibre financier une priorité nécessitant une bonne politique de recouvrement des coûts.

Ces réformes ont été réalisées dans un contexte de bouleversement des équilibres macroéconomiques liés aux chocs endogènes et exogènes, qui aggravent la situation économique des plus pauvres.. Une des conséquences majeures de la pauvreté, d'après plus de la moitié des chefs de ménages interrogés au cours de l'enquête ESAM, est relative à l'incapacité de travailler pendant la maladie et de payer les dépenses médicales des membres de la famille qui sont malades. Malgré ce contexte général, au Sénégal, les résultats de l'enquête ESAM 2 ont révélé que la pauvreté a reculé de 10,8 points de pourcentage entre 1994-1995 et 2001-2002 correspondant à des niveaux respectifs de l'incidence de la pauvreté de 67,9 et de 57,1%. Les derniers chiffres de l'incidence de la pauvreté (Enquête Suivi de la Pauvreté au Sénégal. 2005-2006) indiquent 52 %.

Ces difficultés d'accès aux soins de santé sont inacceptables pour le Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal qui a développé des programmes et des projets facilitant l'accès aux soins de santé surtout pour les groupes vulnérables il s'agit notamment de :

- La gratuité des accouchements et césariennes ;
- La gratuité des soins aux personnes âgées (carte SéSAME) ;
- L'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) ;
- La gratuité des médicaments antituberculeux
- La subvention abaissant les coûts des traitements : antipaludéens ; diabétiques (insuline), anticancéreux, de l'insuffisance rénale, des cardiopathies ;
- Le traitement gratuit du paludisme grave chez les enfants et les femmes enceintes et le prix subventionné des moustiquaires imprégnées ;
- La subvention pour la prise en charge des indigents et enfin
- Une politique de développement des mutuelles de santé.

Ces différents programmes qui facilitent l'accès aux soins par une solvabilisation de la demande permettent également une amélioration de la santé financière des structures de santé de l'Etat mais ils concernent une proportion relativement faible de la population non solvable.

En dépit de toutes ces initiatives, la problématique de l'accessibilité aux soins de santé reste encore aujourd'hui posée du fait du faible niveau du plateau technique des infrastructures, des déficits en personnels, de la répartition géographique des infrastructures et aussi et surtout de la faiblesse du pouvoir d'achat des populations en général à laquelle nous nous intéressons ici

Face à cette situation le Ministre de la santé et de la prévention a souhaité q'une réflexion globale et holistique sur la problématique du financement de la demande de santé soit menée au niveau national par l'Etat, les partenaires sociaux et les acteurs de la société civile. En effet, il existe de nombreux dispositifs dispersés dans plusieurs ministères qui gagneraient sans doute à être fédérés pour augmenter leurs efficacités.

L'objectif de cette concertation, est d'élaborer **une stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des sénégalais**.

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- (i) décrire et d'analyser les systèmes de couverture du risque maladie qui existent au Sénégal ;
- (ii) identifier les réformes en cours ou envisagées relatives à la couverture du risque maladie ;
- (iii) proposer des orientations pour améliorer le fonctionnement des systèmes existants
- (iv) envisager la mise en place de nouveaux mécanismes dans la perspective d'une couverture maladie universelle.

Cette réflexion s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) qui sert de cadre de mise en œuvre de l'Axe III du DSRP2. Les systèmes de protection sociale constituant un facteur de cohésion sociale fondés sur la solidarité, utilisent les techniques d'assurance et assurent trois types de fonctions :

1. une fonction d'assurance par la mutualisation des risques qu'ils opèrent entre les personnes protégées ;
2. une fonction de report du fait qu'ils assurent des transferts entre les générations ;
3. une fonction de redistribution axée sur l'atténuation de la pauvreté à partir du moment où la contribution n'est pas calculée en fonction de l'appartenance à une classe de risque mais en fonction des capacités contributives de chacun.

Ainsi il est valablement considéré comme un outil essentiel pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement.

A travers **la Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des sénégalais** qui en est une modalité de mise en œuvre, le gouvernement vise à réduire l'impact des chocs qui menacent directement la vie des populations notamment les groupes les plus vulnérables en aidant les ménages à mieux gérer les risques et à favoriser l'accès des couches les plus vulnérables de la population aux services sociaux de base, notamment les services de santé. En effet, la maladie est un des risques sociaux qui fait basculer les populations vulnérables dans la pauvreté. Ainsi pour le début de la mise en œuvre de la SNPS, le volet santé a été choisi stratégiquement comme porte d'entrée dans la perspective d'atteindre les objectifs de la protection sociale avec les autres volets concernés.

Le présent rapport se propose, d'une part de faire l'état des lieux sur la couverture du risque maladie des sénégalais et, d'autre part d'élaborer une stratégie nationale de couverture du risque maladie avec pour objectif une couverture de 50 % de la population d'ici à 2015 tel que proposé par le Document de Stratégie Nationale de Protection Sociale.

I. CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE DE L'ASSURANCE MALADIE

1. Régimes non contributifs

1.1. Formules non contributives attachées à des statuts

1.1.1. Les agents de l'État en activité et les Fonctionnaires retraités

L'État, en tant qu'employeur, assure la couverture du risque maladie de ses agents (fonctionnaires et non fonctionnaires) en activité et de leurs ayants droit (conjoints et enfants). La loi 61-33 du 15 Juin 1961 relative au statut général des fonctionnaires institue leur sécurité sociale.

L'État, par le système de l'imputation budgétaire, couvre 80% des frais d'hospitalisation, de consultations, des examens et analyses effectués dans toutes les structures publiques et également dans les structures privées agréées. Les fonctionnaires supportent donc les 20% restant et les médicaments qui ne sont pas pris en charge par l'État.

Pour les agents non fonctionnaires, leur système de sécurité sociale est régi par le décret 74-347 du 12 Avril 1974 fixant le régime spécial applicable aux agents non fonctionnaires modifié.

En outre l'État a mis en place un centre médico-social qui fournit des consultations médicales gratuites aux fonctionnaires et à leurs familles.

1.1.2. Les agents des collectivités locales

Les agents fonctionnaires détachés au niveau des Collectivités locales bénéficient de la même couverture médicale que tout agent de l'État. Il n'existe pas de couverture médicale pour les autres agents des collectivités locales régis par la loi 97-17 du 1^{er} décembre 1997 portant code du travail modifié.

1.1.3. Les Étudiants

Les centres des œuvres universitaires de Dakar et Saint-Louis prennent en charge pour le compte de l'État les étudiants au niveau des structures sanitaires publiques ou du COUD pour les soins courants : consultations médicamenteuses ; analyses et soins dentaires et l'hospitalisation.

1.1.4. La médecine d'entreprise

Toutes les entreprises de plus de 400 salariés sont tenues d'assurer des prestations médicales conformément aux dispositions réglementaires relatives à la médecine du travail notamment par le recrutement d'un médecin du travail. Les entreprises de moins de 400 salariés peuvent créer un service médical inter-entreprise.

1.1.5. Les accidentés de la circulation

Le fonds de garantie automobile couvre les dommages corporels des accidentés de la circulation dont les auteurs civilement responsables n'ont pas été identifiés ou ne disposent pas de police d'assurance et ne sont pas non plus en mesure d'honorer les frais consécutifs à cet accident. Le fonds est alimenté grâce à un prélèvement de 2,5% sur chaque police d'assurance automobile.

Les compagnies d'assurance privée prennent également en charge les dommages corporels des accidentés de la circulation.

1.2. Dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur de couches sociales particulières.

Les systèmes de solidarité pour l'accès aux soins des groupes vulnérables préconisés dans le cadre de la mise en œuvre du PDIS mettent l'accent sur les axes ci-après :

- Développer une offre de soins spécialisés pour les personnes âgées ;
- Favoriser l'accès aux soins des personnes âgées : Carte prioritaire sésame ; tarifs préférentiels, intégration dans la prise en charge des fonctionnaires âgés et à la retraite de médicaments essentiels ;
- Rationaliser l'utilisation des subventions existantes et prendre des mesures additionnelles pour faciliter l'accès des pauvres et des groupes vulnérables à certains services et produits de santé.
- Intégrer dans la population assurée par les mutuelles, des individus ou des groupes vulnérables n'ayant pas les moyens temporairement ou définitivement de payer les cotisations à ces mutuelles.

1.2.1. Le Plan SESAME

Un des projets phare de cette assistance aux personnes vulnérables est le plan *SESAME en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus*.

Dans son discours à la Nation du 3 Avril 2006, le Président de la République a instruit le Ministre de la Santé « de concevoir, avec l'IPRES, le FNR, la faculté de Médecine et les collectivités locales, un plan de

couverture médicale permettant aux personnes âgées de bénéficier de soins gratuits dans les hôpitaux, centres et postes de santé publics sur le territoire national ».

Cette initiative bénéficie à toutes les personnes âgées de plus de 60 ans et concerne toutes les prestations dispensées dans toute structure sanitaire publique (un poste de santé, centre de santé ou hôpital) : actes + médicaments + examens complémentaires (laboratoire & imagerie) sauf prothèses et implants.

Ce dispositif a démarré le 1^{er} septembre 2006 et concerne 555.690 personnes¹ éligibles.

1.2.2. Personnes atteintes d'affections particulières

Les personnes atteintes de tuberculose et de lèpre bénéficient de soins gratuits pour ces affections (250 millions de FCFA pour 10.100 personnes). Les personnes porteuses du VIH Sida peuvent accéder aux Anti Rétro Viraux (ARV) gratuitement.

Par ailleurs, l'État subventionne certains programmes investis dans la lutte contre les maladies coûteuses comme le Diabète, les Cancers, l'insuffisance rénale et les cardiopathies mais ces programmes ne disposent pas encore d'outil d'aide à l'accessibilité financière.

1.2.3. La gratuité des accouchements et césariennes

Pour réduire le taux de mortalité materno-infantile, l'État du Sénégal finance la prise en charge des accouchements et des césariennes dans les régions de Kolda, Ziguinchor, Fatick, Matam et Tambacounda depuis le 1^{er} janvier 2005 et a étendu la mesure à toutes les autres régions sauf Dakar, mais pour les césariennes uniquement.

1.2.4. Les indigents

On dénombre au moins cinq (5) dispositifs permettant théoriquement la prise en charge des indigents dans les structures sanitaires publiques.

- La loi n°62-29 du 26 mars 1962 portant sur les certificats d'indigence permet aux personnes qui en sont munies de bénéficier gratuitement de soins dans les formations sanitaires publiques.
 - o Si le certificat d'indigence est délivré par l'autorité administrative (Préfet ou Sous-Préfet), la prestation est facturée au Ministère des Finances.
 - o S'il est délivré par un Maire, c'est sa commune qui devra s'acquitter de la facture. Aussi, la loi N° 96-07 sur la décentralisation donne-t-elle compétence aux collectivités locales pour tout ce qui a trait à l'organisation et à la gestion de secours au profit des nécessiteux. Ainsi, chaque collectivité locale dispose d'une ligne budgétaire pour cette rubrique mais elle ne concerne pas uniquement la santé. Il peut s'agir de dons alimentaires ou d'aides d'urgence pour des besoins médicaux ou non.
- Les services sociaux des hôpitaux disposent d'un budget qui leur permet de prendre en charge tout ou partie des dépenses de prestations des patients identifiés comme cas sociaux.
- Pour les centres de santé et les postes de santé, une note de service N°006058/MSPM/DS/DSSP du 6 septembre 2005 rappelle une disposition du *Guide national du Comité de Santé* qui propose que 10% des recettes issues des prestations soit affecté à la prise en charge des cas sociaux d'une part et que 5% des bénéfices réalisés sur la vente de médicaments soit affecté à la solidarité.
- La Direction de l'Action Sociale du Ministère chargé de la Solidarité alloue des secours pour frais médicaux à des personnes qui sont dans le besoin. Elle a signé à cet effet des conventions de prestations avec les hôpitaux de Fann, Le Dantec, Principal et Grand Yoff.

¹ Avant cela, seulement 98.000 retraités du secteur privé bénéficiaient d'une couverture partielle (4.000 francs par jour d'hospitalisation)

- Enfin, depuis 2002, un Fonds de Solidarité Nationale a été créé par décret n° 2002-828 du 19 août 2002 dont la mission est l'intervention d'urgence au profit des personnes en situation de détresse. Ce fonds intervient beaucoup auprès d'associations de malades ou au cas par cas en fonction de demandes qui lui sont adressées. Le Ministère de la Santé est membre du Conseil d'Orientation qui statue sur toutes les questions relatives à l'orientation des interventions du fonds.
- Dans le cadre des interventions ponctuelles, la Caisse de Sécurité Sociale a dépensé 12 millions FCFA en 2005 pour venir en aide à des nécessiteux, affiliés ou non.
- Par ailleurs, certaines mutuelles de santé prennent en charge des indigents soit à travers leurs réserves budgétaires soit par le biais du parrainage.

Le dispositif concernant cette dernière catégorie de groupes sociaux est spécifique et doit prendre en compte les principes mutualistes liés à la gestion des structures coopératives ou mutualistes (qui sont des initiatives privées) qui ne peuvent en aucune manière contraindre l'Etat à une contribution autre que volontaire. Aussi devrait-on préconiser un système pérenne d'intervention de l'Etat ou d'autres acteurs pour assurer la part de contribution de cette catégorie de populations.

2. Régimes contributifs d'assurance à caractère obligatoire

2.1. Les Institutions de Prévoyance Maladie (I.P.M)

Elles ont été créées par la loi 75-50 du 3 Avril 1975 au bénéfice des travailleurs du secteur privé et aux membres de leurs familles. La création d'une I.P.M est obligatoire pour toute entreprise employant plus de 100 personnes ; celles qui en emploient moins doivent se regrouper dans une I.P.M inter entreprise ou adhérer à une I.P.M déjà autorisée. Les règles de fonctionnement des I.P.M sont définies par le décret 75-895 du 14 août 1975.

Les garanties offertes portent sur une prise en charge partielle, à des taux variables d'une I.P.M à une autre (de 40 à 80% de couverture) des frais médicaux : consultations ; pharmacie ; hospitalisation ; actes médico-techniques.

Les cotisations sont fixées à 6% du salaire fiscal plafonné à 60.000 FCFA. La cotisation de l'employeur étant au moins équivalente à celle du salarié. Cependant, ces paramètres ne sont plus respectés par la plupart des IPM car ils sont inadaptés au contexte actuel.

2.2. Les prestations couvertes par la caisse de sécurité sociale aux salariés affiliés

La caisse de sécurité Sociale prend en charge les accidents de travail et les maladies professionnelles dont sont victimes les travailleurs. Suite à un accident du travail, les consultations, les médicaments, les analyses, les interventions chirurgicales et toute intervention nécessaire sont couvertes à 100%. Seuls les employeurs cotisent pour ces prestations.

En outre la caisse dispose de centres de protection maternelle et infantile qui fournissent aux assurés et non assurés les prestations suivantes : consultations pré et post natales ; vaccinations ; récupération nutritionnelle et planning familial.

3. Régimes contributifs volontaires

3.1. Les mutuelles de santé

L'émergence des mutuelles de santé est très récente au Sénégal, mais déjà trois phases se distinguent dont : une phase de naissance des premières expériences mutualistes avant 1994, une phase de diffusion comprise entre 1994 et 1998, et une phase d'engagement depuis 1998 qui voit l'implication d'un nombre de plus en plus important d'acteurs issus de la communauté nationale et de la communauté internationale dans la promotion et le développement des mutuelles de santé.

Les acteurs locaux de la mutualité au Sénégal utilisent plusieurs critères pour identifier différents types de mutuelles de santé : les mutuelles dites complémentaires versus les mutuelles au premier franc ; les mutuelles socioprofessionnelles et les mutuelles communautaires. Les mutuelles de santé dites complémentaires se sont créées pour assurer une couverture des prestations non prises en charge par les régimes obligatoires spécifiques.

Les mutuelles de santé couvrent le risque maladie, au premier franc ou de façon complémentaire, pour tous leurs membres. La garantie est variable suivant les types de mutuelles même si les soins de base sont généralement privilégiés par les mutuelles communautaires. La loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de santé définit le cadre juridique

On compte aujourd'hui 128 mutuelles de santé réparties de façon assez inégale sur le territoire national (voir carte ci-dessous).

Répartition géographique des mutuelles de santé en 2007

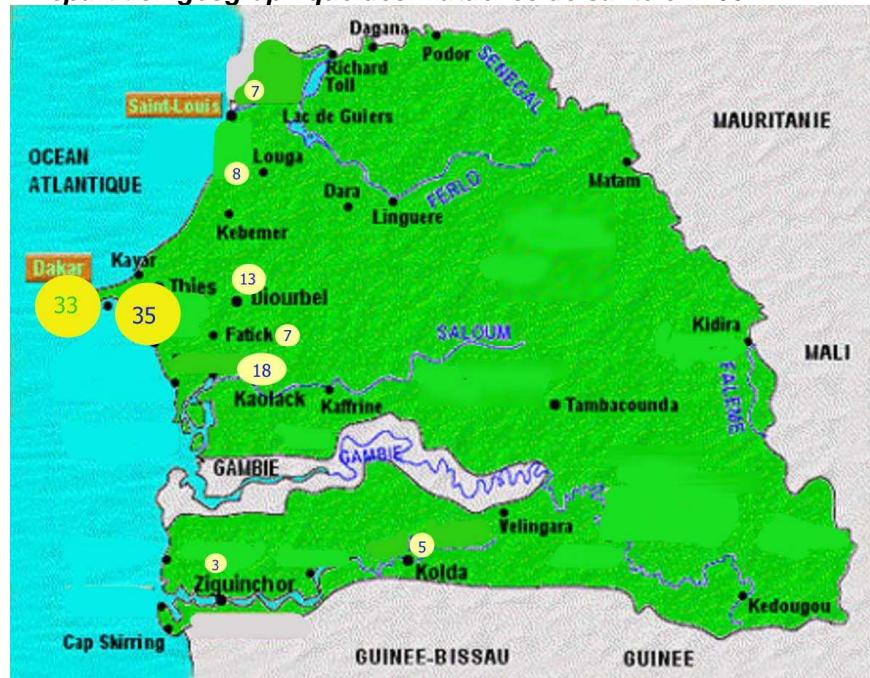


Tableau 1. Évolution du nombre de mutuelles au Sénégal

	1997	2000	2003	2007
Nombre de mutuelles	19	28	79	129
Taux de croissance		47%	182%	62%

Source : CAFSP 2008. Comptes nationaux de la santé. Résultats provisoires

On constate que l'implantation des mutuelles de santé s'est accélérée entre 2000 et 2003 où le nombre de mutuelles fonctionnelles a été multiplié par 3 en l'espace de 3 ans.

Tableau 2. Évolution du nombre de mutuelles par région

	Nombre de mutuelles actives	
	2003	2007
Dakar	23	33
Louga	6	8
Diourbel	4	13
Thiès	27	35
Kaolack	8	17
Fatick	3	7
Ziguinchor	3	3
Matam	0	0
Tambacounda	1	1
Kolda	0	5
Saint-Louis	7	7
	80	129

Source : CAFSP 2008. Comptes nationaux de la santé. Résultats provisoires

Entre 2000 et 2007, l'étendue géographique des mutuelles de santé s'est élargie. Des mutuelles de santé fonctionnelles n'étaient répertoriées que dans quatre régions du Sénégal en 2000 : Thiès, Dakar, St Louis et Kaolack. En 2007, des mutuelles fonctionnelles sont recensées dans toutes les régions du pays à l'exception de Matam.

Les régions de Thiès et Dakar suivies de Diourbel et Kaolack sont les plus dynamiques dans cette évolution. Kolda devient une nouvelle région mutualiste tandis que tout l'Est est très dépourvu en mutuelles de santé.

Pour renforcer le développement des mutuelles de santé, le MSP a élaboré avec les acteurs concernés, un plan quinquennal stratégique de développement des mutuelles de santé. Ce document sert de guide aux principaux acteurs dans leurs actions de promotion des mutuelles de santé et constitue la vision du ministère de la santé en la matière. Il s'articule autour des cinq axes stratégiques suivants:

1. Développement des Capacités d'Implantation, d'Organisation et d'Extension des Mutuelles de santé ;
2. Renforcement des Capacités des Acteurs du Développement des Mutuelles de Santé ;
3. Mise en place d'un Plan de Communication pour la Promotion des Mutuelles de santé ;
4. Mise en Place et Développement de Partenariats Effectifs entre les Acteurs de la Mutuelle de Santé ;
5. Renforcement de l'Appui de l'État au Développement des Mutuelles de Santé

3.2. Les assurances privées à but lucratif

Les assurances privées sont régies par le code CIMA (Conférence Interafricaine du Marché des Assurances). Elles couvrent en règle générale des particuliers qui ont un niveau de revenus assez élevé : membres des professions libérales, industriels, cadres de haut niveau dans des entreprises et commerçants. Les contrats d'assurance maladie sont offerts sous forme de paquets et peuvent être considérés comme des produits offerts aux grosses entreprises qui souscrivent des polices d'assurances pour d'autres sinistres (incendie, vol, responsabilité civile). Parfois, certaines Institutions de Prévoyance Maladie délèguent la gestion de leurs activités à ces compagnies d'assurance privées.

II. ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE

Pour estimer le taux de couverture des différents dispositifs existants deux indicateurs-clés sont utilisés : le nombre de personnes couvertes (tableau 3) et le montant des dépenses payées versus les montants payés par les ménages directement (tableau 4).

Tableau 3. Estimation du nombre personnes couvertes contre le risque maladie

Type de régime	Personnes couvertes	Organismes gestionnaires	Nombre bénéficiaires	Part de la population couverte
Régime non contributif	Agents de l'Etat	Min Finances	817.193	7,35%
	Les personnes âgées de plus de 60 ans. Plan SESAME	Estat & IPRES	555.690	4,87%
	Les étudiants	COUD	33.000	0,30%
Régimes contributifs volontaires	Membres des mutuelles de santé*	mutuelles de santé	421.670	3,79%
	Souscripteurs à une assurance santé privée	Assureurs privés	24.500	0,22%
Régimes contributifs obligatoires (IPM)	Salariés du secteur privé	IPM	400.149	3,60%
Total			2.252.202	20,13%

Source : CAFSP. 2007. * Les données datent de l'inventaire de 2003 actualisées selon le taux de croissance de la population.

Tableau 4. Estimation du montant des dépenses de soins payés par des tiers. 2004²

Sources de financement	MONTANT		
Dépenses des usagers non assurés*	62.471.919.884	77,93%	78%
Assurance Maladie obligatoire (IPM)**	7.855.000.000	9,80%	
Assurance maladie Privée	4.161.436.13	5,19%	
Etat (Employeur)	4.032.000.000	5,03%	22%
Assurance maladie Volontaire (Mutuelles)	1.270.315.857	1,58%	
Fonds de garantie Automobile	378.328.046	0,47%	
Total	80.169.000.000	100%	

Source : Diagnostic de la Situation Nationale Macroéconomie et Santé. Dr Moustapha SAKHO. Mars 2005.

* Ce montant a été obtenu en étant des dépenses totales des usagers les montants payés par les systèmes d'assurance maladie.

** Le montant de 7.855.000.000 correspond vraisemblablement plus à la totalité de ce qui est payé par les IPM (frais réels) et non à ce qui est réellement pris en charge par les IPM (charges techniques).

Si on prend comme repère la situation de l'année 2007, on constate que seulement 2.252.202 sénégalais soit 20,13% de la population totale bénéficient d'un système de couverture du risque maladie. Il est à noter que les prestations spécifiques comme les accouchements et césariennes ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

² Noter que ce tableau retrace les dépenses antérieures à la mise en place des projets gratuité des accouchements et césariennes et plan SESAME.

Le montant des dépenses de santé payées par des tiers (assureurs sociaux, Etat ou partenaires) ou son inverse : le montant des dépenses payées directement par les usagers (*out of pocket expenses*) pourrait être un nouvel indicateur de la couverture du risque maladie. L'année de référence pourrait être 2004, où cet indicateur était de 78%.

Taux de dépenses réalisées en 2004 par les usagers non assurés = 78%

Il faudra alors intégrer dans cet indicateur les dépenses réalisées par l'Etat pour la prise en charge de certaines prestations, c'est le cas des accouchements et des césariennes dont le coût annuel est décrit dans le tableau 4 suivant.

Tableau 5. Estimation des répartitions des dépenses de santé dans les structures de santé

Sources de financement	MONTANT	POURCENTAGE
Etat (Employeur). Imputation budgétaire	4.032.000.000	23%
Assurance Maladie obligatoire (IPM)*	7.855.000.000	44%
Assurance maladie Volontaire (Mutuelles)	1.270.315.857	7%
Assurance maladie Privée	4.161.436.213	24%
Fonds de garantie Automobile	378.328.046	2%
Total	17.697.080.116	100%

Source : Diagnostic de la Situation Nationale Macroéconomie et Santé. Dr Moustapha SAKHO. Mars 2005.

Tableau 6. Estimation du coût de la gratuité des accouchements et des césariennes pour l'Etat. en millions de francs CFA

	Période			Total
	2004	2005	2006	
PNA/Centres & postes de santé	310,249	200,000	239,590	921,185
Hôpitaux	20,735	234,396	200,086	691,537
Total	330,984	434,396	439,676	1.612,722

Source : Évaluation des initiatives de subventions et du Fonds Social. CAFSP. Septembre 2007

L'effort de l'Etat sur cette prestation, sensible pour améliorer le taux de mortalité maternelle est donc de l'ordre de 500 millions de Francs Cfa par an. Mais, les comités de santé ont également participé à cet effort de façon importante puisque le manque à gagner du à la non perception du tarif de l'accouchement n'a toujours pas été comblé par l'Etat. Ainsi pour 2005 et le premier semestre 2006, les montants avancés par les comités de santé pour la prise en charge des accouchements peuvent être estimés à 278.718.000 FCFA.

*Tableau 7. Estimation du coût de la gratuité de la prise en charge des personnes âgées.
Plan SESAME en millions de francs CFA.*

	2006		2007		Total
	Centres de santé & postes de santé	Hôpitaux	Centres de santé & postes de santé	Hôpitaux	
Etat	120	580	105	595	1 400
IPRES	300			300	
Total	1.700			1.700	

Source : Évaluation des initiatives de subventions et du Fonds Social. CAFSP. Septembre 2007

Tableau 8. Fonds dépensés pour les indigents par dispositif en millions de francs cfa

Dispositif	2006
Direction de l'Action Sociale	117,330
Collectivités locales (FDD). Ligne budgétaire secours aux indigents	179,038 *
Fonds National de Solidarité	18
Caisse de Sécurité Sociale	12
Dépenses pour les cas sociaux des hôpitaux	130
Fonds pour les cas sociaux des centres & postes de santé	241,695**
Total	698,063

Source : Statistiques CAFSP 2007. *Estimation à partir de données de 34 districts.

** Montant estimé si les comités de santé appliquent les directives et notes de services relatives à la question des cas sociaux

Tableau 9. Estimation du montant des subventions de l'Etat hors subventions habituelles³ en 2006 en millions de Fcfa,

	Montant 2006
Initiative de gratuité des accouchements et césariennes	440
Assistance aux cas sociaux	130
Subvention pour l'acquisition d'insuline	300
Subvention pour la tuberculose	222
Subvention pour la drépanocytose (2007)	80
Subvention pour l'insuffisance rénale	90
Subvention pour les cancers	90
Subvention pour les cardiopathies	50
Subvention aux personnes âgées	700
Subvention pour les ARV et les réactifs pour les tests	1.500
Total	3.602

Source : Concertation Nationale "sur le système hospitalier. Octobre 2006

³ Nous parlons ici de subventions spécifiques sans prendre en compte les subventions classiques comme les dotations des hôpitaux et les mises à disposition de personnel.

III. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES SYSTÈMES DE COUVERTURE DU RISQUE MALADIE

1. La couverture maladie des agents de l'état

La couverture du risque maladie pour les agents de l'Etat par l'imputation budgétaire est partielle : 80% des actes et exclusion des médicaments. Pourtant, les médicaments constituent la part la plus importante (60 %)⁴ du coût d'un épisode de maladie. Face à cette situation, de nombreuses mutuelles de santé complémentaires se sont mises en place dans les différents secteurs de la fonction publique.

2. Les institutions de prévoyance maladie (IPM)

Ces organisations de gestion de l'assurance maladie, très originales dans la sous-région et fonctionnant depuis plus de trente ans, représentent une source importante de financement des structures de santé et notamment la médecine privée.

Elles souffrent cependant de quelques difficultés que l'on peut résumer ainsi :

- Manque de coordination des IPM ;
- Obsolescence du cadre législatif et réglementaire relatifs aux IPM
- Inexistence d'un cadre comptable et financier de référence et d'un manuel de procédures ;
- Inexistence de règles prudentielles ;
- Absence de solidarité financière entre IPM due à la non application de l'article 45 sur le fond de garantie du décret 75-895 du 14 août 1975 relatif aux IPM ;
- Faibles capacités de gestion des gérants ;
- Inadéquation des paramètres techniques (taux et assiettes de cotisation), source d'iniquité et de difficultés de trésorerie ;
- Inexistence de contrôle médical et notamment de médecin-conseil
- Inexistence de conventions de collaborations entre prestataires de soins et IPM
- Dérapage des consommations médicales du à la fraude des bénéficiaires, des professionnels de santé et à l'absence de médecin-conseil
- Faiblesse de la tutelle et absence de régulation ;
- Évasion sociale des employeurs
- Retard dans la validation de la nouvelle nomenclature des actes professionnels.

Il est difficile aujourd'hui de se prononcer sur la santé financière des IPM tant le paysage est contrasté. Selon l'enquête menée en 2001 par le Ministère du Travail et concernant 79 IPM et 176.384 bénéficiaires, le taux d'impayés déclaré par les IPM au 31 décembre 2000 serait de 15%. Malheureusement, l'enquête ne précise pas s'il s'agit de simples retards de paiement ou d'impayés fermes.

Il n'en reste pas moins que la situation financière des IPM est très liée à celle des entreprises et donc de la santé économique du pays. Les comptes nationaux de la santé pourront nous éclairer sur ces questions.

⁴ ESAMII. 2^{ème} Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages. Juillet 2004.

3. Les mutuelles de santé

Le Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé a identifié plusieurs faiblesses dans le développement des mutuelles de santé, auxquelles il faudra trouver des solutions. Ces faiblesses sont résumées selon les niveaux technique et opérationnel. Elles devront canaliser les interventions futures dans le cadre de la promotion de la mutualité dans le secteur de la santé.

Niveau stratégique et technique

- Faiblesse de l'appui de l'Etat au développement des mutuelles de santé
- Faiblesse de la capacité contributive des ménages, surtout dans les mutuelles communautaires, et inexistence de mécanismes de subvention par l'Etat et ses démembrements
- Insuffisance de l'environnement juridique du développement des mutuelles de santé ; loi votée mais pas accompagnée d'un décret d'application
- Inexistence de mesures d'exonération des équipements destinés aux mutuelles
- Absence d'une politique de contractualisation spécifique permettant de faciliter les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins
- Faible implication du personnel de santé dans la promotion des mutuelles de santé
- Faible implications des collectivités locales dans la promotion des mutuelles de santé
- Faiblesse dans la coordination des interventions d'appui aux mutuelles (structures d'appui et Ministère)
- Absence de mécanismes de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des politiques et programmes
- Faiblesse dans la documentation et la capitalisation des expériences

Niveau opérationnel

- Faible pénétration des populations cibles
- Faiblesse des mesures de gestion des risques liée aux insuffisances dans la conception des mutuelles de santé
- Bénévolat des membres des organes de gestion et irrégularité des rencontres des organes de gestion
- Insuffisance de la formation en gestion administrative et financière des administrateurs

4. Les indigents

Les nombreux dispositifs de prise en charge sanitaire des indigents souffrent de beaucoup de difficultés dans leur application liées notamment à :

- La lourdeur administrative ;
- Les réticences de certains prestataires ;
- L'absence de critères d'attribution clairs ;
- La non connaissance par les indigents de ces dispositifs ;
- Le manque de coordination des interventions.

Ces difficultés sont également liées à l'insuffisance criante des budgets alloués. A titre d'exemple, la Direction de l'Action Sociale constate une écart important entre le nombre de bénéficiaires 585⁵ dossiers satisfais au titre de l'aide en faveur des familles démunies sur une population éligible de 215 760 ménages pauvres soit un taux de couverture de 0,27%.

5. Les initiatives de gratuité : accouchements, césariennes et plan Sésame

Toutes ces initiatives ont répondu à leur objectif en terme d'augmentation de la consommation des soins et d'amélioration des indicateurs de santé (surtout pour les accouchements et les césariennes). On a également noté une augmentation de la qualité des soins grâce à la possibilité d'intervenir tout de suite

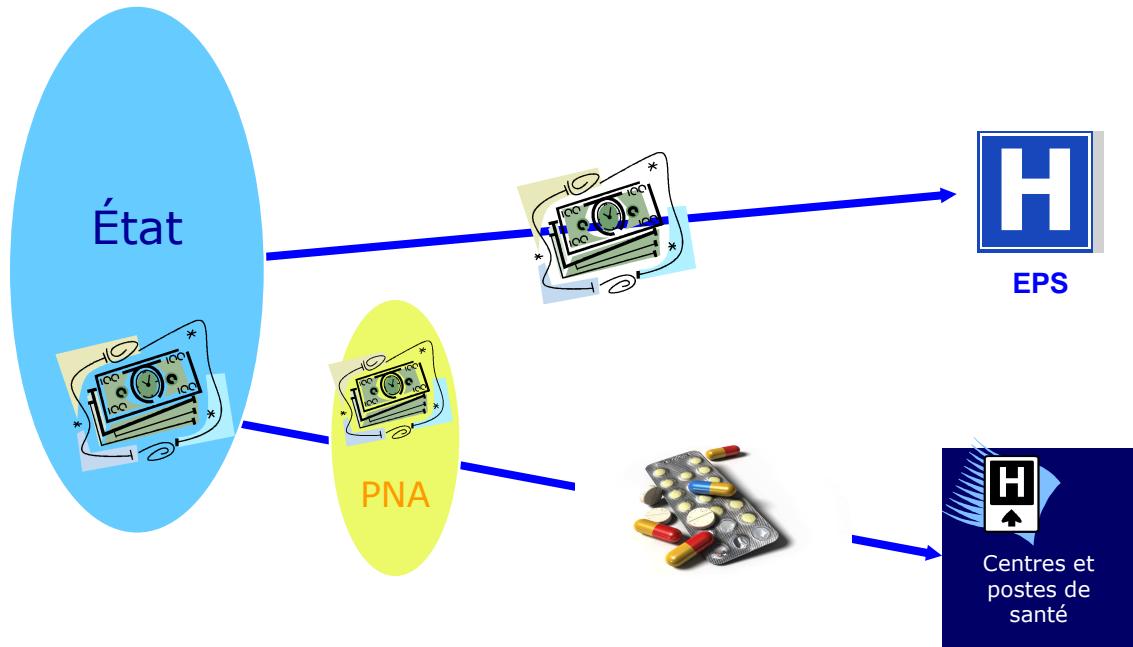
⁵ Document provisoire de Stratégie nationale de Protection Sociale et gestion des risques. Octobre 2005

(réduction du temps de latence) et une augmentation de l'équité face aux soins puisque la prise en charge ne dépend plus de son coût.

Cependant, des difficultés dans la mise en œuvre sont apparues relatives aux modalités de règlement et de gestion et à leur impact sur le fonctionnement et la santé financière des structures sanitaires.

5.1. Modalités de règlement et de gestion

Même s'il s'agit d'une subvention de la demande, les modalités de gestion existantes font transiter ces subventions par l'offre de soins comme le montre le schéma ci-dessous.



Dans les hôpitaux :

- Mise en place d'un fonds d'avance dans chaque hôpital calculé sur la base de statistiques sanitaires
- Justification de l'utilisation du fonds par l'hôpital sur la base d'un rapport des actes effectués
- Réallocation quand l'avance est terminée sans aucun contrôle ni médical ni de la véracité des actes dispensés.

Pour le Plan Sésame : Transmission à la Région Médicale, la Direction de la santé et enfin la DAGE pour règlement.

Pour les accouchements : Transmission à la DS / DSR et à la DAGE pour règlement

Dans les centres de santé et postes de santé

Pour les accouchements :

- Financement de la PNA par l'État pour achat de kits accouchements & césariennes
- Nombre de kits calculés sur la base de statistiques sanitaires
- Mise à disposition des kits d'accouchements aux districts par une note d'attribution de la Direction de la santé relative au plan d'approvisionnement;
- Justification par le comité de santé des actes effectués & transmission au district puis à la DSR puis à la PNA pour réapprovisionnement en kits ;

Pour le plan Sésame :

- Mise à disposition par l'État à la PNA d'un budget
- Justification par le comité de santé des prestations auprès du médecin-chef de district
- Elaboration d'un bon de commande de médicaments ;
- Transmission de la Région Médicale puis à la PNA pour approvisionnement ;
- Dotation en médicaments des districts par la PNA ;

Toutes ces justifications ne sont jamais contrôlées ni en terme de contrôle médical ni en terme de véracité des actes dispensés. Le Bureau des personnes âgées de la Direction de la Santé ne dispose que d'un coordonnateur et de deux agents.

5.2. Difficultés liées à l'organisation de ces initiatives et impact sur les structures sanitaires

Ce circuit largement administratif a montré ses limites liées notamment à la non intégration de ces initiatives dans le fonctionnement du système de santé. L'évaluation⁶ commanditée par la CAFSP a largement montré que la mise en place de ces initiatives a souffert d'une faiblesse de l'ingénierie sociale et institutionnelle lors de leur implantation.

Il ne semble pas y avoir une intégration de la gestion du plan SESAME dans le système de santé car, si on prend l'exemple de la région médicale, la cellule régionale ne se confond pas avec les services de la RM, même si certains de ses éléments y sont cités. Ce qu'il faut comprendre dans ce schéma, c'est la hiérarchie propre des cellules aux différents niveaux, faisant tout dépendre de la cellule nationale qui, elle, ne dépend de personne et n'est intégrée à aucune structure. Extrait de l'Évaluation des initiatives de subventions et du Fonds Social. CAFSP. Septembre 2007

La gratuité concerne toute la prestation : acte (consultation ou accouchement) et médicaments. Mais seuls les médicaments (médicaments ou kits) sont remboursés dans le cadre de ces initiatives. Cette non perception des tarifs constitue un manque à gagner important pour les comités de santé (surtout pour les accouchements) qui de fait participent au financement de ces initiatives.

Une gestion séparée a été mise en place et a eu un impact négatif sur le fonctionnement des structures de santé : désorganisation de la gestion du médicament⁷ et de la gestion des stocks plus généralement, risque de pénurie des dépôts de médicaments. Il en résulte des risques majeurs :

- réduction des primes de motivation du personnel,
- augmentation d'autres tarifs de prestations ayant pourtant une valeur ajoutée sociale élevée (vaccinations, échographies, ...)
- augmentation des taux de marge sur les médicaments.

L'absence de contrôle entraîne ou risque d'entraîner un lourd dérapage des consommations et ce surtout pour le plan SESAME.

En résumé, les difficultés relatives aux initiatives de gratuité sont essentiellement liées à la gestion et à l'organisation du paiement des prestataires.

6. Les assurances privées

Les assurances privées n'attirent pas beaucoup de monde à cause du taux élevé des primes et ne concernent donc qu'une minorité de privilégiés. Elles jouent cependant un rôle important et croissant dans le financement de la santé (5% des dépenses de santé dans les formations sanitaires).

⁶ Évaluation des initiatives de subventions et du Fonds Social. CAFSP. Septembre 2007

⁷ Les délais entre le remboursement en médicaments et le don du médicament sont très longs

Deuxième partie.

***Stratégie Nationale d'Extension de la couverture
du risque maladie des sénégalais.***

La stratégie d'extension de la couverture du risque maladie se décline en trois axes :

- Amélioration des modalités de gestion des dispositifs de gratuité par la création d'un Fonds Commun prenant en charge toutes les initiatives de gratuité.
- Développement, amélioration des dispositifs existants et extension des publics : mutuelles de santé, initiatives de gratuité & IPM ;
- Développement de nouvelles initiatives : Création d'un régime spécial pour les ruraux, système de couverture des routiers et autres corps des métiers.

I. AMELIORATION DES MODALITES DE GESTION DES INITIATIVES DE GRATUITE ET EXTENSION DES PUBLICS CIBLES

Les pistes liées à l'extension de la couverture du risque maladie par les initiatives de gratuité sont de nature qualitative et quantitative.

Pour une plus grande efficacité, les modalités de gestion des initiatives de gratuité devront être modifiées, la stratégie propose la mise en place d'un fonds prenant en charge les prestations subventionnées.

Pour une plus large couverture, la stratégie propose l'extension de la prise en charge des césariennes à la Région de Dakar, la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et les indigents.

1.1. La création d'un fonds d'achat

Les politiques de subvention actuelles, que ce soit pour les accouchements ou pour les personnes âgées, subventionnent la demande mais transitent par l'offre de soins avec toutes les difficultés d'organisation et de gestion soulevées dans la première partie.

Pour une meilleure efficacité, le Fonds proposé permet que :

- la fonction de producteur des soins et de financeur des soins soit bien séparée,
- la formation sanitaire ait une relation de fournisseur à client. Et surtout que :
- le fonctionnement normal et toute l'organisation de la structure sanitaire ne soient pas perturbés par la gratuité des soins mais au contraire que sa performance soit stimulée.

Une étude d'ingénierie devra préciser les différentes modalités de mise en place de ce fonds qui fonctionnera selon les grandes lignes indiquées dans les paragraphes suivants.

1.1.1. La mission de ce Fonds d'Achat

La mission majeure de ce Fonds d'Achat est de payer aux structures sanitaires publiques

- et
- des prestations choisies par les autorités sanitaires en fonction de la politique nationale de santé
 - des prestations pour des publics ayant des difficultés d'accès aux soins.

1.1.2. Les fonctions du Fonds d'Achat

Les fonctions assignées à ce Fonds d'Achat sont :

- Collecte de fonds auprès des contributeurs : Etat, Partenaires au Développement, Partenaires privés ;
- Élaboration d'arrangements contractuels entre les formations sanitaires agréées et le Fonds d'Achat

- Contrôle : Contrôle des droits des bénéficiaires (en collaboration avec le prestataire) dont l'émission des cartes des bénéficiaires, Contrôle de légalité des factures (Nomenclature des actes), Contrôle comptable des factures et surtout Contrôle médical (médecin-conseil notamment).
- Règlement des factures des soins consommés par les bénéficiaires
- Suivi du Risque : suivi des consommations médicales, des fréquences des risques, veille médico-financière

1.1.3. Les modalités de gestion de ce Fonds d'Achat

La gestion de ce fonds d'Achat doit être professionnelle et utiliser les techniques les plus pointues de gestion d'assurance maladie.

Il s'agit donc d'une petite équipe au départ qui est responsable de la performance du Fonds devant un Conseil d'Administration. Les frais de gestion ne devront pas dépasser 15-20% du montant total du fonds.

On peut aussi imaginer que ce fonds ne soit pas géré directement par une équipe technique mais que sa gestion soit déléguée à des organismes de gestion de l'assurance maladie existants : IPM, mutuelles de santé, Caisse de Sécurité Sociale, IPRES, assureur privé.

1.1.4. Le financement du Fonds d'Achat

Actuellement les initiatives de gratuité sont financées à 100 % par l'Etat et précisément le Ministère de la Santé, mais la mise en place d'un tel Fonds et la transparence de l'utilisation des ressources qui en découlera permettront d'attirer d'autres partenaires financiers.

Les autres départements ministériels qui gèrent des dispositifs de couverture du risque maladie pourront contribuer au financement de ce fonds. Ils donneront un cahier des charges précis au Fonds.

Les partenaires au développement ou les grandes entreprises privées peuvent être intéressés à financer la prise en charge d'une pathologie spécifique ou d'une catégorie de population.

1.1.5. La gouvernance du Fonds d'Achat

L'autre intérêt politique des fonds d'achats vient de la possibilité d'imaginer des modes de gouvernance innovants. Ainsi, les contributeurs et les bénéficiaires pourraient participer à cette gouvernance et pas seulement l'Etat.

Toutes ces questions liées à l'ingénierie financière, sociale, institutionnelle et technique du Fonds d'Achat devront faire l'objet d'une étude de faisabilité et de mise en place.

1.2. L'extension des initiatives de gratuité

1.2.1. L'extension de la gratuité pour les césariennes dans la région de Dakar

Compte tenu de la forte présence de la pauvreté dans la région de Dakar et dans un souci d'équité, il est proposé que la gratuité des césariennes soient étendue dans cette région à partir de 2009. Compte tenu également de la forte densité de cette région (25% de la population), l'amélioration des indicateurs liés aux OMD (mortalité maternelle notamment). Le coût de cette extension peut être estimé à 200 millions de Francs Cfa par an.

1.2.2. L'extension de la gratuité pour le groupe des 0-5 ans

La mortalité infanto juvénile (des moins de cinq ans) constitue une problématique de santé publique majeure au Sénégal, cela malgré les progrès notés (cf tableau ci-dessous), fruit de la mise en œuvre de divers programmes en faveur de la survie de l'enfant comme : le Programme Elargi de Vaccination, le Programme

de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques, le Programme de Lutte contre le Paludisme ou encore le Programme National de Nutrition.

	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infanto-juvénile
EDS II 1992	76,0	87,4	156,7
EOI 1996	60,0	98,0	154
EDS III 1997	69,4	75,1	139,3
ESIS 1999/2000	70,1	80,9	145,3
EDS IV 2005	61‰	64‰	121‰

Au-delà des programmes ciblés sur les maladies, la levée des barrières financières, par la mise en place de la gratuité pour ces publics, permettrait un recours plus rapide pour ces familles. L'atteinte de la réduction de 2/3 en 2015 du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans conformément aux OMD pourrait s'en trouver facilitée. Il faut préciser que cette mesure de gratuité ne concerne pas les enfants de 0-5 ans dont les parents bénéficient déjà d'une couverture maladie à travers les systèmes formels de protection sociale ; soit 20% de la cible. Sous ce rapport l'évolution du nombre de bénéficiaires se présente comme suit (voir tableau 10 ci-dessous).

Tableau 10. Evolution du nombre des bénéficiaires

Années	2009	2010	2011	2012
Nombre de bénéficiaires	1.941.346.	1.999.586	2.059.590	2.121.362

1.3. Stratégie de prise en charge des indigents

Au Sénégal, la prise en charge des groupes vulnérables en général, des indigents en particulier reste encore des questions récurrentes dans les domaines du financement de la demande bien qu'il existe des expériences capitalisées à travers différents dispositifs.

L'état des lieux de la couverture du risque maladie des indigents a montré que les dispositifs existants (certificat d'indigence, secours pour frais médicaux offerts par la Direction de l'Action Sociale et le Fonds de solidarité Nationale, exemption partielle ou totale offerte par les comités de santé et les services sociaux en milieu hospitalier), sont tous confrontés à des difficultés liées entre autres aux lourdeurs administratives et à l'absence de critères clairs d'attribution.

Dans la pratique, ces dispositifs n'ont réellement jamais répondu correctement aux besoins de couverture sanitaire de cette couche de la population. Parmi les facteurs d'inefficacité on peut citer l'absence de critères harmonisés d'identification des bénéficiaires mais surtout l'insuffisance des allocations financières pour leur prise en charge.

Parallèlement à ces dispositifs de type assistantiel, les Mutualités de Santé ont réussi à se faire une place prépondérante dans le paysage actuel des systèmes d'assurance maladie grâce aux fonctions sociales qu'elles assument pour les communautés et qu'elles ont bâties à partir des valeurs de solidarité et d'entraide particulièrement ancrées dans les traditions au Sénégal. Dans cette perspective, certaines d'entre elles n'ont pas tardé à élargir leurs options sur les mécanismes de fonctionnement pour faciliter l'accès aux services qu'elles offrent à des catégories sociales particulières. Le développement de schémas de prise en charge d'indigents ou groupes sociaux vulnérables participe de cette dynamique qui, du coup, offre aussi à ces Mutualités de Santé une bonne opportunité d'élargissement de leur base sociale et surtout de leur stabilité financière.

L'étude réalisée par l'USAID sur une quinzaine d'expériences de prise en charge des indigents à travers les mutualités de santé a conclu que malgré quelques faiblesses dans leur mode de fonctionnement dont la plupart sont imputables au fait qu'elles ne bénéficient pas encore de tout l'accompagnement technique et

logistique requis pour arriver à leurs ambitions, les Mutuelles de Santé présentent cependant des atouts de taille pour être une alternative à certains mécanismes de subvention dans le secteur de la santé. Parmi ces atouts figurent :

- **l'offre de couverture maladie à moindre coût** : les expériences avec les ONGs montrent que le parrainage de leur cible à travers les mutuelles de santé est de loin moins coûteux que leur ancienne formule où celles-ci traitaient directement avec les prestataires et les familles bénéficiaires. La collaboration a permis des économies financières importantes qui ont permis d'élargir la couverture à d'autres bénéficiaires ;
- **la crédibilité reconnue dans le respect des engagements vis-à-vis des prestataires** : les délais de règlement des factures dues aux prestataires sont partout respectés. L'application de mesures de gestion des risques (déséquilibre financier) garantit une santé financière suffisante pour faire face aux charges liées aux prestations. En effet, il faut être à jour de ses cotisations pour bénéficier des soins ;
- **l'emprise réelle sur les réalités sociales gage de fiabilité des processus de ciblage des indigents** : dans les processus d'identification et de sélection des bénéficiaires des schémas de parrainage, les mutuelles mettent en exergue des références du milieu socioculturel pour apprécier la situation sociale d'une personne ou d'une famille. Au-delà du niveau de revenu, on considère en plus le capital social ;
- **la capacité d'adaptation à la demande de prestation** : le paquet de bénéfice autant que le taux de contribution sont régulés à la mesure de la demande de soins des cibles et de leur capacité de contribution. Cela est surtout facilité par la proximité et l'existence de mécanismes de d'échange et d'expression des besoins.

En regard des avantages relevés relatifs à leur ancrage aux valeurs de solidarité et d'entraide communautaire, leur capacité de ciblage et d'adaptation à la demande des bénéficiaires, le partage des risques et des coûts liés à la prise en charge de la maladie entre autres, les systèmes de financement communautaire en général, les mutuelles de santé en particulier pourraient constituer une piste intéressante dans la perspective d'extension de couverture du risque maladie des indigents.

Toutefois, un certain nombre de mesures d'accompagnement devront être prises pour permettre à ces organisations d'assumer correctement ces nouvelles missions. Il s'agira en tenant compte des recommandations de l'étude susvisée de :

- redynamiser le fonctionnement des instances des mutuelles. Pour certaines, des pas importants ont été déjà franchis mais il y a besoin de mieux les insérer dans leur environnement afin de leur permettre d'optimiser les possibilités de collaboration et de partenariat avec des acteurs stratégiques.
- améliorer le système de gestion des informations et de suivi statistique des opérations effectuées au jour le jour
- formaliser les procédures de ciblage et de suivi des bénéficiaires des schémas de parrainage sur la base d'une démarche participative
- appuyer les mutuelles à se doter de stratégies propres intégrant les possibilités de partenariat avec plusieurs acteurs.
- appuyer les mutuelles à évoluer vers une professionnalisation de leur système de gestion avec limitation du bénévolat sur certaines fonctions stratégiques
- faciliter l'obtention d'avantages sur les prestations conditionnés au respect de certaines exigences de performance. ;
- articuler la zone d'intervention des mutuelles de santé au territoire des collectivités locales

Ces mesures d'ordre organisationnel devront être soutenues par des incitations financières sous la forme de fonds d'équité mis en place à des niveaux de localisation les plus appropriés et financés conjointement par l'Etat et les collectivités locales pour appuyer l'extension des paquets de prestations couvertes par les mutuelles et la prise en charge des indigents.

L'intérêt d'articuler la zone d'intervention des mutuelles au territoire des collectivités locales est de faciliter l'implication des élus locaux dans la mobilisation des adhésions et l'identification des populations à prendre en charge à travers des subventions selon une stratégie de proximité.

La prise en charge des indigents au niveau local par les mutuelles de santé est prévue dans le projet de démonstration de l'extension de l'assurance maladie à travers les mutuelles de santé dans le cadre de la décentralisation détaillé au point 4.3.

II. Stratégie de développement des mutuelles de santé

Les organisations socioprofessionnelles et les organisations communautaires de base ont lancé des mutuelles de santé qui ont élargi la base d'expériences en matière de mutualité en s'appuyant sur les valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle dans le pays. Cette dynamique est entraînée d'être impulsée par le MSP, à travers la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) et des actions pour améliorer l'environnement dans lequel évoluent les mutuelles de santé.

En collaboration avec les acteurs du développement des mutuelles de santé, le MSP a mis en place un plan stratégique de développement des mutuelles de santé dont les principaux axes sont intégrés dans la stratégie nationale de protection sociale (SNPS) et le document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP).

Le Sénégal peut utiliser le capital social des communautés de base et les expériences mutualistes internes pour étendre la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux. Ainsi, une des options majeures pour atteindre l'objectif intermédiaire de couverture du risque maladie à au moins 50 % d'ici à 2015 du DSRP est d'étendre l'assurance maladie sur la base des mutuelles de santé. Il s'agit à travers cette option d'augmenter le taux de couverture des mutuelles de santé à 25% de la population à l'horizon 2015 : soit la moitié de la cible du DSRP.

Pour accélérer l'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs ruraux et informels, il est nécessaire d'étendre l'infrastructure de base de l'assurance maladie volontaire à travers le renforcement des mutuelles de santé existantes, la création de nouvelles mutuelles de santé, et le renforcement des capacités de coordination et des unions des mutuelles de santé.

Le Sénégal va atteindre cet objectif en mettant en synergie les initiatives des communautés et des collectivités locales et les interventions de l'Etat autour des axes stratégiques suivants :

- Renforcement des Capacités d'Implantation, d'Organisation et d'Extension des Mutuelles de santé ;
- Renforcement des Capacités des Acteurs du Développement des Mutuelles de Santé ;
- Mise en place d'un Plan de Communication pour la Promotion des Mutuelles de santé ;
- Mise en Place et Développement de Partenariats Effectifs entre les Acteurs de la Mutuelle de Santé ;
- Renforcement de l'Appui de l'État au Développement des Mutuelles de Santé

2.1. Renforcement des capacités d'implantation, d'organisation et d'extension des mutuelles de santé

Le renforcement des capacités d'implantation, d'organisation et d'extension des mutuelles de santé se fera à travers les actions suivantes :

- Appuyer la fonctionnalité des instances d'au moins 100 mutuelles de santé par an
- Dotter les mutuelles de santé de grande envergure de siège fonctionnel
- Appuyer la mise en place de nouvelles mutuelles dans au moins 140 collectivités locales
- Appuyer la création de mutuelles dans au moins cinq organisations socioprofessionnelles
- Susciter la création de mutuelles complémentaires pour les agents de l'Etat
- Apporter un appui institutionnel aux unions locales de mutuelles de santé
- Expérimenter la mise en commun des gros risques au niveau de cinq unions au moins

- Appuyer la mise en place de la fédération/union nationale des mutuelles de santé
- Faciliter la coopération entre mes unions et d'autres partenaires intérieurs et extérieurs

2.2. Renforcement des capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé

Le renforcement des capacités de formation et la mise en place de systèmes d'information et de gestion pour renforcer les capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé sera soutenu par les actions suivantes :

- Organiser un atelier d'identification des besoins de formation des acteurs de la mutualité
- Mettre en place un cadre de formateurs au niveau national et régional
- Elaborer et mettre en place un plan de formation des acteurs à partir des besoins identifiés
- Promouvoir la mise en place de cadres de collaboration avec les instituts et écoles de formation (ENEA ; ENDSS ; CESAG ; ISED ; EFI, Faculté de médecine)
- Appuyer des voyages d'études et la participation à des rencontres scientifiques sur les mutuelles de santé pour les acteurs de la mutualité
- Evaluer les systèmes d'information et de gestion actuels des mutuelles de santé existantes
- Elaborer un plan d'harmonisation des systèmes d'information et de gestion et le mettre en œuvre
- Doter les mutuelles de santé existantes d'outils de gestion standardisés

2.3. Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication pour soutenir le développement des mutuelles de santé

L'augmentation de l'adhésion dans les mutuelles de santé sera soutenue par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communication sur la mutualité et l'assurance maladie. L'adhésion dans les mutuelles de santé sera soutenue par les activités suivantes :

- Elaborer un projet de plan de communication
- Organiser un atelier de validation du projet de plan de communication
- Mettre en place des cadres de collaboration entre les structures de communication modernes et traditionnelles pour une diffusion de masse des composantes du plan
- Appuyer la mise en œuvre du plan de communication au niveau régional et local
- Apporter un appui direct aux activités de sensibilisation d'au moins 100 mutuelles par an

2.4. Mise en place et développement de partenariats effectifs entre les acteurs de la mutualité

Le renforcement des cadres de convention avec les structures d'offre de soins, l'articulation avec les institutions de micro-finance, et la promotion de partenariats pour la prise en charge des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé. Les partenariats entre les acteurs de la mutualité seront soutenus par les activités suivantes :

- Finaliser le projet de convention cadre entre les mutuelles de santé et l'offre de soins
- Tester et évaluer la mise en œuvre de la convention cadre dans deux régions
- Appuyer l'extension de la convention cadre sur l'ensemble du territoire national
- Evaluer les expériences de couplage *mutuelle de santé et micro-finance* (MS/IMF) existantes
- Diffuser les résultats de l'étude sur le couplage MS/IMF
- Appuyer des voyages d'étude pour partager les expériences de couplage MS/IMF
- Expérimenter la prise en charge des PVVIH à travers les mutuelles de santé
- Promouvoir l'extension de la prise en charge des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé.

2.5. Renforcement de l'appui de l'Etat au développement des mutuelles de santé

L'appui de l'Etat au développement des mutuelles de santé sera soutenu par les actions prioritaires suivantes :

- Harmoniser le cadre juridique national aux textes communautaires (UEMOA)
- Mettre en place les instances prévues par la législation UEOMA
- Appuyer la diffusion du cadre juridique harmonisé
- Mettre en place des mécanismes de subvention générale pour l'extension des paquets de bénéfices des mutuelles de santé
- Mettre en place des mécanismes de subvention ciblée pour la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé en collaboration avec les collectivités locales
- Mettre en place des mécanismes de garantie pour accompagner le couplage MS/IMF
- Appuyer la prise en charge totale du 1/5 par les mutuelles de santé d'envergure nationale pour les agents de l'administration

III. LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET LES PROJETS D'EXTENSION

3.1. Une étude pour préparer la réforme de l'assurance maladie obligatoire

La Commission de Supervision et de Régulation des Institutions de Sécurité Sociale (COSRISS) en collaboration avec le Ministère de la Santé a demandé une étude pour préparer cette réforme.

Selon les Termes de référence de cette étude qui doit se réaliser dans le courant du premier semestre 2008, les objectifs de l'étude visent à :

- évaluer le dispositif actuel de la couverture du risque maladie au profit des travailleurs salariés ;
- proposer un schéma global de réforme systémique et paramétrique de l'assurance- maladie obligatoire gérée par les IPM et qui permette de garantir la couverture de l'ensemble des travailleurs salariés ;
- définir des règles de gestion et des normes prudentielles en vue d'améliorer les pratiques de gestion de l'assurance maladie en tenant compte des meilleures pratiques dans le monde ;
- concevoir le mode de régulation de l'Assurance-Maladie⁸.

Toujours selon ces termes de référence, un ensemble d'instruments juridiques et de gestion devra être disponible, en particulier :

- des recommandations sur l'organisation de l'assurance-maladie obligatoire ;
- des projections sur le comportement à court et moyen terme des variables cotisations/prestations ;
- des avant- projets de textes législatifs et réglementaires régissant le nouveau cadre de l'assurance- maladie obligatoire ;
- un cadre comptable de référence, des règles prudentielles et un manuel de procédures comptable et technique de référence pour les organismes gestionnaires et pour l'Agence de contrôle ;
- des outils nécessaires à la démarche de contractualisation entre les acteurs du système d'assurance- maladie et les prestataires de soins ;
- la formulation de règles de fonctionnement, de dotation et de contrôle du fonds de garantie du système d'assurance-maladie ;
- l'élaboration d'un logiciel de gestion technique et comptable de référence à l'intention des acteurs du système d'assurance- maladie obligatoire.

⁸ Extrait des termes de référence de l'étude sur la réforme l'assurance maladie obligatoire.

3.2. La mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie obligatoire et notamment la revue des textes législatifs

Les résultats de l'étude donneront à la tutelle et aux IPMs la direction claire que devra prendre l'Assurance maladie. La tutelle se devra de mettre en œuvre ces directives et notamment la revue des textes législatifs.

3.2.1. La création d'une structure faîtière des IPM

Le manque de coordination des IPM, l'absence de solidarité financière entre les IPM, l'inexistence de conventions de collaborations entre les prestataires de soins et les IPM et l'absence d'un contrôle médical militent pour la mise en place d'une structure faîtière mutualisant le moyens.

Les missions assignées à cette structure faîtière sont :

- la formation du personnel et des membres des organes délibérants des IPM ;
- l'appui en expertise juridique, administrative, financière et comptable ;
- la mise à disposition de services de conseil et de suivi du risque ;
- la gestion et le règlement de contentieux communs à toutes les IPM ;
- la conclusion de conventions entre les professionnels de santé et les IPM ;
- la gestion et le règlement d'un contentieux spécifique à une ou plusieurs IPM qui lui serait éventuellement confié ;
- la facilitation d'achats groupés pour les IPM ;
- la gestion d'instruments de sécurisation financière des IPM ;
- la facilitation du recouvrement des cotisations et généralement de toute somme due aux IPM ;
- le suivi du risque par la collecte et le traitement de données statistiques relatives aux activités des IPM
- le contrôle médical dont la mise à disposition des IPM d'un praticien-conseil
- la définition et la mise en œuvre d'une politique de marketing au profit des IPM ;
- la promotion de l'image et du rôle des IPM au sein du système national de protection ;

La mise en place de cette structure autonome est aujourd'hui souhaitée par une forte majorité des partenaires sociaux. Volonté qui s'est à nouveau manifestée à l'atelier de Dakar du 16 janvier 2007 sur les IPM organisé par le Ministère du Travail.

À la suite de cet atelier, un groupe de travail a été réuni par le Ministre du Travail pour réfléchir à la mise en place de cette structure faîtière. Ce groupe de travail n'a pas encore restitué ses travaux.

3.2.2. L'extension de la couverture par la lutte contre l'évasion sociale

La forte éviction sociale, c'est-à-dire la non affiliation de certains travailleurs à une IPM, découle de:

- la difficulté pour les petites entreprises de moins de 100 salariés à trouver une IPM d'accueil ;
- la mauvaise information des chefs d'entreprise de l'obligation de créer une IPM ou de s'affilier à une IPM inter-entreprise existante ;
- la mauvaise volonté de chefs d'entreprises qui veulent pas verser de cotisations pour leurs salariés.

Pour lutter contre ce phénomène, la Division des IPM du Ministère du Travail a élaboré une fiche de projet dont l'objectif général est d'augmenter le taux de couverture de l'Assurance Maladie Obligatoire au Sénégal par la lutte contre l'évasion sociale. Les objectifs spécifiques de ce projet sont :

1. Renforcement de la Division de contrôle et de Suivi des Institutions de Prévoyance Maladie ;
2. Mise en place d'un mécanisme de contrôle et de Suivi (Système de monitoring) des Institutions de Prévoyance Maladie ;
3. Création d'une Institution de Prévoyance Maladie Interentreprises d'Attente (IPMA)

Cette IPM d'attente permettrait d'affilier les personnels des entreprises dont l'effectif est inférieur à 100 employés, les travailleurs du secteur informel non affiliés à une IPM, les travailleurs des entreprises dont les

employeurs refusent de créer des IPM, les entreprises à faible effectif qui ont des difficultés à trouver des IPM d'accueil, les travailleurs des ambassades, les travailleurs des agences, les travailleurs des établissements publics, les travailleurs intérimaires, les travailleurs titulaires des contrats de travail atypiques comme contrats de prestation de service et tout autre public non affilié repéré par la Division des IPM.

3.2.3. La revue des textes législatifs

L'étude commandée par la Commission de Supervision et de Régulation des Institutions de Sécurité Sociale va proposer des projets de textes législatifs qu'il conviendra de présenter aux acteurs sociaux et au législateur afin que la réforme puisse être mise en œuvre.

IV. LA MISE EN PLACE DE NOUVEAUX REGIMES : LES REGIMES SPECIAUX

Depuis l'avènement de la mutualité santé au Sénégal, les approches en matière de création de mutuelles ont peu évolué malgré les orientations contenues dans le Plan Stratégique à travers ses axes d'intervention **3 (Mise en Place et Développement de Partenariats Effectifs entre les Acteurs des Mutuelles de Santé)** et **5 (Renforcement de l'Appui de l'État au Développement des Mutuelles de Santé)**.

L'axe d'intervention 4 : « Mise en Place et Développement de Partenariats Effectifs entre les Acteurs de la Mutuelle de Santé » encourage une forte implication des prestataires de soins et des collectivités locales dans la promotion des mutuelles de santé. Il propose également des activités de renforcement des expériences de couplage entre mutuelles de santé et organisations socio-professionnelles de base notamment les institutions de micro-finance, les GPF, les associations d'émigrés, etc.

L'axe d'intervention 5 : « Renforcement de l'Appui de l'État au Développement des Mutuelles de Santé » propose une plus grande implication de la puissance publique à travers la finalisation du cadre juridique sur les mutuelles de santé mais aussi et surtout la mise en place d'incitations financières pour soutenir la viabilité des mutuelles de santé.

C'est seulement à partir de 2006, face aux difficultés récurrentes qui ont continué à compromettre la viabilité des mutuelles classiques et à la faveur de certains arrangements juridiques que des initiatives de grande envergure ont commencé à émerger sous la forme de phase d'expérimentation. Si elles empruntent aux mutuelles de santé les principes fondamentaux de solidarité et de gestion démocratique, ces régimes spéciaux ont introduit des innovations majeures relativement au mode d'adhésion, de recouvrement des cotisations et la diversification des sources de financement.

Les projets actuellement en cours d'expérimentation dans le cadre de l'extension de la couverture du risque maladie sont :

1. Le Projet de mise en place d'un régime de protection sociale agro-sylvo-pastorale
2. Le projet de mise en place d'une mutuelle sociale pour les travailleurs du secteur routier
3. Le projet de démonstration de l'extension de l'assurance maladie à travers les mutuelles de santé dans le cadre de la décentralisation ;
4. Le Programme d'Appui au Développement de la Micro-Assurance Santé (PAMAS)

4.1. Projet de mise en place d'un régime de protection sociale agro-sylvo-pastorale

La Loi d'Orientation Agro-Sylvo-Pastorale (LOASP) promulguée le 4 juin 2004 reconnaît formellement en son article 9 les métiers de l'agriculture et les protège. Elle prévoit, en ses articles 14 et 15 le bénéfice de la protection sociale et la mise en place d'un régime de protection sociale agro-sylvo-pastorale pour les personnes exerçant les métiers de l'agriculture. Le plan de développement d'un régime de protection sociale agro-sylvo-pastorale a été défini et validé. Ce plan s'inscrit en droite ligne du DSRP qui prévoit à travers son axe stratégique 3 « de créer de nouveaux régimes mieux adaptés aux besoins prioritaires des travailleurs du secteur non formel.

S'agissant des produits à couvrir, la couverture maladie est le risque prioritaire choisi par les populations rurales. Ce régime couvrira à terme les personnes exerçant les métiers de l'agriculture et leurs familles (soit 5,6 millions de ruraux). Le déploiement du régime sera progressif avec :

- Une phase pilote dans deux régions et autour de filières agricoles organisées pour les deux premières années:
 - Tambacounda avec les producteurs de coton
 - Saint-Louis avec les producteurs de riz et de tomate
- Un début d'extension à quatre autres régions à partir de la troisième année
- Une extension aux cinq régions restantes à partir de la cinquième année
- La couverture 85% population cible en 2024

Selon la définition retenue dans l'article 9 de la LOASP, la population cible concerne les personnes exerçant les métiers de l'agriculture au sens large (agriculteurs, éleveurs, exploitants forestiers, pêcheurs, artisans ruraux, etc.). Les personnes de plus de 60 ans prises en charge dans le cadre du plan Sésame ne sont pas concernées par ce régime.

La population rurale est estimée à environ 6 658 766 personnes en 2007, soit 58,4% de la population selon l'Enquête de Suivi de la Pauvreté.

Le paquet de services couverts intègre l'ensemble des services de santé disponibles dans les structures de soins publiques (postes et centres de santé, hôpitaux régionaux et nationaux). Le même paquet de services sera offert dans toutes les régions rurales. Le paquet ne comportera que les médicaments vendus dans les structures sanitaires publiques (médicaments essentiels et génériques et médicaments de marque). En revanche, les médicaments achetés dans les officines privées qu'ils soient génériques ou de marque ne seront pas pris en charge.

Les niveaux de prise en charge seront de 70% au niveau primaire et de 90% au niveau secondaire et tertiaire. Les patients couverts par le régime ne payent que le montant du ticket modérateur au moment où ils utilisent les soins de santé, à savoir 30% du coût des soins pour les soins de santé primaires et 10% du coût des soins pour les soins hospitaliers.

Le régime privilégiera l'affiliation collective par Organisation Professionnelle. À partir du moment où une Organisation Professionnelle souhaite s'affilier au régime, tous les membres de l'OP deviennent automatiquement membres du régime. Les OP comprennent : les GIE, les unions de GIE et fédérations d'unions, les SV (sections villageoises) et coopératives, les associations et amicales, les groupements producteurs de femmes (GPF). L'adhésion est matérialisée par l'émission de cartes individuelles (une par personne couverte). Ces cartes sont valables un an.

Le montant de la cotisation est estimé à **13.000 Francs CFA** par personne et par an dont 3.500 FCFA serait à la charge de l'adhérent. Le reste du coût de la couverture (9.500 Francs CFA par tête) devant être financé par d'autres sources dont l'État devrait constituer la principale source de financement.

Le régime d'assurance maladie envisagé pour les personnes exerçant les métiers de l'agriculture contribuera à la lutte contre la pauvreté de manière directe (en évitant que les ménages paye la totalité des soins), et de manière indirecte (à travers la pérennisation économique des exploitations agricoles en sécurisant les capacités de travail). Ce projet s'inscrit dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement notamment les OMD N°4 (Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans), N°5 (améliorer la santé maternelle), N°6 (Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies)

Par ailleurs, il contribuera à réduire la vulnérabilité des populations rurales face à la maladie en facilitant l'atteinte de ces populations par divers programmes de prévention (distribution de moustiquaires imprégnées permettant de réduire la prévalence du paludisme, information et sensibilisation des mères de famille pour la prévention des maladies infantiles, mesures permettant de faciliter la prise en charge de la maternité, etc.

L'évolution attendue de la population couverte se présente comme suit :

Tableau 11. Evolution du nombre des bénéficiaires

Années	2008	2009	2010	2011
Nombre de bénéficiaires	18.295	61.729	262.765	1.112.982

Les besoins en financements extérieurs s'élèvent à un total à 249.850.000 FCFA sur 4 ans.

	2008	2009	2010	2011
Subvention de mise en place de la phase pilote	388.000 000	715.000.000	-	-
Part collectée auprès des bénéficiaires	64.000.000	216.000.000	920.000.000	3.895.000.000
Part collectée auprès de l'État	174.000.000	586.000.000	2.496.000.000	10.573.000.000
Total FCFA	626.000.000	1.517.000.000	3.416.000.000	14.468.000.000

4.2. Le projet de mise en place d'une mutuelle sociale pour les travailleurs du secteur routier

La très grande majorité des travailleurs du secteur des transports terrestres ne bénéficie d'aucune couverture du risque maladie. Face à cette situation, le Syndicat National des Travailleurs des Transports Routiers du Sénégal (SNTTRS) a inscrit, en décembre 2004, la question de la protection sociale parmi les objectifs de leur plateforme revendicative.

En 2005, suite aux discussions menées par le ministère de la Fonction Publique, du Travail, de l'Emploi et des Organisations Professionnelles, le Comité national du Dialogue social (CNDS) et les acteurs concernés (organisations syndicales, Direction des transports terrestres, ministère de la fonction publique), le CNDS a mis en place une commission ad hoc pour répondre à la problématique de l'extension de la protection sociale par le dialogue social.

L'étude de faisabilité réalisée dans le cadre de ce projet a mis évidence les pratiques d'entraide et de solidarité développées par les travailleurs face à ces risques et sur lesquelles le projet de mise en place de la mutuelle sociale pourrait s'appuyer.

Les regroupements existants offrent un point d'ancrage particulièrement intéressant pour un système de protection sociale. Ils disposent d'un savoir faire en matière de contrôle social et organisent souvent des activités génératrices de revenus (exploitation communautaire de véhicules, etc.) qui pourraient permettre de réduire la contribution financière (cotisation) directe des membres au système de protection sociale.

La population cible retenue dans le cadre de ce projet est la suivante : « *les travailleurs du secteur des transports routiers du Sénégal dûment inscrits dans une structure de regroupement des travailleurs comme les GIE ou toute autre structure reconnue d'utilité communautaire dans les lieux de rassemblement des véhicules (garages, stations...) ainsi que les travailleurs cooptés par les représentants choisis de la population cible* ». La population des travailleurs des transports routiers est composée d'actifs mais également d'inactifs : les travailleurs au chômage et certains retraités membres des regroupements. Globalement, cette population cible a été estimée dans le cadre de l'étude de faisabilité à environ 400.000 individus (travailleurs et leurs dépendants).

Les premiers groupes cibles concernés par ce projet dans le cadre de la mise en place de la mutuelle et du test de ses mécanismes de fonctionnement au sein d'une aire géographique limitée seront les travailleurs des Groupements d'Intérêts Economique (GIE) de l'Association de financement des professionnels du transport urbain (AFTU) de la région de Dakar. Cette population est estimée aujourd'hui à près de 42.000 personnes (travailleurs et leur famille).

Ce projet vise à appuyer la mise en place d'une mutuelle sociale des travailleurs du secteur des transports au Sénégal. Cette mutuelle sera organisée sur la base de l'environnement spécifique du secteur des transports, des pratiques d'entraide et de solidarité des transporteurs. Elle proposera dans un premier temps un produit d'assurance santé. La mise en place de cette mutuelle passera dans un premier temps par une phase pilote sur la région de Dakar (qui concentre les plus grand nombre de travailleurs du secteur) afin de tester l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle avant d'entreprendre son déploiement sur l'ensemble du territoire.

La mutuelle sociale des travailleurs des transports routiers reposera sur :

- i. le développement d'un réseau de proximité avec les regroupements de travailleurs par la mise en place de section locale. Le siège de la mutuelle sera situé à Dakar
- ii. la professionnalisation de la gestion de la mutuelle avec un centre de gestion national centralisant les informations et partageant la réalisation des tâches techniques (gestion des adhésions et de cotisations) avec les sections locales
- iii. l'informatisation de la gestion technique de la mutuelle ;
- iv. un cofinancement des cotisations entre les travailleurs, les employeurs et les ressources propres des regroupements ; (v) la réalisation d'actions de communication et de marketing social. Un accent particulier sur la formation de ses élus afin que ceux-ci animent la vie mutualiste du réseau de sections locales.

La réalisation de ce projet repose sur un plan de développement de la mutuelle de santé conçu avec les différents acteurs afin de programmer les différentes étapes de sa mise en œuvre. Ce plan de développement programmé sur une durée de 44 mois : de juillet 2007 à décembre 2010.

L'évolution attendue des adhésions et des bénéficiaires se présente comme suit :

Tableau 12. Evolution du nombre des bénéficiaires

Années	2008	2009	2010	2011
Nb adhérents	450	4.700	8.300	12.300
Nb bénéficiaires	2.700	28.500	49.800	73.800

Le budget global de la mutuelle durant ce projet sera autofinancé à 92% par les ressources propres de la mutuelle. Le budget maladie de la mutuelle sera autofinancé, sur la base des cotisations, dès le démarrage. Le seuil d'équilibre de la mutuelle est estimé à 14.000 bénéficiaires et devrait, suivant le plan de développement retenu, être atteint en 2009. Passé ce seuil, la mutuelle autofinancera ses coûts fixes et variables, cependant les projections financières indiquent une fragilité financière jusqu'en 2011, d'où la nécessité de doter la mutuelle d'un fonds de réserves dès son démarrage.

Les besoins en financements extérieurs s'élèvent à un total à 249.850.000 FCFA sur 4 ans.

	2007	2008	2009	2010	Total
Subvention d'investissement	38 850 000	12 400 000	12 400 000	6 200 000	69 850 000
Subvention fonctionnement	16 500 000	20 000 000	15 000 000	8 000 000	59 500 000
Dotations aux réserves	200 000	16 100 000	40 700 000	63 500 000	120 500 000
Total FCFA	55 550 000	48 500 000	68 100 000	77 700 000	249 850 000

La réalisation de la phase pilote du projet de création d'une mutuelle sociale pour les transporteurs routiers suppose la mise en œuvre des recommandations suivantes :

- Incrire les projets pilotes dans le Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme « CDSMT »
- Amener le secteur privé à prendre part au financement des régimes
- Faire un plaidoyer à l'endroit des parlementaires pour le démarrage effectif des projets
- Mobiliser les partenaires pour l'allocation de ressources additionnelles

4.3. Le projet de démonstration de l'extension de l'assurance maladie à travers les mutuelles de santé dans le cadre de la décentralisation

4.3.1. Contexte et objectifs du projet

Ce projet part du postulat que les options de l'extension de l'assurance maladie sur la base des mutuelles de santé sont, à l'état actuel du niveau de couverture et de l'ampleur des secteurs informels et ruraux, les seules à disposer de potentiels pour couvrir la majorité de la population sénégalaise. Dans cette perspective le DSRP dans son volet Stratégie Nationale de Protection Sociale, a identifié deux options d'extension de l'assurance maladie basée sur la mutualité : mutualisation du risque maladie basée sur les filières agricoles présentée plus haut et mutualisation du risque maladie basée sur le territoire des collectivités locales. Ces deux options partagent un principe commun : la combinaison d'une contribution de la puissance publique et des ménages dans le schéma de financement des systèmes.

L'objectif à long terme du projet de démonstration de l'extension de l'assurance maladie basée sur le territoire des collectivités locales est d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé de santé des populations des secteurs ruraux et informels. Pour atteindre cet objectif global, le projet de démonstration vise les objectifs spécifiques suivants :

- Augmenter le taux de couverture de l'assurance maladie à au moins 50% dans les départements administratifs de démonstration ;
- Assurer la prise en charge gratuite des soins de santé des indigents et des groupes vulnérables à hauteur de 10% des bénéficiaires des mutuelles de santé dans les départements de démonstration ;
- Appuyer le développement d'une politique d'extension de l'assurance maladie sur la base des mutuelles de santé communautaires.

4.3.2. Stratégie d'intervention

La stratégie de base qui soutient cette approche est la mise en place d'un partenariat effectif entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat pour étendre l'impact de l'assurance maladie. Cette stratégie générale est déclinée en quatre domaines d'intervention complémentaires :

Domaine d'intervention 1 : Mise en place d'institutions mutualistes

Les défis à relever dans ce domaine sont : la faible couverture en assurance maladie des acteurs des secteurs ruraux et informels et la faible adhésion des populations cibles dans les mutuelles de santé existantes. Ces insuffisances sont la conséquence de la faible implication du personnel de santé et des collectivités locales dans la promotion des mutuelles de santé.

Il s'agit à travers ce domaine, d'appuyer la mise en place d'institutions mutualistes dans la santé dans chaque département administratif de démonstration à deux niveaux : une mutuelle de santé communautaire dans chaque collectivité locale et une union départementale des mutuelles de santé communautaires dans chaque département. Les mutuelles de santé communautaires et l'union départementale des mutuelles de santé remplissent des rôles complémentaires dans les fonctions de collecte des revenus, d'assurance maladie et de mise en commun des risques, d'achat des soins de santé.

Domaine d'intervention 2 : Renforcement des mécanismes de financement

Le principal défi à relever dans ce domaine est l'inexistence de synergie entre les mécanismes de financement public et la contribution des ménages dans le financement de la santé. Pour relever ce défi, le partenariat entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat est mis en place à travers la création d'un fonds d'équité dans la santé au niveau de chaque département de démonstration. Les fonds départementaux d'équité vont remplir trois fonctions : une subvention générale pour étendre les paquets de bénéfices et pour promouvoir la mise en commun des gros risques des mutuelles de santé communautaires au niveau départemental ; des subventions ciblées pour assurer la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles communautaires ; et des mécanismes de garantie pour promouvoir des partenariats entre les mutuelles de santé communautaires et les institutions de financement décentralisées (micro-finance, micro crédit et épargne collective).

Domaine d'intervention 3 : renforcement des systèmes d'administration et de gestion des mutuelles

Les défis à relever dans ce domaine sont liés à la faiblesse des capacités de gestion et de suivi au niveau des mutuelles de santé communautaire. Ces faiblesses sont dues au bénévolat des membres des organes de gestion et l'irrégularité dans le fonctionnement des organes de gestion. Pour faire face à ce défi une unité départementale de renforcement des systèmes d'administration et de gestion des mutuelles de santé est créée au niveau de chaque département. L'unité départementale est chargée de la gestion du fonds d'équité sous la supervision des représentants de l'union départementale des mutuelles de santé, les représentants de l'Etat et des collectivités locales. En plus l'unité départementale assure l'assistance technique aux mutuelles de santé communautaires du département. Dans ce cadre, elle appuie le développement de systèmes et d'outils de gestion administrative et financière, la formation des administrateurs et fournit des services d'appui-conseils aux mutuelles de santé du département.

Domaine d'intervention 4 : Marketing social et communication

Les défis à relever dans ce domaine ont trait aux faiblesses de connaissances, d'information et de sensibilisation des populations sur l'assurance maladie en général et les mutuelles de santé en particulier. Cette situation peut entraîner un manque de confiance de la population associé aux échecs des expériences antérieures non seulement en matière d'assurance maladie communautaire mais aussi dans d'autres initiatives collective faisant appel aux relations de confiance et la mise en commun des ressources (coopératives, tontines, etc.).

Pour relever ces obstacles d'importants efforts de sensibilisation sont nécessaires non seulement pour faire porter l'initiative mutualiste par les acteurs et les leaders communautaires mais aussi pour promouvoir l'acceptabilité du projet par les populations. Par ailleurs, des activités de plaidoyer sont ciblées sur les leaders d'opinion, les notables, les chefs religieux et les leaders politiques. Pour ce faire, chaque année, une campagne de sensibilisation est organisée pour accompagner la campagne d'adhésion, de collecte des cotisations et re-cotisation au niveau des populations cibles.

4.3.3. Durée du projet et budget

La phase d'expérimentation du projet va durer trois ans. Elle couvre trois départements dans trois régions différentes. Les trois départements sont sélectionnés par le Ministère chargé de la santé sur la base des critères suivants : faiblesse de la couverture du risque maladie, disponibilité de l'offre de soins, accessibilité géographique des services de santé, engagement des collectivités locales et de l'administration sanitaire et la diversité des conditions économiques des ménages.

L'enveloppe budgétaire du projet de démonstration sur les ans dans les trois départements est estimée à 7,033 milliards de franc CFA, soit 5 à 6 dollars US par an et par habitant. L'essentiel de l'enveloppe budgétaire est constitué des charges variables de la couverture de l'assurance maladie dans les trois départements ; soit 74%. Les frais associés aux mesures de sauvegarde et d'encadrement technique (activités de formation et d'évaluation comptent pour 17% de l'enveloppe budgétaire.

Il est attendu que les ménages vont contribuer à hauteur de 2,8 milliards de FCFA, soit 40% au financement du projet de démonstration à travers leur contribution aux mutuelles de santé communautaires.

Pour le financement de la contribution de l'Etat au cours du projet de démonstration, l'Etat pourrait utiliser plusieurs sources dont les revenus provenant des remises de la dette et des appuis extérieurs dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

4.3.4. Prestations couvertes et cotisation

Paquets de bénéfices sont constitués des services offerts au niveau des postes et centres de santé et des hôpitaux à hauteur de 80%. Les médicaments génériques sont couverts à 100% et les médicaments de marque à 50%. Les antirétroviraux, les prothèses et les soins à l'extérieur sont exclus du paquet de bénéfice.

Le taux de cotisation par bénéficiaire est de :

- cotisation familiale :
 - o 3500 FCFA jusqu'au 5^{ème} bénéficiaire
 - o 3000 FCFA à partir du 6^{ème} bénéficiaire
- cotisation de groupe : 3000 FCFA

La cotisation est annuelle et la période de collecte est calée au trimestre de la commercialisation des produits agricoles.

Dynamique d'extension du projet de 2009 à 2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2009-2015
Phase	Démonstration	Démonstration	Démonstration	Extension 1	Extension 2	Extension 3		
<i>Nombre de départements couverts</i>	3	3	3	16	29	42	42	
<i>Nombre de Personnes Couvertes</i>	198 000	346 500	495 000	1 309 000	2 659 250	4 446 750	5 876 750	
<i>dont Cotisants</i>	180 000	315 000	450 000	1 190 000	2 417 500	4 042 500	5 342 500	
<i>dont Indigents+Groupes Vulnérables</i>	18 000	31 500	45 000	119 000	241 750	404 250	534 250	

Prévisions budgétaires de la phase de démonstration et de la phase d'extension jusqu'en 2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2009-2015
<i>Dépenses (FCFA)</i>								
I. Investissement	66 600 000			288 600 000	288 600 000	288 600 000		932 400 000
II. Personnel	75 600 000	78 624 000	81 768 960	576 439 718	1 090 897 307	1 625 933 199	1 690 970 527	5 220 233 712
III. Consultants A Court-Terme (CACT)	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	230 000 000
IV. Fonctionnement	59 868 000	62 838 720	65 957 069	307 200 000	556 800 000	806 400 000	806 400 000	2 665 463 789
V. Interventions/Activités	225 000 000	75 000 000	150 000 000	725 000 000	725 000 000	950 000 000	1 250 000 000	4 100 000 000
VI. Mécanismes de Financement	990 000 000	1 732 500 000	2 475 000 000	6 545 000 000	13 296 250 000	22 233 750 000	29 383 750 000	76 656 250 000

Contribution des ménages	540 000 000	945 000 000	1 350 000 000	3 570 000 000	7 252 500 000	12 127 500 000	16 027 500 000
Subvention générale / extension paquet de bénéfices	396 000 000	693 000 000	990 000 000	2 618 000 000	5 318 500 000	8 893 500 000	11 753 500 000
Subvention ciblée / prise en charge des indigents	54 000 000	94 500 000	135 000 000	357 000 000	725 250 000	1 212 750 000	1 602 750 000
Total 1= I + II + III + IV + V+VI	1 427 068 000	1 958 962 720	2 782 726 029	8 492 239 718	16 007 547 307	25 954 683 199	33 181 120 527
VII. Charge Agence d'Exécution Déléguee (4%)	57 082 720	78 358 509	111 309 041	339 689 589	640 301 892	1 038 187 328	1 327 244 821
VIII. Imprévu (10%)	142 706 800	195 896 272	278 272 603	849 223 972	1 600 754 731	2 595 468 320	3 318 112 053
IX. Grand Total	1 626 857 520	2 233 217 501	3 172 307 673	9 681 153 279	18 248 603 930	29 588 338 847	37 826 477 401

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2009-2015
Financement (FCFA)								
Ménages	540 000 000	945 000 000	1 350 000 000	3 570 000 000	7 252 500 000	12 127 500 000	16 027 500 000	41 812 500 000
Fossé à financer	1 086 857 520	1 288 217 501	1 822 307 673	6 111 153 279	10 996 103 930	17 460 838 847	21 798 977 401	60 564 456 151
Total	1 626 857 520	2 233 217 501	3 172 307 673	9 681 153 279	18 248 603 930	29 588 338 847	37 826 477 401	102 376 956 151

4.4. Programme d'Appui au Développement de la Micro Assurance Santé (PAMAS)

4.4.1. Contexte et justification

Depuis une quinzaine d'années, des systèmes de micro assurance santé (MAS) voient le jour en Afrique subsaharienne avec l'objectif premier d'améliorer l'accès aux soins de santé des populations par la levée de la barrière financière. Le développement de ces systèmes a été favorisé par :

- l'abandon de la gratuité des soins dans la plupart de ces pays dans le cadre de l'autonomisation des hôpitaux et de l'Initiative de Bamako avec le recouvrement des coûts des prestations. Ces réformes ont entraîné la généralisation du système de tarification dans toutes les structures de santé ;
- les limites des systèmes de sécurité sociale qui ne couvrent, en général, que les travailleurs du secteur public et les travailleurs du secteur privé formel (sans la branche maladie ou de façon très marginale), alors que la majeure partie des populations de ces pays habite en milieu rural avec des activités agricoles ou se trouve en milieu urbain essentiellement occupée dans le secteur informel ;
- un environnement juridique favorable par l'existence d'une loi régissant les MAS et du droit associatif ;
- enfin, l'émergence des «processus de démocratisation» accompagnés par la création de nombreuses organisations issues de la société civile, dont les micro assurances santé sont l'une des expressions.

Les micro-assurances santé à base communautaire sont des systèmes qui, en organisant un partage des risques «santé», permettent d'améliorer l'accès aux soins des bénéficiaires. Les membres du système paient ainsi (mensuellement ou annuellement) une cotisation qui leur donne droit à un paquet de prestations dans des formations sanitaires avec lesquelles le système a généralement passé des conventions. La forme la plus connue des micro assurance Santé (MAS) - et actuellement la plus répandue - est la Mutuelle de Santé. Mais à côté de cette forme d'organisation, on voit également d'autres systèmes apparaître, comme par exemple des assurances-santé initiées par des institutions de microfinance.

Le Sénégal connaît un développement encore timide des MAS et ce, malgré l'édition d'une Loi sur les Mutualités de santé, offrant à ce type de système un cadre juridique spécifique, et une priorité nationale exprimée à travers notamment le **Plan Stratégique de Développement des Mutualités de Santé (2004)**, composante importante de Plan national de Développement Sanitaire (PNDS II : 2003-2008).

L'analyse des paramètres fondamentaux des mutualités de santé a démontré à suffisance que les mutualités de santé complémentaires, associées à des coopératives professionnelles et les mutualités de santé associées à des institutions de microfinance réalisent souvent des performances plus élevées que les mutualités communautaires, que ce soit pour la collecte des cotisations (taux d'impayés), la mise en commun des risques (nombre moyen d'adhérents par structure), les relations avec les prestataires de soins (conventionnement, tarification forfaitaire) ou encore le développement organisationnel (capacités de gestion, marketing, rationalisation). L'association des initiatives mutualistes à des activités génératrices de revenus et/ou à des schémas de micro-crédit améliore la capacité contributive des adhérents, favorise l'adhésion collective, permet le prélèvement des cotisations à la source et un partage des cotisations entre une contribution directe des adhérents et le fonds social du réseau. Raison pour laquelle il se dessine de plus en plus une tendance vers des systèmes de protection sociale à adhésion obligatoire ou automatique organisés par des réseaux professionnels du secteur agricole ou de microfinance.

Cette tendance vers une diversification des systèmes de protection sociale avec ancrage institutionnel dans différents secteurs requiert un appui des efforts du Gouvernement du Sénégal de la part des partenaires au développement. Le Programme d'Appui au Développement de la Micro-Assurance Santé (PAMAS) s'inscrit dans cette dynamique.

C'est en novembre 2006, à l'occasion de la Commission Mixte Belgo Sénégalaise tenue à Bruxelles, que la Belgique avait décidé d'approuver la requête du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) pour un appui au développement de la micro-assurance santé dans les régions de Diourbel, Fatick et Kaolack.

4.4.2. Objectifs du programme

L'objectif général du PAMAS est : « L'accessibilité financière de la population aux soins de santé est améliorée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine».

L'objectif spécifique du PAMAS est : « La demande de soins est mieux structurée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine, et les acteurs clés au niveau macro, méso et micro renforcés

4.4.3. Composantes du PAMAS

Le Programme d'Appui au Développement de la Micro-Assurance Santé porte sur trois axes d'intervention, représentant chacun une composante à part entière :

- 1° l'appui institutionnel à la structure du Ministère chargée du financement de la santé et du partenariat (CAFSP) et les structures déconcentrées dans les régions de Kaolack, Fatick et Diourbel relatif à sa mission de développement de la protection sociale en matière de santé
- 2° l'appui à la mise en place et au fonctionnement des mutuelles et de leurs structures faîtières au niveau opérationnel et régional dans les régions de Diourbel, Fatick et Kaolack
- 3° le développement de fonds de garantie favorisant la prise en charge des soins plus coûteux par les systèmes de micro-assurances dans la zone du projet.

En matière institutionnelle, l'intervention comprendrait un volet d'appui institutionnel à la Cellule chargée de la coordination et du suivi du Plan stratégique de Développement des Mutuelles de santé, à savoir la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP). Ce volet est prévu pour une période de 4 ans avec un budget de 1.000.000 EURO

En matière de renforcement des capacités, l'accent sera mis, par priorité sur les IMF émergentes et/ou isolées en milieu rural et sur les mutuelles de santé, en favorisant leur partenariat en réseau et leur professionnalisation (sur la base du modèle de partenariat micro-finance et micro-assurance santé expérimenté par le réseau UM-PAMECAS) et en renforçant leurs moyens matériels et leurs capacités de gestion. Vu l'immensité de la tâche et le nombre important d'IMF existants (plus de 2000) et de Mutuelles (plus de 100), une priorité géographique serait donnée aux régions de concentration objective de notre coopération bilatérale directe et indirecte, à savoir les régions de Diourbel, Fatick et Kaolack. La durée de la composante 2 dans le cadre global de la mise en œuvre du PAMAS est de 3 ans pour un budget de 1,5 millions d'euros.

En matière de financement de garantie, l'accent sera mis, par priorité sur (i) le développement de mécanismes de financement de programmes de prévention facilitant pour ces Mutuelles/IMF la prise en charge de mesures préventives pour leurs adhérents et (ii) le développement de mécanismes de financement de programmes de prise en charge des indigents facilitant pour les collectivités locales la prise en charge de la protection sociale pour les groupes vulnérables. Cette troisième composante est prévue pour les deux dernières années du PAMAS avec un budget de 1,5 millions d'euros.

Soit un budget global de 4 millions d'euros sur 4 ans dans les trois régions d'intervention du programme.

Ces interventions constitueront un ensemble cohérent en vue d'améliorer l'accessibilité financière aux soins et la protection des ménages contre les dépenses catastrophiques liées au risque maladie à travers les micro-assurances santé. Le défi à relever est d'offrir une couverture à une plus grande partie de la population.

Le Ministère de la Santé et de la Prévention envisage développer dans le cadre du projet une approche novatrice consistant en l'articulation entre les institutions de microfinance et de micro-assurance. L'association de ces deux secteurs peut se réaliser de différentes façons : (i) soit par la création d'une micro-assurance santé autonome mais adossée à l'IMF (modèle UM-PAMECAS) avec un réseau mutualiste structuré à l'image du réseau IMF ; (ii) soit par un partenariat entre une IMF et un système d'assurance déjà existant, éventuellement lié par le même organisme d'appui (modèle APROFES), affilié ou non à une union des mutuelles de santé.

Dans tous les cas, le partenariat reste à conceptualiser au niveau de la CAFSP et à développer sur le terrain en collaboration avec les structures faîtières et leurs organismes d'appui. Il pourrait également faciliter la gestion d'un fonds de garantie. Pour ce faire, il devrait être pris en compte dans la conception de chacune des trois composantes du projet.

La première intervention portant sur la fusion des volets 1 et 2 est intitulée : ***Appui institutionnel à la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat du Ministère de la Santé et de la Prévention (CAFSP) et renforcement des mutuelles ainsi que de leur structure de coordination régionale dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine*** ». Elle comporte quatre (4) résultats attendus :

- **Résultat attendu 1 : La CAFSP a la capacité d'assurer ses fonctions relatives à la promotion, au suivi et à l'encadrement des MAS, ainsi que l'ensemble de ses fonctions régaliennes à l'échelle du pays.** Ce résultat sera atteint à travers les activités suivantes :
 - Renforcement des moyens humains, matériels et méthodologique
 - Planification intégrée en concertation avec les partenaires de la CAFSP
 - Recherche des solutions innovantes
 - Supervision des acteurs opérationnels
 - Mise en place d'un système d'information relative aux MAS
 - Redynamisation du Cadre National de Concertation (CNC)
 - Renforcement des compétences des membres de la CAFSP
 - Contribution au développement des politiques de protection sociale
- **Résultat attendu 2 : Les Régions Médicales et les Equipes Cadre de District participent activement au dialogue offre-demande, et favorisent le développement mutualiste.** L'atteinte de ce résultat passe par :
 - Le renforcement de ces cadres institutionnels en moyens humains, matériels et méthodologique
 - Le Renforcement des compétences des RF
 - La mise en œuvre de réformes au niveau des modalités de financement et de gestion des structures sanitaires
 - L'uniformisation des tarifs, tarification forfaitaire, charte des malades
 - L'intégration des indicateurs relatifs au MAS dans les informations sanitaires de routine
 - L'instauration d'un dialogue entre prestataires et mutuelles
 - La documentation de l'impact des mutuelles sur l'offre de soins
 - La collaboration intersectorielle
- **Résultat attendu 3 : Les institutions mutualistes existantes et émergentes sont renforcées, contribuent à l'amélioration de la couverture d'assurance maladie, et représentent les intérêts des patients.** Ce renforcement consistera à :
 - Un soutien humain, matériel et méthodologique aux structures faîtières et aux mutuelles
 - Le renforcement des compétences des institutions mutualistes
 - La création d'une union et d'un cadre de concertation par région
 - Le développement des plateformes de communication avec les prestataires
 - La mise en œuvre de campagnes de Marketing des mutuelles
 - L'appui aux activités de suivi des mutuelles
 - Le renforcement des capacités de négociation des institutions mutualistes
 - La documentation de l'impact sur la demande (enquête CAP)
 - La mise en place d'incitants pour stimuler une émulation des mutuelles
- **Résultat attendu 4 : Le développement des initiatives innovantes (recherche action) a permis aux systèmes de microassurances santé d'améliorer l'efficacité et l'efficience de leur gestion et d'élargir leur bases d'adhésions et leur paquet de prestations** à travers :
 - Le couplage microassurance-microfinance
 - L'appui aux mutuelles avec stratégie d'adhésion groupée
 - Le développement d'une institution mutualiste capable d'offrir une couverture assurance santé complète et accessible à toute la population d'une zone définie

Le coût de cette intervention est estimé à 2.500.000 € dont 11% directement affectés aux structures mutualistes.

V. LE SCHEMA D'EXTENSION DE LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Fonctionnaires	817 193	841 708	866 960	892 968	919 757	947 350
Les étudiants	33 000	33 000	33 990	35 010	36 060	37 142
les agents des collectivités locales	42 500	43 775	45 088	46 441	47 834	49 269
Les membres des mutuelles de santé	421 760	459 718	501 093	546 191	595 349	648 930
Les assurés du secteur privé	24 500	25 235	25 992	26 772	27 575	28 402
les routiers	-	2 700	28 500	49 800	73 800	73 800
les ruraux	-	18 295	61 729	262 765	1 112 982	1 112 982
les IPM	400 000	412 000	420 000	440 000	460 000	480 000
Les personnes âgées de plus de 60 ans	555 690	572 361	589 532	607 217	625 434	644 197
les 0-5ans			1941346	1999586	2 059590	2121362
Total	2 294 643	2 408 792	4514229	4906751	5958362	6143434
% de la population	20%	21%	41%	44%	51%	51.5%

Ce taux est aujourd'hui estimé à 20%.

VI. MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE D'EXTENSION DE LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE DES SENEGALAIS

le pilotage de la stratégie s'inscrit dans le dispositif de mise en œuvre de la SRP et son caractère multisectoriel nécessite une synergie efficace et un pilotage impliquant les différents ministères concernés avec l'appui des organisations patronales, des divers acteurs de la société civile, des collectivités locale. Pour contourner les difficultés liées à asseoir un leadership efficace et partagé il faut réfléchir sur les mécanismes d'un organe faîtier qui assure la coordination et un pilotage opérationnel confié aux différents ministères concernés selon les axes stratégiques dans le cadre des dispositifs existants de suivi du DSRP (comités sectoriels, comités régionaux). Les projets et programmes mis en place seront suivis et évalués par les structures compétentes des ministères.

Le financement de la stratégie doit être en articulation avec le financement de la stratégie nationale de protection sociale et de gestion des risques, inscrit dans le PAP du DSRP et à travers lequel le gouvernement et les PTF ont pris des engagement pour garantir un financement efficace du DSRP II. Les partenaires au développement du Sénégal se sont engagés pour un montant global de 2.000 milliards FCFA dont 66 millions de FCFA destinés à financer le Plan d'Actions Prioritaires (PAP) du DSRP2 sur la période 2007-2010. Ce montant est réparti en engagements en cours et en engagements nouveaux déjà affectés et non encore affectés. Les ressources concernant les engagements nouveaux non affectés doivent être affectées à des projets et programmes dont l'identification et la préparation s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'Actions Prioritaires (PAP) du DSRP II et des cadres de coopération de nos partenaires au développement.

Il conviendra d'accélérer la préparation de ces projets et programmes grâce notamment à l'instruction diligente des requêtes de financement soumises aux partenaires et à la formulation par les Ministères Techniques de projets et programmes bancables. Il conviendra aussi de mener un plaidoyer fort à un niveau stratégique élevé (Conseil Présidentiel ou Inter ministériel) et d'engager l'Etat et les PTF à pérenniser leur intervention dans la protection sociale.

Ces programmes seront consolidés dans un Cadre de Dépenses en Moyen Terme (CDMT) et serviront de principaux instruments de mise en œuvre de la SNPS/GR dans le cadre de la stratégie nationale de croissance et de lutte contre la pauvreté. L'exécution de ces programmes sera confiée aux ministères, organismes et agences identifiés dans les plans d'actions de la stratégie.

La prochaine phase du crédit de soutien à la réduction de la pauvreté (CSRP), principal instrument d'appui budgétaire de la banque mondiale qui appuie cette initiative devra être mise à profit pour garantir la prise en charge des besoins immédiats et à court terme pour lancer le processus.

VII. ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS

La mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque maladie des Sénégalais ne saurait être l'apanage d'un seul département ministériel encore moins d'un seul secteur. Pour une meilleure implication de tous les acteurs concernés par cette problématique, son suivi devrait être assuré par un Comité national regroupant :

- **Président** : Ministère de l'Economie et des Finances
- **Secrétaire** : Ministère de la Santé et de la Prévention ;
- **Membres** :
 - Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des organisations professionnelles,
 - Le Représentant du Ministère chargé de la Décentralisation et des collectivités locales
 - Le Représentant du Ministère de l'Intérieur,
 - Le Représentant du Ministère chargé du Développement Social
 - Le Représentant du Ministère des Finances
 - Le Représentant du Ministère chargé de la Micro-Finance
 - Le Représentant du Ministère chargé du Commerce
 - Le Représentant du Ministère chargé de l'Industrie et de l'Artisanat
 - Le Représentant du Ministère des Forces Armées
 - Le Représentant du Ministère chargé des Sports
 - Le représentant du Ministère chargé des Transports
 - Le Représentant du Ministère chargé de l'Agriculture
 - Le Président de la Commission Population, Santé et Affaires Sociales de l'assemblée Nationale,
 - Le Président de la Commission Santé et Affaires Sociales du Sénat
 - Le Représentant de la Primature,
 - Le Représentant du CONGAD
 - Le Représentant du CNCR
 - Le Représentant des Élus locaux
 - Le Représentant de la fédération des assureurs
 - Trois Représentants des Partenaires au Développement (Nations Unies, Coopération Multilatérale, Coopération Bilatérale)
 - Le Représentant de la Fédération Nationale des Mutuelles de Santé
 - Le Représentant de l'Union technique des Mutuelles de Santé socio-professionnelles
 - Les Représentants des Promoteurs de Mutuelles de Santé

Le comité se réunit tous les six mois pour faire la situation sur le niveau de mise en œuvre des différentes composantes de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais, les difficultés rencontrées et indiquer les mesures correctrices

Le Comité national peut s'adjointre des Commissions techniques relativement aux composantes de la Stratégie :

- Une Commission technique chargée du suivi de la réforme de l'assurance maladie obligatoire
 - Présidence : Le Responsable des IPM au Ministère du Travail
 - Membres :
 - Représentant CAFSP
 - Représentant COSRISS
 - Président Association gérants d'IPM
 - CNP
 - CNES
 - MEDS
 - Associations consuméristes

- Une commission technique chargée de la promotion de la mutualisation du risque maladie y compris les régimes spéciaux ;
 - Président : Responsable Assurance maladie/CAFSP/MSP
 - Membres :
 - Représentant Ministère de l'agriculture
 - Représentant Ministère chargé des Transports terrestres
 - Représentant Ministère chargé des Collectivités locales
 - Représentant Ministère chargé des Sports
 - Représentant Ministère chargé de l'Artisanat
 - Représentant Ministère chargé du Commerce
 - Représentant Associations Elus locaux
 - Représentant CNCR
 - Représentant Mutuelle sociale des routiers
 - Partenaires au développement

- Une Commission technique chargée de la réforme des initiatives de subvention
 - Présidence : Direction de la Santé/MSP
 - Membres :
 - CAFSP
 - DES
 - DAS/Ministère Développement Social
 - Fonds de Solidarité nationale/ Ministère du Développement Social
 - Cellule lutte contre la pauvreté/MEF
 - Direction du Budget/MEF
 - CNP
 - CNES
 - MEDS
 - Associations consuméristes
 - CONGAD
 - Représentants des partenaires au développement

- Une Commission technique chargée du financement de la stratégie,
 - Présidence : Ministère du Budget
 - Membres :
 - CAFSP/MSPM
 - DS/MSP
 - MFPTTEOP
 - Ministère Agriculture
 - Ministère chargé des transports terrestres
 - Ministère chargé du Développement Social
 - CNP
 - CNES
 - MEDS
 - Représentants partenaires au développement.

Les Commissions techniques sont chargées d'évaluer les besoins de financement nécessaires pour chaque composante, d'en identifier les sources en collaboration avec la commission chargée du financement et d'animer la mise en œuvre des recommandations relatives à la composante.

Elles se réunissent tous les trois mois et rendent comptent au Comité national du niveau de mise en œuvre des recommandations relatives à leur composante.

CONCLUSION

L'accès financier à des soins de santé de qualité demeure difficile pour une majorité de sénégalais, à fortiori pour les groupes vulnérables. Des mécanismes de solidarité pour l'accès aux soins des groupes vulnérables sont déjà mis en place, mais ils sont quantitativement faibles et dispersés entre différents acteurs et insuffisamment codifiés.

Afin d'atteindre les OMD et de donner corps au DSRP et à la SNPS, il est impératif de coordonner les mécanismes de solidarité existants et de les renforcer.

Les axes retenus dans la Stratégie Nationale de Couverture du Risque Maladie sont pluriels et peuvent se résumer ainsi :

- La promotion de l'assurance maladie volontaire par les mutuelles de santé et le développement de financements innovants associant financement public et communautaire.
- La mise en œuvre de la réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire par le biais d'un renforcement de la tutelle, de la révision des textes législatifs, de la création d'une structure faîtière d'une part et l'extension de la population cible par la lutte contre l'évasion sociale d'autre part ;
- L'extension des initiatives de gratuité :
 - o Prise en charge des césariennes dans la région de Dakar,
 - o Prise en charge gratuite des enfants de 0 à 5 ans,
- L'amélioration de l'efficacité des initiatives de gratuité par la mise en place d'un Fonds National d'Achat⁹ pour des prestations ciblées (Accouchements et césariennes) et des publics ciblés (Personnes âgées et enfants de 0 à 5 ans)
- La mise en place et le développement de régimes spécifiques appuyés sur des professions (ruraux routiers et d'autres corps de métiers comme les artisans, les artistes, les musiciens, etc), associés à des coopératives professionnelles et à des institutions de microfinance ou articulés au territoire des collectivités locales dans le cadre de décentralisation.

Prochaines étapes

- **Adoption de la stratégie nationale par un conseil interministériel**
- Elaboration d'un plan d'opérationnalisation de la stratégie à travers ses différentes composantes
- Mise en place du Comité National de pilotage et des commissions techniques
- Evaluation des incidences financières de la mise en œuvre de la stratégie notamment la contribution attendue de l'Etat

NB:La Banque mondiale a proposé d'apporter un appui technique pour la finalisation du travail, notamment l'évaluation des incidences financières.

⁹ Ce Fonds regroupera tous les financements de l'Etat et notamment ceux finançant les indigents,

Présentation Stratégie Nationale d'Extension de l'Assurance Maladie des Sénégalais

<i>AXES d'intervention</i>			
	1. Initiatives de Gratuité	2. Assurance maladie obligatoire (IPM)	3. Assurance maladie par approche mutualiste
Objectifs	Améliorer les modalités de gestion des initiatives de gratuité et extension des publics cibles.	Réformer l'assurance maladie obligatoire et étendre la couverture de ce système.	<ul style="list-style-type: none"> - Etendre la couverture du risque maladie à travers les systèmes mutualistes. <p>Mettre en place de nouveaux régimes de protection sociale : le régime agro-sylvo-pastoral et le régime des transporteurs routiers.</p>
Ligne d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un Fonds national d'achat (2009) • Étendre la gratuité de la Césarienne à la Région de Dakar • Étendre la gratuité à tous les groupes vulnérables : les indigents et les enfants de 0 à 5 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Mener une étude pour préparer la réforme de l'assurance maladie obligatoire. • Mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire notamment la revue des textes législatifs : création d'une structure faîtière des IPM ; extension par la lutte contre l'évasion sociale ; la revue des textes législatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des Capacités d'Implantation, d'Organisation et d'Extension des MS ; • Renforcement des Capacités des Acteurs du Développement des MS ; • Mise en place d'un Plan de Communication pour la Promotion des MS; • Mise en Place et Développement de Partenariats Effectifs entre les Acteurs de la MS; • Renforcement de l'Appui de l'État au Développement des MS • Mise en place d'un régime de protection sociale agro-sylvo-pastorale <p>Mise en place d'un système d'assurance maladie pour les travailleurs du secteur routier.</p>

Principaux acteurs	Ministère des finances, Ministère de la santé et de la prévention, Ministère en charge du développement social, Partenaires au développement Secteur privé et parapublic Société civile Assureurs Privés	Commission de Supervision et de Régulation des Institutions de Sécurité Sociale (COSRISS).	Ministère de la santé et de la prévention CNCR/ BIT; Comité national du Dialogue social (CNDS) ; Ministère de la Fonction Publique du Travail de l'Emploi et des Organisations Professionnelles ; Syndicat National des Travailleurs des Transports Routiers du Sénégal (SNTTRS).
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Le fonds d'achat est mis en place. • La gratuité de la césarienne à Dakar est effective. • La gratuité est effective pour les groupes vulnérables. • Nombre de personnes couvertes 	<ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions et propositions de l'étude sont disponibles. • La structure faîtière des IPM est mise en place. • L'évasion sociale est maîtrisée • La revue des textes législatifs est effective. • Nombre de personnes couvertes 	<ul style="list-style-type: none"> • Les capacités d'Implantation, d'Organisation et d'Extension des MS, ainsi que celles des Acteurs du Développement sont renforcées. • Le plan de communication pour la promotion des MS est disponible. • Le Partenariat entre les acteurs de la MS est effectif; • Les régimes spéciaux sont mis en place et fonctionnent normalement; • Nombre de personnes couvertes

PREVISIONS BUDGETAIRES DE LA PHASE D'EXPERIMENTATION DES DIFFERENTS MECANISMES DECOUVERTURE DU RISQUE MALADIE DES SENEGALAIS A L'HORIZON 2015

Mécanismes		2009	2010	2011	TOTAL
I / Mise en place de nouveaux mécanismes					
1.1. Projet de démonstration d'une mutuelle de santé dans le cadre de la décentralisation					
	<i>Dépenses (FCFA)</i>				
	I. Investissement	66600000			66600000
	II. Personnel	75600000	78624000	81768960	235 992 960
	III. Consultants A Court-Terme (CACT)	10000000	10000000	10000000	30 000 000
	IV. Fonctionnement	59868000	62838720	65957069	188 663 789
	V. Interventions/Activités	225000000	75000000	150000000	450 000 000
	VI. Mécanismes de Financement	990000000	1732500000	2475000000	5 197 500 000
	Total	1427068000	1958962720	2782726029	6 168 756 749
	VII. Charge Agence d'Exécution Déléguee (4%)	57082720	78358509	111309041	246 750 270
	VIII. Imprévu (10%)	142706800	195896272	278272603	616 875 675
	Ménages	540000000	945000000	1350000000	2 835 000 000
	Fossé à financer	1086857520	1288217501	1822307673	4 197 382 694
	Total	1626857520	2233217501	3172307673	7 032 382 694

1.2. Projet de mise en place d'un régime de protection sociale Agro-Sylvo-Pastorale

Subvention de mise en place de la phase pilote	388000000	715000000	-	1103000000
Part collectée auprès des bénéficiaires	64000000	216000000	920000000	1200000000
Part collectée auprès de l'État	174000000	586000000	2496000000	3256000000
Total FCFA	626000000	1517000000	3416000000	5559000000

1.3. Mutuelle sociale des Transporteurs routiers

Subvention d'investissement	12400000	12400000	6200000	69850000
Subvention fonctionnement	20000000	15000000	8000000	59500000
Dotations aux réserves	16100000	40700000	63500000	120500000
Total FCFA	48500000	68100000	77700000	249850000

1.4. Programme d'Appui au Développement de la Micro-Assurance Santé (PAMAS)

Appui Institutionnel,
développement des
institutionnels
mutualistes et mise en
place d'un fonds de
garantie

655500000	983250000	983250000	2622000000
928200000	868200000	1001200000	2797600000

Appui aux institutions mutualistes existantes

II. Réforme de l'Assurance maladie Obligatoire	385000000	125000000	135000000	645000000
III. Fonds de Solidarité Santé	8557500000	8814225000	9078651750	26450376750
TOTAL	12827557520	14608992501	17864109423	45356209444