



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi



PLAN STRATÉGIQUE DE DÉVELOPPEMENT DE L'AGENCE NATIONALE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE 2023-2027



**Ministère du Développement
communautaire, de l'Équité
sociale et territoriale**



**AGENCE DE LA
COUVERTURE MALADIE
UNIVERSELLE**

VISION

Devenir, à l'horizon 2035, un organisme de protection sociale de référence internationale qui garantit aux populations résidant au Sénégal, sans aucune forme d'exclusion, une couverture universelle du risque financier lié à la maladie

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	8
1.1 Présentation du Sénégal	8
1.2 Contexte international de mise en œuvre de la CSU	8
1.3 Contexte national de mise en œuvre de la CSU	9
2. PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE	10
3. BILAN DU PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT 2017-2021	12
3.1 COUVERTURE DU RISQUE MALADIE PAR LES MS	12
3.2 COUVERTURE DES SOINS DE SANTE DANS LE CADRE DE L'ASSISTANCE MÉDICALE	15
3.3. PILOTAGE ET GESTION DE LA CMU	16
3.4. MOBILISATION DES RESSOURCES	17
4. LES PARTIES PRENANTES	17
4.1 LES BÉNÉFICIAIRES	17
4.2 LES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE	18
5. ANALYSE SITUATIONNELLE	20
5.1 ENVIRONNEMENT INTERNE	20
5.2. ENVIRONNEMENT EXTERNE	21
5.3 SYNTHÈSE ANALYSE FFOM	22
6. PRINCIPAUX ENJEUX ET DEFIS	23
7. CADRE D'ORIENTATION STRATEGIQUE :	24
7.1 NOTRE VISION	24
7.2 NOS MISSIONS	24
7.3 NOS VALEURS ET PRINCIPES	25
8. OBJECTIF STRATEGIQUE	25
9. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	25
10. CADRE DE MISE EN ŒUVRE.....	26
10.1 Orientation stratégique 1 : Extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie à travers l'assurance maladie et l'assistance médicale.....	26
10.2 Orientation stratégique 2 : Renforcement de la mobilisation des ressources, de l'approche multisectorielle et de la gouvernance	28
10.2.1 Renforcement de la mobilisation des ressources	28
10.2.2 Renforcement de l'approche multisectorielle	30
10.2.3 Renforcement du pilotage et de la gouvernance	31
11. CADRE LOGIQUE	32
12. MODÈLE LOGIQUE D'INTERVENTION	35
13. PLAN DE FINANCEMENT	36
14. SUIVI ET EVALUATION	37
14.1 CADRE DE PERFORMANCE	38
14.2 SYSTEME DE GESTION DES DONNÉES DE LA CMU	38
14.3 COORDINATION DU SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION DE LA CMU	38
14.4 PRINCIPAUX INDICATEURS DE SUIVI ET EVALUATION.....	39
15. GESTION DE RISQUES DU PLAN STRATÉGIQUE DE DÉVELOPPEMENT	41
15.1 Identification et évaluation des risques	42
15.2 Elaboration du plan de mitigation	43
16 ANNEXES	45
Annexe 1 : Membres du Comité d'élaboration du PSD 2023-2027	45
Annexe 2 : Cartographie des parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du programme CMU	48

Annexe 3 : Analyse détaillée des forces et faiblesses FFOM	49
Annexe 4 : Plan de financement détaillé du PSD 2023-2027 par objectif spécifique	54
Annexe 5 : Cadre de performance PSD 2023-2027 Agence CMU	55
Annexe 6 : Présentation des risques majeurs avec leur niveau de criticité notée sur vingt-cinq points	67
Annexe 7 : Plan détaillé de mitigation des risques	68

LISTES DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

Figure 1: Valeurs et Principes	25
Figure 2: Orientations stratégiques et objectifs spécifiques	26
Figure 3 : Modèle logique d'intervention	36
Figure 4: Répartition du financement par orientation stratégique.....	37
Figure 5: Méthodologie de la cartographie des risques.....	42

TABLEAUX

Tableau 1 : Cartographie des partenaires au développement	19
Tableau 2 : Synthèse Analyse Forces-Faiblesses-Opportunités-Menaces	22
Tableau 3: Enjeux et Défis.....	23
Tableau 4: Répartition annuelle du financement selon les orientations stratégiques.....	37
Tableau 5: Principaux indicateurs de mesure de l'objectif stratégique	39
Tableau 6 : Résumé des indicateurs de mesure des résultats de la première orientation stratégique	39
Tableau 7: Résumé des indicateurs de mesure des résultats du premier objectif spécifique de la deuxième orientation stratégique	40
Tableau 8 : Résumé des indicateurs de mesure des résultats du deuxième objectif spécifique de l'orientation stratégique 2.....	40
Tableau 9 : Résumé des indicateurs de mesure des résultats du troisième objectif spécifique de l'orientation stratégique 2.....	40
Tableau 10 : Echelle de notation des risques	42
Tableau 11:Récapitulatif du nombre de risques rattaché à chaque orientation stratégique	42
Tableau 12:Plan de réduction des risques majeurs	43

SIGLES ET ABREVIATIONS

AFD :	Agence Française de Développement
ANACMU :	Agence nationale pour la Couverture Maladie Universelle
ANSO :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
BIT :	Bureau International du Travail
BM :	Banque Mondiale
CAC :	Cellule de l'Audit et du Contrôle
CDP :	Contrats de performance
CEC :	Carte d'Egalité des Chances
CHAI :	Clinton Health Access Initiative
CICODEV :	Institut panafricain de recherche, de formation et d'action pour la Citoyenneté, la Consommation et le Développement
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CSU :	Couverture Sanitaire Universelle
CTM :	Centre de Traitement Monétique
DAF :	Direction de l'Administration et des Finances
DAJP :	Direction des Affaires juridiques et Partenariats
DCM :	Direction du Contrôle Médical
DECAM :	Décentralisation de l'Assurance Maladie
DGAS :	Direction Générale de l'Action sociale
DGPSSN :	Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale
DO :	Direction des Opérations
DPRESE :	Direction de la Planification, de la Recherche, des Etudes du Suivi et de l'Evaluation
DSI :	Direction des Systèmes d'Informations
ENABEL :	Agence belge de Développement
EPS :	Etablissement Public de Santé
FNR :	Fonds National de Retraite
GAR :	Gestion Axée sur les Résultats
GESTAM :	Gestion de l'Assurance Maladie
HITAP :	Health Intervention and Technology Assessment Program (Programme d'Intervention en santé et d'Evaluation des Technologies)
ICAMO :	Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire
IPM :	Institut de Prévoyance Maladie
IPRES :	Institut de Prévoyance Retraite au Sénégal
JICA :	Agence Japonaise de coopération internationale
MDCEST :	Ministère du Développement communautaire, de l'Equité sociale et territoriale
MEPC :	Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération
MFB :	Ministère des Finances et du Budget
MFFGPE :	Ministère de la Femme, de la Famille, du Genre et de la Protection des Enfants
MSAS :	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
ODD :	Objectifs de développement durable
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONU :	Organisation des Nations Unies
PAD :	Partenaire au Développement
PEF :	Programme économique et financier
PNBSF :	Programme National de Bourses de Sécurité Familiale
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PSE :	Plan Sénégal Emergent
PTA :	Plan de Travail Annuel
SIBIO :	Système d'Identification Biométrique
SIGICMU :	Système d'Information de Gestion Intégré de la CMU

SISMUT :	Système d’Immatriculation et de Suivi des Mutuelles de santé
SITFAC :	Système Informatisé de Traitement des Factures des prestations de soins
SNFS :	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SNPS :	Stratégie Nationale de Protection Sociale
SR/CMU :	Service Régional de l’Agence nationale de la Couverture Maladie Universelle
UDAM :	Unité départementale d’Assurance Maladie
UEMOA :	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF :	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID :	United States Agency International Développement (Agence des Etats Unis pour le Développement International)

INTRODUCTION

Au Sénégal, la volonté d'améliorer l'accessibilité financière des populations à des services de santé de qualité s'est matérialisée au cours des dernières années à travers la mise en œuvre du Plan Sénégal Émergent (PSE) qui consacre son axe 2 au « Capital humain, Protection sociale et Développement durable ».

Pour contribuer à la mise en œuvre des orientations stratégiques du PSE, il a été procédé à l'actualisation de la Stratégie Nationale de Protection Sociale 2015-2035 (SNPS) dans un contexte international marqué par le consensus mondial sur un agenda de développement qui place la protection sociale au cœur des politiques publiques. En effet, l'Objectif de Développement Durable (ODD) 3 de l'agenda 2030 concerne la santé et la cible 3.8 appelle la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Au Sénégal, la création de l'Agence nationale de la Couverture Maladie Universelle par le décret 2015-21 du 07 Janvier 2015 marque un tournant dans l'évolution du dispositif organisationnel de la gestion de la CMU. A côté des services du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale pourvoyeurs de services de santé, l'Agence est chargée de mettre en œuvre la stratégie nationale de la CMU, dont les orientations majeures sont la promotion des mutuelles de santé, la définition et la mise en œuvre des politiques d'extension de la couverture du risque maladie destiné aux personnes indigentes et aux groupes vulnérables et la promotion du financement de la politique de la couverture maladie universelle en collaboration avec les acteurs concernés.

Pour une meilleure exécution de sa mission et en réponse aux exigences du Gouvernement du Sénégal, l'Agence avait élaboré son premier plan de développement institutionnel couvrant la période 2017-2021 dont les grandes orientations étaient axées sur : i) le renforcement de ses programmes d'assurance maladie et d'assistance médicale ; ii) le renforcement de la mobilisation et de l'utilisation des ressources ; iii) le renforcement de la gouvernance ; iv) le suivi et l'évaluation.

L'année 2021 correspond à l'échéance de la mise en œuvre du plan stratégique de développement de l'Agence nationale de la Couverture Maladie Universelle 2017-2021, cadre d'actions stratégiques élaboré pour permettre à tous les sénégalais, au moment où ils en ont besoin, d'accéder à des services de santé de qualité sans aucune barrière financière. Cette orientation est en phase d'une part avec l'atteinte de la cible 3.8 des Objectifs du Développement Durable consistant à garantir une assurance maladie universelle, l'accès à des services de santé essentiels de qualité, à des médicaments et vaccins essentiels, sûrs, efficaces à un coût abordable et d'autre part avec la Stratégie nationale de Financement de la santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle.

Le présent document stratégique est élaboré pour la période 2023-2027 conformément aux dispositions de la loi d'orientation 2022-08 du 19 Avril 2022 relative au secteur parapublic, au suivi du portefeuille de l'Etat et au contrôle des personnes morales de droit privé bénéficiant du concours financier de la puissance publique. Il s'articule autour des points principaux suivants : le contexte, les résultats de l'analyse situationnelle, la vision, les orientations stratégiques et le cadre de mise en œuvre.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1 Présentation du Sénégal

Le Sénégal, situé dans la partie la plus occidentale du continent africain, est limité au nord par la Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'ouest par l'Océan Atlantique sur une façade de 530 km. D'une superficie de 196.722 Km², la population est estimée (selon les projections de l'ANSD) en 2021 à 17.215.433 habitants dont 8 566 367 hommes et 8 649 066 femmes.

Le Sénégal compte quatorze régions dont les chefs-lieux sont les principales villes. Il s'agit de Dakar, Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kédougou, Kaolack, Kolda, Louga, Matam, Saint Louis, Sédhiou, Tambacounda, Thiès et Ziguinchor.

Le taux de croissance du Sénégal a atteint 1,5% en 2020 malgré le fait que son économie ait été fortement ébranlée par la crise sanitaire liée au COVID-19. Depuis plus d'un an, le gouvernement sénégalais a initié le Plan d'actions prioritaires ajusté et accéléré PAP2A, pour relancer l'économie fortement caractérisée par la prépondérance de l'économie informelle où les besoins de couverture du risque maladie restent importants.

1.2 Contexte international de mise en œuvre de la CSU

Ces deux dernières décennies, l'agenda de développement international est marqué par un fort engagement en faveur de la couverture sanitaire universelle. Celui-ci s'est notamment manifesté par les dispositions suivantes :

- ✓ En mai 2005, la 58^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité une résolution qui recommande aux pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute leur population un accès aux services de santé de qualité.
- ✓ En juin 2009, le Conseil des Ministres de l'UEMOA a adopté le Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant règlementation de la mutualité sociale dans l'UEMOA qui vise à mettre en place une réglementation uniforme et efficace pour assurer la promotion des mutuelles sociales, dont les mutuelles de santé dans l'espace UEMOA.
- ✓ En novembre 2010, le Rapport sur la santé dans le monde a été élaboré sur le thème « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle »
- ✓ En juin 2012, la Recommandation 202 de l'OIT sur le Socle de Protection Sociale a été adoptée par la Conférence Internationale du Travail et fait de l'accès universel aux services de santé essentiels la première garantie d'un socle national de protection sociale.
- ✓ En juillet 2012, l'adoption de la déclaration de Tunis pour la région Afrique de l'OMS dont la recommandation numéro 6 est d'accélérer la couverture sanitaire universelle pour chaque pays, en particulier par l'établissement de mécanismes qui garantissent un accès équitable aux services de santé essentiels et la mise en place des dispositifs d'assurance sociale efficaces, pour protéger les populations vulnérables, les ménages et les communautés.
- ✓ En décembre 2012, l'adoption par la 67^{ème} session de l'Assemblée générale des Nations Unies de la résolution sur la couverture sanitaire universelle. Cette résolution appelle chaque Etat membre de l'ONU à éviter de recourir au paiement direct des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires.
- ✓ En septembre 2015, l'adoption des ODD par l'Assemblée générale des nations unies dont la cible 3.8 consiste à garantir une assurance maladie universelle et l'accès à des services de santé essentiels de qualité.

1.3 Contexte national de mise en œuvre de la CSU

L'axe 2 du PSE intitulé « Capital humain, protection sociale et développement durable » fait de la protection sociale une priorité et met l'accent sur des politiques et programmes englobant des stratégies de réduction des inégalités dans l'accès aux services sociaux de base dont la santé. Cette dernière est prise en charge notamment à travers la couverture du risque maladie.

La constitution sénégalaise en ses articles 8 et 17 consacre la santé comme étant un droit fondamental. Le respect de l'équité constitue un élément dans l'amélioration de l'accès aux soins et à la réduction de la pauvreté.

Ainsi, des politiques de santé et de protection sociale ont été élaborées et différentes mesures ont été prises pour renforcer le dispositif institutionnel dont les plus significatives sont :

- ✓ En 2013, le code général des collectivités locales confère en ses articles 170, 306 et 307 aux différents ordres de collectivités territoriales des responsabilités dans la mise en œuvre de la CSU ;
- ✓ En 2013, le Plan Stratégique de Développement de la CMU pour la période 2013-2017 a été élaboré ;
- ✓ En 2015, la création et la mise en place de l'Agence nationale de la Couverture Maladie Universelle, placée sous la tutelle technique du Ministère de la Santé et de l'Action sociale ;
- ✓ En 2016, la Stratégie nationale de Protection sociale pour la période 2015-2035 a été actualisée ;
- ✓ En 2017, la Stratégie nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle a été adoptée et l'orientation stratégique numéro 2 est la protection contre le risque financier lié à la maladie ;
- ✓ En 2017, le Plan Stratégique de Développement de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle pour la période 2017-2021 a été élaboré ;
- ✓ En 2019, le Plan national de Développement sanitaire et social 2019-2028 a été validé et l'une de ses orientations stratégiques est le renforcement de la couverture du risque maladie ;
- ✓ En 2019, le Ministère du Développement communautaire, de l'Equité sociale et Territoriale devient la tutelle technique de l'Agence nationale de la CMU.

L'élaboration du Plan Stratégique de Développement de l'Agence se déroule dans un contexte de réformes budgétaires et financières engagées dans l'espace UEMOA. Le Gouvernement s'est engagé entre autres, à la signature des Contrats de Performance (CDP) avec les agences d'exécution, matérialisant ainsi le principe de la gestion axée sur les résultats (GAR).

Au cours de la période de mise en œuvre du premier plan stratégique de l'Agence, un certain nombre de réalisations ont été enregistrées parmi lesquelles :

- la mise en place de 676 mutuelles de santé à travers tout le territoire national ;
- le renforcement de la professionnalisation des organisations mutualistes ;
- le renforcement de la prise en charge des initiatives de gratuité ;
- l'expérimentation de l'intégration des initiatives de gratuité dans les mutuelles de santé au niveau du département de Kaffrine ;
- le renforcement du contrôle administratif et du contrôle médical ;
- le démarrage du déploiement du Système Intégré de Gestion Informatisé de la CMU.

Certaines études réalisées au cours de la mise en œuvre du programme ont également confirmé quelques progrès. A titre d'exemple, l'étude sur les dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services au Sénégal en 2014 et 2018-2019, montre qu'il y'a une

diminution des ménages qui font face aux dépenses catastrophiques de santé après la mise en œuvre du programme CMU.¹

Cependant, différentes évaluations internes et externes, ont relevé des insuffisances dans la mise en œuvre du programme parmi lesquelles :

- le défi lié à la soutenabilité des initiatives de gratuité² et la prise en charge des bénéficiaires du Programme national de Bourses de Sécurité Familiale (PNBSF) et des titulaires de la Carte d’Égalité des Chances (CEC) ;
- la faiblesse de la contribution des mutuelles de santé dans la couverture des populations contre le risque maladie avec une faible adhésion des communautés, un faible taux de renouvellement des cotisations, un faible niveau de fonctionnalité et de mise en commun des risques ;
- le défaut de ciblage des bénéficiaires ;
- le défi lié à l’effectivité de l’accès des bénéficiaires au paquet de soins offert dans le cadre de la CMU.

A ces difficultés, s’ajoutent certains défis à relever pour renforcer la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle (CSU) à savoir :

- l’exploration d’autres mécanismes d’achats plus stratégiques pour une rationalisation de l’utilisation des ressources destinées au programme ;
- l’amélioration du cadre juridique par la loi sur la protection sociale et particulièrement sur la CSU ;
- la digitalisation du système d’informations à travers le SIGICMU ;
- le renforcement et la restructuration du dispositif assurantiel ;
- la nécessité d’une négociation de tarifs préférentiels avec les structures de santé ;
- la disponibilité et la fourniture d’offre de services de santé de qualité ;
- la prise en charge des déterminants sociaux de la santé pour contenir la charge de morbidité.

Par ailleurs, la nécessité de répondre à ces défis susmentionnés et d’accélérer l’extension de la couverture du risque financier lié à la maladie a été prise en compte dans la stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la Couverture sanitaire universelle qui s’articule autour de quatre axes :

- l’amélioration de la disponibilité des services de santé de qualité ;
- l’extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie ;
- le renforcement des interventions multisectorielles à haut impact sur la santé ;
- la mobilisation accrue des ressources financières pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle.

Compte tenu des points cités plus haut, le plan stratégique est élaboré en parfaite cohérence avec la Stratégie nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle.

2. PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

L’Agence nationale de la Couverture Maladie Universelle (ANACMU) est créée en 2015 par le Décret 2015-21 du 07 Janvier 2015 portant création et fixant les règles d’organisation et de fonctionnement. Placée sous la tutelle technique du Ministère du Développement communautaire, de l’Equité sociale et territoriale et sous la tutelle financière du Ministère des Finances et du Budget, l’Agence a pour mission d’assurer la mise en œuvre

¹ Au seuil de 25 %, il est à noter que les ménages au Sénégal qui font face à des dépenses catastrophiques sont passés de 5,8% en 2014 à 3,8 % en 2018-2019.

² Dialyse, Plan Sésame, Césarienne et les soins pour les enfants âgés de moins de 5 ans.

de la stratégie nationale de couverture maladie universelle. Elle assure la tutelle des régimes de couverture maladie universelle à l'exclusion de ceux relevant de l'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés, et a en charge l'encadrement technique des organismes de prévoyance qui les constituent.

Les organes de l'Agence nationale de la CMU sont :

- le Conseil de surveillance ;
- la Direction générale.

Le Conseil de surveillance est l'organe délibérant de la CMU. Il assure la supervision des activités de l'Agence en application des orientations de la politique de l'Etat définie en matière de couverture maladie universelle. Il assiste, par ses avis et recommandations, le Directeur général de l'Agence dans l'exercice de ses fonctions et attributions.

Il approuve :

- les budgets de fonctionnement et d'investissements ou comptes prévisionnels annuels avant la fin de l'année précédente ;
- les programmes pluriannuels d'actions et d'investissements ;
- le manuel de procédures ;
- les rapports annuels d'activités du Directeur général ;
- les états de financiers de l'agent comptable, au plus tard dans les six (06) mois suivant la clôture de l'exercice, sur la base du rapport du commissaire aux comptes ou de l'auditeur externe des comptes ;
- l'organigramme de l'Agence ;
- la grille des rémunérations, l'attribution de prime, de gratification ou l'accord collectif d'établissement du personnel de l'Agence ;
- le rapport sur la performance de l'Agence dans les six (06) mois suivant la clôture de l'exercice ;
- le règlement intérieur de l'Agence.

Le Conseil de surveillance comprend les membres suivants :

- un représentant de la Présidence de la République ;
- un représentant de la Primature ;
- un représentant du ministère chargé de la santé ;
- un représentant du ministère chargé des finances ;
- un représentant du ministère chargé du travail ;
- un représentant du ministère chargé de la gouvernance locale ;
- un représentant de la Délégation générale à la Protection sociale et à la Solidarité nationale ;
- un représentant des Institutions de prévoyance sociale ;
- un représentant des organisations mutualistes.

Le Président du Conseil de surveillance est nommé par décret parmi les membres. Le contrôleur financier ou son représentant assiste, avec voix consultative, aux réunions du Conseil de surveillance.

L'Agence est composée de :

- la Direction générale
- le Secrétariat général
- l'Agence comptable
- la Direction de l'Administration et des Finances
- la Direction des Opérations
- la Direction de la Planification, de la Recherche, des Etudes, du Suivi et de l'Evaluation

- la Direction du Contrôle médical
- la Direction du Système d'Information
- La Direction des Affaires Juridiques et des Partenariats
- la Cellule du Contrôle général

En outre, l'Agence compte dans chacune des quatorze (14) régions un Service régional.

3. BILAN DU PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT 2017-2021

Sur la base des différents rapports de performance et d'évaluation, un bilan du plan stratégique de développement 2017-2021 a été réalisé pour notamment analyser les principaux résultats et les recommandations.

3.1 COUVERTURE DU RISQUE MALADIE PAR LES MS

Le nombre total de bénéficiaires des mutuelles de santé à base communautaire est passé de 1.784.985 en 2017 à 3.989.524 en 2021 sur une cible de 7.674.352, portant ainsi le taux de couverture par les mutuelles de santé de 19% à 23%, contre un objectif initial de 45%. Il apparaît donc que cet objectif n'a pu être atteint sur la période sous revue.

En effet, de 2017 à 2021, seuls 48% des bénéficiaires des mutuelles de santé à base communautaire doivent s'acquitter de leurs cotisations, soit directement, soit à travers un tiers payant. Ces bénéficiaires dits « cotisants »³ sont répartis comme suit : 73% des bénéficiaires classiques, 21% des bénéficiaires de la CMU-élèves et 6% de ndongos Daara, d'indigents autres que les BSF et CEC. Les 52% restant représentent les bénéficiaires « non cotisants »⁴ à savoir les bénéficiaires du Programme national de la Bourse de Sécurité Familiale (PNBSF) et les détenteurs de la Carte d'Egalité des Chances (CEC)

L'analyse de ces résultats met en exergue les principaux problèmes au niveau des mutuelles de santé à base communautaire, lesquels problèmes tournent globalement autour de la massification de ces mutuelles, de la collecte des cotisations, la fidélisation des bénéficiaires, de la gouvernance, le retard de paiement des subventions (contrepartie des cotisations, la cotisation des bénéficiaires du PNBSF et détenteurs de la CEC), la qualité des prestations de santé fournies, l'appui des collectivités territoriales.

- ***Massification des mutuelles de santé***

Tableau 1 : Répartition des bénéficiaires des mutuelles par région en 2021

RÉGIONS	NOMBRE BENEFICIAIRES CLASSIQUES	NOMBRE BENEFICIAIRES DU PNBSF	NOMBRE BENEFICIAIRES CEC	NOMBRE AUTRES INDIGENTS	NOMBRE ELEVES	NOMBRE NONGOS DAARA	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES 0-5ANS DANS LES MS	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES FEMMES ENCEINTES DANS LES MS	TOTAL BENEFICIAIRES MS À BASE COMMUNAUTAIRE	% population
DAKAR	195 791	254 126	1 888	9 308	102 135	6 872	-	-	570120	15%
DIOURBEL	121 118	171 695	1 323	341	23 164	9 884	-	-	327525	18%
FATICK	158 054	171 478	1 349	-	34 145	1 461	-	7 100	373587	41%
KAFFRINE	121 459	138 987	1 154	123	23 697	3 799	35 489	-	324708	45%

³ Les bénéficiaires cotisants sont ceux qui ont cotisé.

⁴ Les bénéficiaires « non cotisants » sont ceux dont la cotisation et le ticket modérateur sont totalement subventionnés par l'Etat.

KAOLACK	174 705	217 986	872	2 217	36 356	5 025	-	-	437161	37%
KÉDOUGOU	21 412	50 539	1 059	393	19 941	945	-	-	94289	49%
KOLDA	61 991	216 157	1 655	-	9 146	2 115	-	-	291064	35%
LOUGA	137 927	53 009	1 662	372	19 729	4 179	-	-	216878	20%
MATAM	46 215	65 624	1 278	4 035	17 971	439	-	-	135562	18%
SAINT-Louis	55 321	105 719	2 442	2 428	23 741	2 928	-	-	192579	18%
SÉDHIOU	22 154	96 471	1 805	639	18 935	884	-	-	140888	25%
TAMBACOUNDA	34 730	188 224	2 047	-	21 581	245	-	-	246827	28%
THIÈS	211 691	178 542	2 454	1 337	31 602	251	-	-	425877	20%
ZIGUINC'HOR	42 905	137 808	3 331	929	27 236	250	-	-	212459	31%
TOTAL	1 405 473	2 046 365	24 319	22 122	409 379	39 277	35 489	7 100	3 989 524	23%

Source : Rapport de performance 2021 de l'ANACMU

L'analyse du tableau ci-dessus montre que les Régions de Kédougou (49%), Kaffrine (45%) et Fatick (41%) ont les taux de bénéficiaires rapportés à la population les plus élevés, tandis que les régions de Dakar (15%), Thiès (18%) et Saint Louis (18%) ont les taux les plus faibles. Ce constat révèle que le modèle de mutuelles à base communautaire est très peu adapté dans les régions à grande population cosmopolite. Par ailleurs, les régions dans lesquelles le modèle de mutuelle départementale a été expérimenté présentent aussi des résultats relativement intéressants en termes de massification.

Il apparaît également de l'analyse du tableau que le nombre de bénéficiaires des programmes BSF et CEC représente la part la plus élevée dans le nombre total de bénéficiaires des mutuelles de santé. Les mutuelles de santé restent donc fortement dépendantes des personnes dont la cotisation est totalement supportée par l'Etat.

Pour relever le taux de pénétration des mutuelles de santé, l'Agence nationale de la CMU a mis l'accent sur l'enrôlement dans les mutuelles de santé de groupes cibles spécifiques comme les élèves, les acteurs culturels, les travailleurs de l'économie informelle, les pensionnaires des Daaras entre autres.

C'est dans ce cadre qu'en 2018, la CMU-Élève a été lancée et a permis en 2021 de couvrir 409.379 élèves au total au niveau des mutuelles de santé à base communautaire. La CMU-Daara lancée en 2019, connaît en 2021 un bond significatif, passant de 7.719 ndongos Daara enrôlés en 2020, à 39.277 en 2021. Cette initiative est aujourd'hui effective dans les 14 régions.

Dans le Département de Kaffrine, 35.489 enfants âgés de moins de cinq ans sont enrôlés dans les mutuelles de santé, dans le cadre du projet pilote « Prise en charge financière des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq ans et des bénéficiaires du PNBSF à travers le système d'assurance maladie à base communautaire (CMU) » financé par la Banque Mondiale.

Par ailleurs, 7.100 femmes enceintes sont enrôlées dans l'UDAM de Foundiougne, avec l'appui de la Coopération belge.

• *Collecte des cotisations et fidélisation des bénéficiaires*

Il est relevé un taux de recouvrement très faible des cotisations au niveau des mutuelles de santé à base communautaire. En effet, l'évaluation du programme CMU (CRES 2021), a relevé un taux de renouvellement des cotisations en 2018 de 45% au niveau des mutuelles de santé communautaires, contre 68% au niveau de l'UDAM de Foundiougne et 81% au niveau de l'UDAM de Kounghoul. Ces expériences d'UDAM se font dans une approche de professionnalisation de la gestion qui produit des prestations à la satisfaction des bénéficiaires ce qui les incite à renouveler leurs cotisations.

La faiblesse du taux de recouvrement reste un problème récurrent au niveau des mutuelles de santé à base communautaire et soulève la question de leur viabilité financière.

Cette situation s'explique principalement par le caractère non obligatoire de l'adhésion, la faible capacité des ménages à supporter le coût de l'assurance pour une famille nombreuse et la faible attractivité des prestations de soins. Il s'y ajoute, l'insuffisance d'activités de communication de proximité clairement axées sur la collecte des cotisations et la mobilisation de fonds, le faible niveau de professionnalisation de la gestion des mutuelles à base communautaire illustré par la persistance du bénévolat et l'inadéquation des mécanismes de collecte des cotisations.

- ***Effectivité de l'accès aux prestations de soins***

L'analyse situationnelle des organisations mutualistes réalisée de 2017 à 2019, a permis de relever que les bénéficiaires classiques, qui contribuent à hauteur de 42% de l'ensemble des ressources des mutuelles de santé, consomment 80% des charges techniques (dépenses de prestations) contre 19% pour les bénéficiaires du PNBSF. Ce faible taux de prise en charge des bénéficiaires du PNBSF et des titulaires de la CEC pose le problème de l'effectivité de leur accès aux prestations de soins. En effet, des arrêts récurrents des prestations destinées aux bénéficiaires du PNBSF et CEC sont notés au niveau des organisations mutualistes dont l'une des raisons est le retard de versement des subventions des cotisations par l'Etat.

En outre, entre 2017 et septembre 2019, les dépenses de prestations de soins des mutuelles de santé sont plus orientées vers les postes de santé et les officines privées. En effet, le cumul de ces dépenses de prestations représente 77,1% en 2017, 73,8% en 2018 et 72,4% en septembre 2019. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les postes de santé constituent le premier niveau de recours des bénéficiaires des mutuelles de santé. Elle renseigne également sur le niveau d'opérationnalité des conventions signées entre mutuelle de santé et postes de santé. L'analyse des résultats montre que le paquet de base offert par les postes et centres de santé et pris en charge à travers les mutuelles de santé représente la part la plus importante des charges techniques supportées par les organisations mutualistes, soit en moyenne 74%. En d'autres termes, l'essentiel des dépenses de prestations de soins est supporté par les mutuelles de santé à base communautaires.

- ***Gouvernance des mutuelles de santé***

L'évaluation du programme CMU (CRES 2021) a mis en évidence des faiblesses au niveau de la gouvernance des mutuelles de santé qui sont liées à l'organisation institutionnelle et la gestion. Le principal problème semble résider dans le niveau d'instruction de l'équipe dirigeante et dans la fonctionnalité des organes de gouvernance. En effet, le niveau d'étude de certains gérants des mutuelles de santé communautaires est très faible. Près de 69 % des employés dans les mutuelles de santé enquêtées sont des bénévoles. Cette situation entraîne notamment une faiblesse dans la tenue des principaux outils de gestion.

Si ces problèmes ont pu en majorité être résolus au niveau des UDAM et des UDMS, ils restent en revanche très préoccupants pour les mutuelles de santé à base communautaire.

Pour renforcer la fonctionnalité des UDMS, l'Agence a appuyé la mise en place d'unités techniques de gestion (UTG), bras techniques des UDMS et le fonctionnement des mutuelles de santé à travers la prise en charge des gérants pour une certaine période, le renforcement de capacités des administrateurs entre autres. L'Agence a également appuyé le plaidoyer auprès des collectivités locales pour la mise à leur disposition de sièges. Cet appui de l'Agence entre dans le cadre du processus de professionnalisation des organisations mutualistes en vue de l'amélioration de leurs performances.

3.2 COUVERTURE DES SOINS DE SANTE DANS LE CADRE DE L'ASSISTANCE MÉDICALE

Dans le cadre de la politique d’assistance médicale, l’Agence nationale de la CMU s’est fixée pour objectif d’assurer la prise en charge gratuite des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq ans, des personnes âgées de 60 ans et plus, de la césarienne dans les structures de santé publiques et de la dialyse.

De 2015 à 2021, le cumul des factures reçues des prestations de santé des bénéficiaires des initiatives de gratuité s’élève à 76.337.945.536 francs CFA. En fin 2021, un remboursement cumulé de 66.374.143.302 francs CFA soit 87% a été effectué par l’Agence nationale de la CMU aux structures de santé. Il ressort de l’analyse des dépenses effectuées pour le compte de l’assistance médicale de 2015 à 2021, que la prise en charge gratuite de la dialyse (séances, kits et pose de la fistule artérioveineuse) à elle seule représente 37% du montant global remboursé. L’achat des kits à la PNA représente une part significative avec 16.116.605.554F CFA de 2015 à 2021. Ce niveau élevé des dépenses liées au coût des kits nécessite d’engager une réflexion pour une meilleure efficience dans l’utilisation des ressources. La gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans occupe la deuxième position en termes de dépenses avec 27% du montant global, suivie de l’initiative de gratuité des personnes âgées de 60 ans et plus, avec 22% des dépenses totales. La gratuité de la césarienne a quant à elle, a consommé 17% du montant total dépensé pour le compte de l’assistance médicale.

En 2021, la créance des structures de santé dans le cadre de la prise en charge des bénéficiaires des initiatives de gratuité s’élève à 9.963.803.234 franc CFA. Ce retard de remboursement outre le fait qu’il affecte le fonctionnement des structures de soins induit une non effectivité des prestations pour bon nombre de bénéficiaires de l’assistance médicale. La soutenabilité de l’assistance médicale et le financement des structures de santé qui produisent les prestations nécessitent une approche fondée sur l’équité avec une attention particulière pour les populations ne bénéficiant d’aucun mécanisme de protection financière contre le risque maladie. En d’autres termes, il s’agit de ne réservé la gratuité des soins que pour les enfants de moins de cinq ans ne bénéficiant pas de prise en charge maladie. Concernant les femmes enceintes, en attendant l’adoption d’autres mesures d’élargissement du paquet, celles qui disposent déjà d’une prise en charge maladie ne seront plus concernées par la mesure de gratuité de la césarienne. Seront également exclus d’une couverture intégrale par le plan Sésame, les fonctionnaires à la retraite bénéficiaires de l’Imputation budgétaire, les agents non fonctionnaires de l’État et les salariés à la retraite pris en charge par l’IPRES ou par une autre forme d’assurance maladie.

La mise en œuvre de la politique d’assistance médicale à travers les initiatives de gratuité, pose également la problématique de la révision des montants des forfaits sur la base d’une analyse actualisée des coûts des prestations. L’accent sera mis sur la définition d’un mécanisme d’achat stratégique des prestations dans le cadre de la gratuité de la dialyse, en rapport avec la PNA et les fournisseurs de Kit, mais aussi de l’élaboration des référentiels qualité des soins dans le cadre de la CMU et de l’élaboration de la liste de médicaments éligibles et des protocoles opposables.

L’Agence nationale de la CMU a engagé des réflexions en vue d’amorcer des réformes avec l’implication de certaines parties prenantes pour une gestion plus efficiente des ressources destinées à l’assistance médicale. Ainsi, un accent particulier est mis sur la gestion des risques, notamment à travers un renforcement de la mission de contrôle médical levier indispensable dans ce processus et la négociation des tarifs avec les structures de santé.

3.3. PILOTAGE ET GESTION DE LA CMU

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSD 2017-2021, un contrat de performance 2017-2019 a été signé entre l’Agence et le Ministère en charge des finances. Afin d’améliorer la mise en œuvre du programme, l’Agence s’est dotée d’un document de définition du cadre de suivi et d’évaluation et d’un manuel de procédures administratives, financières et comptables.

Les instances de coordination et de suivi de la CMU ont été mises en place au niveau régional et départemental sous la présidence des autorités administratives mais la plupart d’entre elles ne fonctionnent pas.

L’exécution du PSD 2017-2021 a régulièrement fait l’objet de rapports trimestriels de suivi et d’une évaluation annuelle des performances adoptés par le Conseil de surveillance.

L’Agence nationale de la CMU s’est dotée d’un Plan Directeur de Recherche (PDR) 2017-2020 pour accompagner la mise en œuvre du PSD 2017-2021. Un certain nombre d’études ont été menées notamment l’étude des coûts des prestations de soins des structures de santé publiques et privées, l’étude sur les politiques d’assistance (cas des enfants âgés de moins de 5 ans et des bénéficiaires du PNBSF), l’enquête d’évaluation de la gouvernance, de la gestion et des capacités opérationnelles du système d’assurance maladie dans les régions de Thiès, Diourbel et Tambacounda, l’Enquête auprès des ménages sur la pauvreté leur perception sur le programme CMU, l’étude sur la protection financière et l’impact du régime de CMU sur les membres du secteur informel, etc.

Par ailleurs, l’Agence a développé un Système d’Information de Gestion Intégré de la Couverture Maladie Universelle (SIGICMU) composé du GESTAM, du SIBIO, de l’EDIR, du SITFAC, du SunuCMU, du SamaCMU. L’année 2019 a été une « année SunuCMU », plateforme de collecte électronique des cotisations et de financement participatif de la CMU. Il a la particularité d’intégrer un centre de traitement monétique (CTM) des cotisations des bénéficiaires des mutuelles de santé. À travers le SunuCMU, la collecte des cotisations est digitalisée et est ainsi plus accessible au niveau national et international.

Le ciblage et l’identification des bénéficiaires des régimes de couverture du risque maladie constituent des défis majeurs pour l’Agence. C’est dans ce cadre qu’avec le concours de la Banque Mondiale, elle a pu acquérir en 2019 des kits biométriques pour l’implémentation d’un des modules phares du SIGICMU, le Système d’Identification Biométrique (SIBIO). L’Agence nationale de la CMU a lancé en 2020 la phase pilote du GESTAM (Gestion de l’Assurance Maladie), du SITFAC (Système de traitement des Factures) et du SIBIO. Il est à noter qu’en 2020, tous les modules du SIGICMU ont été livrés.

En 2019, l’Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle connaît un changement de tutelle technique passant du Ministère de la Santé et de l’action sociale au Ministère du Développement communautaire, de l’Equité sociale et territoriale (MDCEST).

Le Ministère de tutelle, a commandité en 2020 une évaluation externe du programme de la CMU. Ce processus a abouti en 2021 à la production de onze (11) rapports spécifiques issues de l’évaluation des différents aspects de mise en œuvre du programme et d’un rapport final de synthèse des résultats. Il est attendu à l’issue de cette évaluation, de passer à la définition d’un nouveau Plan stratégique de mise en œuvre du programme de Couverture Maladie Universelle.

3.4. MOBILISATION DES RESSOURCES

L'Agence nationale de la CMU, en collaboration avec le projet CHAI (Clinton Health Access Initiative), a procédé à une étude de cartographie des ressources financières de la CMU de 2017 à 2020 et le constat majeur est la croissance continue des ressources allouées à la CMU aussi bien par l'Etat que par les Partenaires au Développement. L'allocation de l'Etat constitue la première source de financement du programme CMU avec une dotation qui est passée de 15.922.123.055 F CFA en 2015 à 18.450.000.000 F CFA en 2021.

La contribution des Partenaires au Développement suit la même tendance, en passant de 5.256.117.794 F CFA en 2015 à 8.227.996.684 F CFA en 2021.

Les partenaires au développement qui contribuent à la CMU sont la JICA, la Banque Mondiale, l'AFD, l'USAID, LUXDEV, ENABEL, l'OMS, le BIT et l'UNICEF.

4. LES PARTIES PRENANTES

La mise en œuvre du programme CMU a nécessité l'implication de plusieurs acteurs aux niveaux stratégique et opérationnel.

4.1 LES BÉNÉFICIAIRES

Bénéficiaires classiques sont les populations du secteur informel et du monde rural qui adhèrent volontairement aux mutuelles de santé et qui libèrent une cotisation annuelle de 7000 F CFA par personne, subventionnée par l'Etat à hauteur de 50 %.

Elèves et Ndongo-Daaras⁵ : Ce sont les apprenants des établissements scolaires du niveau élémentaire, moyen et secondaire et des écoles coraniques (daaras) enrôlés et pris en charge à travers les mutuelles de santé. La cotisation annuelle par élève ou ndongo-daara est de 4500 F CFA dont 1000 F CFA représentant la contribution du bénéficiaire et une subvention de 3500 F CFA par l'Etat.

Les bénéficiaires du Programme de Bourse de sécurité familiale (PNBSF) : Les membres des ménages bénéficiaires du PNBSF sont systématiquement enrôlés et pris en charge à 100% dans les mutuelles de santé. Les droits d'adhésion des chefs de ménage de 1000 F CFA, la cotisation annuelle de 7000 F CFA, le ticket modérateur⁶ de 2000 F CFA et les frais de photographie de 250 F CFA par membre sont totalement subventionnés par l'Etat.

Les détenteurs de la Carte d'Egalité des Chances : le titulaire de la CEC est systématiquement enrôlé et pris en charge à 100% à travers les mutuelles de santé. Les droits d'adhésion des détenteurs de la CEC de 1000 F CFA, la cotisation annuelle de 7000 F CFA, le ticket modérateur de 2000 F CFA et les frais de photographie de 250 F CFA par membre sont totalement subventionnés par l'Etat.

NB : le détenteur de la CEC bénéficiaire du PNBSF est enrôlé et pris en charge gratuitement avec les membres de sa famille à travers les mutuelles de santé.

Les bénéficiaires des initiatives de gratuité :

- **Les enfants âgés de moins de cinq ans** : Ce sont les enfants de nationalité sénégalaise âgés de moins de cinq (05) ans qui sont pris en charge gratuitement suivant un paquet défini au niveau des structures publiques de santé (postes, centres de santé et EPS).

⁵ Daaras : Ecoles coraniques

⁶ Ticket modérateur représente le montant à la charge du bénéficiaire pour accéder aux soins. Il est couvert par l'Etat pour les bénéficiaires du PNBSF et les détenteurs de la CEC.

- **Les personnes âgées de soixante ans et plus** : le Plan Sésame, institué par le décret N° 2008-381 du 7 avril 2008, a pour but d'accorder la gratuité d'un paquet de prestations de soins défini aux personnes âgées de 60 ans et plus de nationalité sénégalaise.
- **Les femmes enceintes ayant besoin de césarienne** : il s'agit des femmes enceintes de nationalité sénégalaise dont l'état de santé ou celui du fœtus nécessite le recours à la césarienne. Cependant, une patiente ne disposant pas de CNI sénégalaise peut présenter celle de son mari ou d'un descendant direct au premier degré.
- **Les personnes souffrant d'insuffisance rénale** : il s'agit de tout patient de nationalité sénégalaise souffrant d'une insuffisance rénale chronique au stade terminal ou d'une insuffisance rénale aigüe. Sont également concernés, les sénégalais non-résidents, qui ne bénéficient pas d'une couverture médicale hors de leur pays de résidence. Leur prise en charge se fait sur programmation et dans la limite des places disponibles. Ils peuvent bénéficier d'une hémodialyse ou d'une dialyse péritonéale.

4.2 LES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE

Cette catégorie concerne les entités directement impliquées dans la mise en œuvre du programme au côté de l'ANACMU.

- Le Ministère de la santé et de l'Action sociale (MSAS) qui a assuré la tutelle technique de l'ANACMU de 2015 à 2019, joue un rôle crucial dans la mise en œuvre du programme en tant qu'acteur pourvoyeur de soins. Le MSAS assure également la coordination de la mise en œuvre de la politique de financement de la santé pour tendre vers la CSU. L'amélioration de l'accès financier aux services de santé entraîne nécessairement une hausse de l'utilisation des services, ainsi la non disponibilité d'une offre de soins de qualité entrave l'atteinte des objectifs du programme CMU.
- La Direction générale de l'Action sociale (DGAS) et la Délégation générale à la protection sociale et à la Solidarité nationale ont pour mission de cibler et d'identifier les bénéficiaires des programmes de filets sociaux à savoir les détenteurs de la Carte d'Egalité des Chances et les bénéficiaires du PNBSF. L'Agence quant à elle, subventionne à hauteur de 100% ces bénéficiaires à travers leur enrôlement dans les mutuelles de santé. L'ANACMU doit assurer la couverture du risque financier liée à la maladie pour ces cibles.
- Les organismes d'assurance maladie sont des acteurs clés dans la mise en œuvre du programme. Ces organismes sont constitués par les mutuelles de santé communautaires, les unions départementales, les mutuelles socioprofessionnelles, l'Institut de prévoyance retraite du Sénégal (IPRES) et les institutions de prévoyance maladie (IPM).
- Les prestataires de services de santé publics et privé (officines de pharmacie) assurent la prise en charge médicale des bénéficiaires de l'assurance maladie et de l'assistance médicale à travers une politique de contractualisation. Ils participent également aux activités de sensibilisation des populations pour une adhésion massive aux mutuelles de santé.
- Les médias et les organisations communautaires de base (Bajenu Gox, relais communautaires, ...) jouent un rôle dans la mobilisation et la communication de proximité des communautés en vue de la massification des mutuelles de santé.

- Les collectivités territoriales jouent un rôle important dans l'adhésion des populations aux mutuelles de santé à travers l'appui aux activités de sensibilisation, aux activités d'identification et d'enrôlement des bénéficiaires de la BSF. Il faut noter aussi que les CT ont activement participé à l'enrôlement de leur population par le financement de leur cotisation au niveau des mutuelles de santé, à la mise à disposition de siège équipé et de gérant pour renforcer leur professionnalisation et leur gestion. Ces interventions s'inscrivent en droite ligne avec la loi n°2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code Général des Collectivités Territoriales qui prévoit, au titre des compétences transférées en matière de santé, de population et d'action sociale, « *la participation à la Couverture Maladie Universelle* » à travers ses articles 107 pour la ville, 306 pour le département et 307 pour la commune.
- Le Ministère en charge des Finances et du budget, constitue un acteur incontournable dans la mise en œuvre du programme. En effet, il est chargé de la mobilisation des ressources de l'Etat et des partenaires au développement, du contrôle et de l'exécution des recettes et des dépenses de l'Etat et du suivi financier des institutions publiques.
- Les partenaires au développement : ils contribuent à la mise en œuvre du programme par des appuis techniques et financiers. Le tableau ci-dessous présente la cartographie de leurs interventions.
- Décideurs politiques, ONG : au-delà des acteurs cités plus haut, certaines institutions occupent une place importante dans la CMU. Il s'agit entre autres de l'Assemblée nationale, du Conseil Economique Social et Environnemental, du Haut conseil des Collectivités territoriales, de certaines organisations non gouvernementales et des ordres et associations du secteur de la santé.

Tableau 1 : Cartographie des partenaires au développement

Partenaires au développement	Zones d'intervention	Objet de l'appui
Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	National	Appui technique Appui financier
Coopération Japonaise à travers le prêt concessionnel à l'Etat du Sénégal et le projet Dooleel CMU	National Départements de Mbour, Mbacké et Koumpentoum pour le projet Dooleel CMU	Appui institutionnel, Appui technique, Appui à la prise en charge des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC Appui à la professionnalisation des organisations mutualistes (MS et UDMS) à travers des activités de formations, dotations en outils de gestion et d'équipements et l'organisation des missions de supervision et d'appui conseil.
Coopération Luxembourgeoise (Lux Dev)	Départements de Fatick, Foundiougne, Gossas, Matam, Ranérou et Kanel	Appui institutionnel à l'ANACMU Appui à la professionnalisation des organisations mutualistes (MS et UDMS) Appui à la mise en place des UDAM
Agence Française de Développement (AFD)	National	Assistance technique à l'ANACMU (Formation, Etude, communication, ...) et à l'ICAMO Contribution au financement de la gratuité des soins des enfants âgés de moins de cinq ans
Banque Mondiale	Dakar, Kaffrine, Tambacounda, Kédougou, Kolda, Ziguinchor et Sédiou	Appui technique et financier aux activités de formation, Communication, Suivi et Evaluation, Etudes, ...

		Appui institutionnel pour le développement du SIGICMU, Appui au Financement de la subvention des cotisations des enfants de moins de cinq et des bénéficiaires de la BSF dans les mutuelles de santé du département de Kaffrine
USAID et ses agences d'exécution	Kaolack, Kaffrine, Thiès, Fatick, Kolda, Ziguinchor, Sédiou, Diourbel, Louga, Tambacounda, Dakar	Appui technique Appui financier
Better than Cash Alliance	National	Appui institutionnel pour le développement du SIGI CMU
CHAI	National	Appui technique
ENABEL	Fatick et Kaffrine	Appui au financement de la recherche Appui à la professionnalisation des organisations mutualistes et prise en charge médicale des femmes enceintes
HITAP	National	Appui technique
Save the Children	Dakar, Thiès, Matam, Fatick, Kaolack, Kédougou, Sédiou, Kolda, Ziguinchor	Appui à la communication
UEMOA	Espace communautaire de l'UEMOA	Appui technique et financier
UNICEF	National	Appui dans le déploiement de la CMU Elève et dans l'enrôlement des bénéficiaires du PNBSF, Appui au financement de la recherche
Bureau International du Travail	National	Appui technique et financier au projet de réforme du régime simplifié du petit contribuable (RSPC) à travers la mutuelle sociale des artisans
CICODEV	National	Appui à la communication, Appui au renforcement de capacités, Appui au plaidoyer pour le financement de la CSU
Médicos Del Mundo	Dakar et Kédougou	Appui à la professionnalisation des organisations mutualistes Appui à la communication
Word Vision	Dakar, Diourbel, Kaffrine, Tambacounda, Kédougou, Ziguinchor, Kolda, Matam, Sédiou	Appui à la communication et au plaidoyer auprès des collectivités territoriales Appui à la professionnalisation des mutuelles de santé Appui à l'enrôlement des élèves et familles parrainées dans les mutuelles de santé

5. ANALYSE SITUATIONNELLE

5.1 ENVIRONNEMENT INTERNE

L'analyse de l'environnement interne a fait ressortir des forces de l'Agence de la CMU. En effet l'existence du décret n°2015- 21 du 7 janvier 2015 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence, lui confère une base légale solide pour la bonne mise en œuvre du programme CMU. Un contrat de performance a été signé entre l'Etat et l'Agence. L'Agence nationale de la CMU s'est dotée d'outils et de procédures pour une bonne gestion des différentes initiatives, a mis en place des services déconcentrés et développé un Système d'information complet et adapté.

Par ailleurs, l'existence d'une politique de subventions des cotisations des bénéficiaires des mutuelles de santé et l'effectivité de la mise en œuvre des initiatives de gratuité contribuent significativement à l'amélioration de la protection financière des groupes les plus vulnérables. La convention entre l'Agence et les organes de presse ainsi que l'existence d'un centre d'appel avec un numéro vert favorisent une bonne communication sur le programme. Enfin, des actions sociales sont développées au profit du personnel pour lui permettre d'être dans de bonnes conditions de vie et de travail.

Cependant, la mise en œuvre du programme CMU fait face à des faiblesses. Il n'existe pas de conventions entre l'Agence et les prestataires de soins et ses relations avec les organisations mutualistes ne sont pas formalisées. Au niveau interne, l'éclatement de certaines fonctions dans l'organigramme, la faible coordination des entités en charge de la communication, la faible opérationnalisation de certains modules du SIGICMU, l'absence d'un plan de suivi des recommandations des audits et l'absence d'une politique formalisée de développement des ressources humaines, entraînent certains dysfonctionnements dans l'Agence.

Par ailleurs, des faiblesses impactent la couverture effective des bénéficiaires notamment la non portabilité de la prise en charge au niveau national, des difficultés dans l'identification des cibles, la non application du plan Sésame dans la plupart des postes et centres de santé, le retard dans le remboursement des prestataires de soins ainsi que le versement des cotisations dues aux mutuelles de santé et l'inexistence d'un cadre règlementaire sur la prise en charge de la dialyse. Enfin, la mise en œuvre des activités de recherche est fortement dépendante des appuis des partenaires au développement.

5.2. ENVIRONNEMENT EXTERNE

Plusieurs opportunités s'offrent à l'Agence de la CMU dans la mise en œuvre du programme. Il s'agit notamment du contexte international favorable et de la forte volonté politique affichée par l'Etat au plus haut niveau pour l'atteinte de la couverture santé universelle ainsi que la disponibilité des partenaires au développement à accompagner la mise en œuvre du programme.

Par ailleurs, l'extension de la couverture maladie constitue une priorité majeure dans la stratégie nationale de financement de la santé 2017 - 2022 et le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS 2019-2028). De plus, la mise en œuvre du programme peut bénéficier de l'existence de cadres multisectoriels dans le domaine de la protection sociale et des progrès significatifs dans l'amélioration de l'écosystème technologique favorable à la digitalisation et la dématérialisation.

Enfin, les processus en cours pour l'amélioration du cadre légal de la protection sociale notamment l'élaboration d'une loi d'orientation sur la protection sociale et un code unique de sécurité sociale constituent des opportunités pour une règlementation efficace du programme CMU.

Cependant, l'Agence Nationale de la CMU est exposée à divers facteurs défavorables à une mise en œuvre efficiente du programme. Il s'agit de l'inexistence d'une loi propre sur la CMU, le caractère volontaire de l'affiliation des populations à l'assurance maladie, de la non adéquation des textes sur les tarifs et les nomenclatures des actes de santé et la faible implication des collectivités territoriales.

En outre, la faible capacité des mutuelles de santé et les dysfonctionnements dans l'offre de soins dans le cadre des initiatives de gratuité impactent significativement la mise en œuvre effective de la CMU.

Enfin, la grande fragmentation du système de protection sociale en santé dans le pays ne favorise pas une bonne mise en commun des ressources et des risques pour permettre un progrès rapide vers la CSU.

NB : Le tableau de l'analyse détaillée des forces et faiblesses FFOM est présentée en annexe 3.

5.3 SYNTHÈSE ANALYSE FFOM

Tableau 2 : Synthèse Analyse Forces-Faiblesses-Opportunités-Menaces

FORCES	FAIBLESSES
Cadre réglementaire, institutionnel et organisationnel de l'Agence favorable à son développement	Insuffisances identifiées dans les aspects réglementaire, institutionnel et organisationnel
Existence d'outils de mesure de résultats au niveau de l'Agence	Insuffisances notées dans la communication
Des stratégies de communication développées pour accroître la notoriété de l'Agence	Insuffisances dans la gestion des ressources humaines
Mise en œuvre d'une politique sociale au bénéfice du personnel	Non mise à jour des paramètres de la CMU de base
Accès à la couverture maladie universelle à travers l'assurance maladie	Difficultés dans la gestion des initiatives de gratuité
Accessibilité financière des groupes vulnérables aux prestations de soins à travers une politique d'assistance médicale	Non articulation entre la planification et la gestion budgétaire
Mise en place d'un dispositif de contrôle médical des prestations de soins facturées à l'Agence et aux organisations mutualistes	Difficulté dans la mise en œuvre de la digitalisation du Système d'information
Adoption d'un programme de digitalisation du système d'information	Insuffisance dans le financement et la vulgarisation des résultats de la recherche
Recherche pour appuyer la prise de décision	Non institutionnalisation de l'approche Genre
	Non prise en charge de la gestion des risques
	Absence de système d'archivage et de documentation
	Absence de plan de suivi des recommandations issues des audits
	Non disponibilité des protocoles et normes opposables dans le cadre de la CMU
OPPORTUNITÉS	MENACES
Contexte politique et engagements internationaux favorables au développement de la CMU	Cadre légal, réglementaire et institutionnel présente des insuffisances dans la mise en œuvre du programme
Confiance et soutien affirmés de l'Etat et des partenaires au développement pour le financement du programme	Facteurs économiques non propices au développement du programme
Engagement communautaire propice au programme	Faible niveau d'organisation et de fonctionnement des organisations mutualistes
Ecosystème technologique favorable à la digitalisation	Dysfonctionnement dans la gestion des initiatives de gratuité
Approche multisectorielle facilitant la mise en œuvre du programme	Absence de culture de prévoyance contre le risque maladie
Cadre légal et réglementaire favorable au développement du programme	Défaillance de la qualité des services de l'ADIE
	Faible implication des prestataires de soins du privé
	Fragmentation des régimes de couverture du risque maladie

6. PRINCIPAUX ENJEUX ET DEFIS

La mise en relation des facteurs de l'environnement interne (forces et faiblesses) avec celui externe (opportunités et menaces) a permis de définir les enjeux et d'identifier les défis auxquels fait face l'Agence nationale de la CMU dans la mise en œuvre de son programme.

Tableau 3: Enjeux et Défis

Enjeux	Défis
Mobilisation des ressources	Améliorer l'efficience dans l'utilisation des ressources
	Accroître la mobilisation de ressources publiques
	Développer des stratégies de financements innovants
	Développer le financement inter régimes
	Améliorer la mobilisation des ressources des partenaires
Extension de la couverture du risque maladie	Défragmenter les régimes de couverture du risque maladie
	Définir un paquet de services essentiels garanti harmonisé sur l'étendue du territoire pour tout régime confondu
	Rationaliser la gestion des initiatives de gratuité
	Renforcer la communication de proximité et le marketing social
	Améliorer le ciblage des bénéficiaires du programme de la CMU
	Assurer la portabilité de la couverture du risque maladie
	Renforcer l'intégration du secteur privé dans la mise en œuvre du programme
	Réviser les modalités de prise en charge des indigents
	Redéfinir les paramètres de mise en œuvre du programme de la CMU
	Renforcer le partenariat avec les différents acteurs de mise en œuvre du programme de la CMU
Renforcement de la gouvernance et du pilotage	Renforcer l'articulation entre le RSPC et la CMU de base
	Légiférer sur la CMU
	Capitaliser les résultats des études et expériences développées
	Renforcer le dispositif de maîtrise des dépenses de prestations notamment par le contrôle médical et le contrôle administratif
	Réaliser la cartographie des risques liés aux prestations
	Opérationnaliser le système d'information et de gestion intégré de la CMU SIGICMU
	Améliorer les mécanismes d'achats des services de santé
	Mettre en cohérence la mise en œuvre des programmes de filets sociaux avec l'assurance maladie
	Institutionnaliser l'approche genre dans la mise en œuvre du programme
	Mettre en place le système d'archivage et de documentation
	Veiller à la disponibilité des services de santé de qualité et des médicaments essentiels en continu
	Améliorer le système de suivi et d'évaluation
	Restructurer le dispositif organisationnel des mutuelles de santé
	Restructurer le cadre organisationnel de l'ANACMU
	Renforcer l'approche multisectorielle pour une meilleure exécution du programme

	Rendre fonctionnel les cadres de concertation entre les parties prenantes de la CSU
	Développer le dialogue avec les instances de décision du Ministère de la Santé et de l’Action sociale
	Réduire les coûts supportés par le programme (réforme de l’imputation budgétaire, médicaments génériques de pharmacie hospitalière)
	Développer des mécanismes d’adhésion systématique
	Renforcer la communication institutionnelle

7. CADRE D’ORIENTATION STRATEGIQUE :

7.1 NOTRE VISION

Devenir, à l’horizon 2035, un organisme de protection sociale de référence internationale qui garantit aux populations résidant au Sénégal, une couverture du risque financier lié à la maladie, sans aucune forme d’exclusion.

7.2 NOS MISSIONS

Le décret 2015-21 du 07 janvier 2015 portant création et fixant les règles d’Organisation et de fonctionnement de l’Agence nationale de la Couverture Maladie Universelle (La CMU) assigne à l’Agence la mission d’assurer la mise en œuvre de la stratégie nationale de couverture maladie universelle. Elle assure la tutelle des régimes de couverture maladie universelle à l’exclusion de ceux relevant de l’assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés, et a en charge l’encadrement technique des organismes de prévoyance qui les constituent.

La réalisation de la nouvelle vision stratégique nécessite un repositionnement et un renforcement des missions de l’Agence de la Couverture Maladie Universelle. Ainsi, celle-ci aura pour mission principale de garantir à toute personne résidant sur le territoire national, quelle que soit sa situation sociale, une protection contre le risque financier lié à la maladie, lui assurant ainsi un accès à des prestations de santé de qualité. Sa mission se décline en deux composantes : (i) la gestion des différents régimes de l’assurance maladie universelle destinée à la couverture des travailleurs de l’économie informelle, de ceux du monde rural, des indigents, des groupes vulnérables et de toute autre catégorie dont la couverture lui aura été confiée par une réglementation spécifique et (ii) l’appui à la coordination du système de protection sociale en santé pour favoriser à terme l’unification des régimes de couverture du risque maladie.

7.3 NOS VALEURS ET PRINCIPES

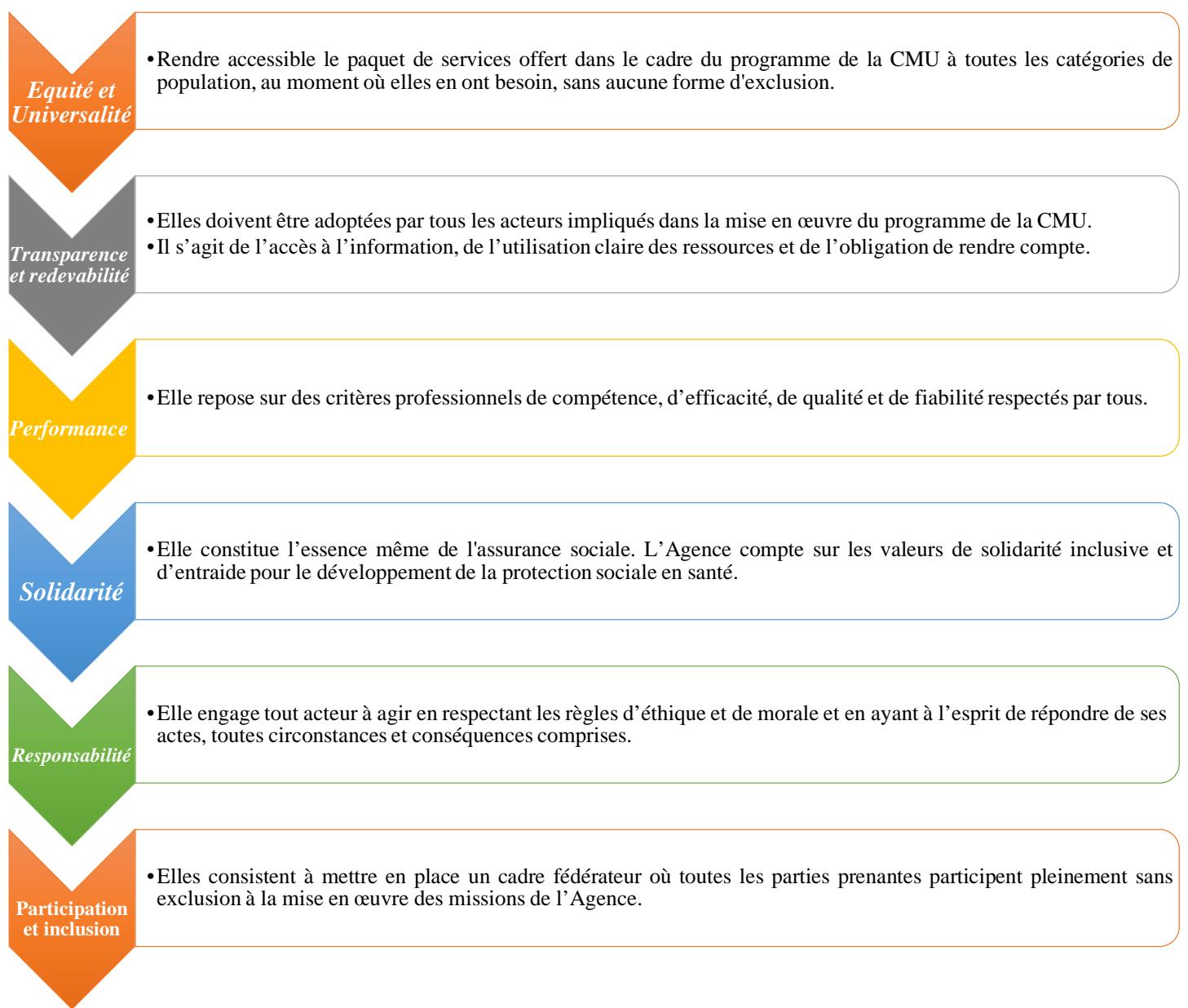


Figure 1: Valeurs et Principes

8. OBJECTIF STRATEGIQUE

L'objectif stratégique de l'Agence nationale de la CMU est d'étendre une couverture du risque financier lié à la maladie à 75% de la population d'ici 2027.

9. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Pour traduire la vision en actions, deux orientations stratégiques ont été définies autour de l'objectif stratégique. Chaque orientation stratégique se décline en objectifs spécifiques.

Orientation stratégique 1 :Extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie à travers l'assurance maladie et l'assistance médicale

- Objectif spécifique 1 :** Restructurer le dispositif de mise en oeuvre de l'assurance maladie
- Objectif spécifique 2 :** Rendre soutenable les dispositifs d'assistance médicale
- Objectif spécifique 3 :** Renforcer la gestion du programme CMU à travers la digitalisation

Orientation stratégique 2 : Renforcement de la mobilisation des ressources,de l'approche multisectorielle et de la gouvernance

- Objectif spécifique 1 :** Développer des mécanismes de mobilisation de ressources additionnelles au profit du programme de la CMU
- Objectif spécifique 2:** Renforcer l'approche multisectorielle dans le cadre de la mise en œuvre du programme
- Objectif spécifique 3 :** Réviser le cadre juridique de l'Agence
- Objectif spécifique 4 :** Améliorer le cadre institutionnel de pilotage et de gouvernance de l'Agence
- Objectif spécifique 5 :** Contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations par le renforcement des dispositifs de contrôle médical

Figure 2: Orientations stratégiques et objectifs spécifiques

10. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

10.1 Orientation stratégique 1 : Extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie à travers l'assurance maladie et l'assistance médicale.

Cette orientation correspond à la mission principale de l'Agence qui consiste à développer, pour les personnes non éligibles aux régimes de couverture du secteur formel, des mécanismes de protection sociale en santé que sont l'assurance maladie et l'assistance médicale.

S'agissant de l'assurance maladie dans le cadre du présent plan, les interventions visent à renforcer la viabilité du dispositif en développant des mécanismes d'adhésion systématique dans la perspective de rendre obligatoire l'assurance maladie, en professionnalisant la gestion des organisations mutualistes renforcée à travers le relèvement du niveau de mise en commun des risques.

Le relèvement du niveau de mise en commun des risques, prenant en compte les spécificités régionales, participe à la réduction de la fragmentation et permet une meilleure couverture du risque maladie des bénéficiaires du régime contributif. Ce relèvement permet de disposer d'un effectif d'adhérents conséquent, de réduire les frais de gestion, d'atteindre les seuils d'équilibre et ainsi d'élargir la base de la solidarité.

Avec ce relèvement de la mise en commun des risques (pooling des risques), les mutuelles de santé assurent désormais la couverture des paquets de service offerts par les structures de santé (poste, centre de santé, hôpital et pharmacie). L'intégralité des cotisations des bénéficiaires contributifs est gérée par l'échelon où se fait la mise en commun.

Pour améliorer l'accès aux soins à toute la population particulièrement le secteur informel et le monde rural, il est essentiel de développer, à court terme, des stratégies de massification des mutuelles de santé à travers des adhésions de groupes et des mécanismes incitatifs pour une adhésion systématique des populations au

programme CMU. Cela permettra, à moyen et long terme, de mettre en place un cadre réglementaire généralisant l'assurance maladie obligatoire pour toute la population sénégalaise.

En ce qui concerne les cibles de la gratuité et les bénéficiaires du PNBSF et de la CEC, elles sont classées dans la catégorie du régime dit non contributif.

Dans le cadre de ce régime non contributif, les fonctions liées au ciblage, à l'enregistrement et au contrôle de l'accès aux soins sont confiées aux mutuelles de santé dans le cadre d'une convention de délégation de gestion. Ceci permettra de rendre effectif le bénéfice des prestations aux personnes éligibles, en assurer un ciblage rigoureux et garantir la soutenabilité financière.

En contrepartie de cette délégation de fonction, l'Agence verse une subvention aux mutuelles de santé pour couvrir les frais administratifs au prorata du nombre de bénéficiaires du régime non contributif effectivement immatriculés.

Le remboursement des prestations fournies à ces cibles est effectué directement par l'Agence nationale de la CMU.

La mise en place d'un tel dispositif se fera à travers la révision des paramètres techniques de mise en œuvre du programme sur la base des différentes études et évaluations réalisées.

La réorganisation de la distribution des fonctions proposée pour la mise en œuvre de la CMU présente les avantages suivants :

- **Amélioration de la mise en commun** : La mise en commun des ressources et le partage des risques de l'assurance maladie sont réalisés à un niveau géographique avec une population significative permettant de renforcer la viabilité du système.
- **Identification des personnes éligibles aux programmes de gratuité** : Les personnes éligibles aux programmes de gratuité seront identifiées et immatriculées d'office. Leur identification et enregistrement se feront à travers les organisations mutualistes.
- **Amélioration de la professionnalisation** : Les Services régionaux serviront de plateforme technique au profit des organisations mutualistes et à ce titre appuieront le traitement des factures et le contrôle médical. Cette approche permettra de renforcer le dispositif de contrôle de la qualité et la maîtrise des dépenses de santé.
- **Articulation entre les programmes de gratuité et l'assurance maladie** : Les prestations des programmes de gratuité à l'exception de la dialyse seront gérées par l'Agence qui s'appuie sur les organisations mutualistes. Ces dernières recevront les factures des prestataires et effectueront le traitement en collaboration avec les Services régionaux.
- **Développement de la portabilité des prestations à l'échelle nationale** : Le relèvement du niveau de mise en commun et l'implication des Services régionaux de l'Agence dans la signature des conventions avec les prestataires de soins facilite la mise en œuvre de la portabilité des prestations au niveau régional et national.
- **Meilleure codification des bénéficiaires** : La codification des bénéficiaires sera centralisée au niveau de l'ANACMU avec l'établissement d'une carte et d'un numéro unique pour chaque bénéficiaire.
- **Meilleure effectivité de la prise en charge des populations indigentes** : l'immatriculation des bénéficiaires du régime non contributif, fait par les organisations mutualistes, améliore les vérifications nécessaires sur l'effectivité des prestations de soins et sur l'efficience dans l'utilisation des ressources publiques.

Le relèvement du pooling, c'est quoi ?

Dans le dispositif actuel, les mutuelles de santé sont caractérisées par un faible niveau de mise en commun des ressources qui ne permet pas un partage optimal des risques financiers liés à la maladie. En s'alliant à d'autres mutuelles situées dans la même circonscription, elles font bénéficier à leurs adhérents d'une base de partage des risques plus élargie.

10.2 Orientation stratégique 2 : Renforcement de la mobilisation des ressources, de l'approche multisectorielle et de la gouvernance

10.2.1 Renforcement de la mobilisation des ressources

Pour atteindre l'objectif stratégique de l'Agence, plus de ressources devront être mobilisées au plan domestique mais également à travers l'appui des partenaires au développement. La mise en œuvre d'un tel dispositif nécessite des moyens conséquents d'où l'impératif de développer des mécanismes de mobilisation de ressources additionnelles au profit du programme de la CMU d'ici 2027. Il s'agira d'améliorer l'efficience dans l'utilisation des ressources, de mener un fort plaidoyer pour l'augmentation des ressources de l'Etat et ses démembrements alloués au programme, de mettre en place des stratégies pour une meilleure mobilisation des ressources des partenaires au développement mais également de développer des mécanismes innovants pour le financement du programme.

• Efficience dans l'utilisation des ressources allouées

Il s'agit essentiellement de garantir une utilisation rationnelle des ressources existantes à travers l'amélioration du ciblage des bénéficiaires des initiatives de gratuité. En effet, l'identification, l'enregistrement et l'intégration de cette catégorie de bénéficiaires dans le dispositif assurantiel permettra de faire un tri sur les véritables ayants droit plus particulièrement ceux qui ne bénéficient encore d'aucune forme de couverture maladie. De plus, leur immatriculation dans le SIGICMU permettra de renforcer le ciblage à travers un entrepôt de données inter régime (EDIR) qui permet de distinguer les bénéficiaires des différents régimes. La fonction de contrôle des prestations à travers la vérification des factures, le contrôle médical et une meilleure gestion des risques liés aux prestations va être renforcée au sein de l'Agence nationale de la CMU et ainsi contribuer à une plus grande maîtrise des dépenses de prestations. Pour renforcer davantage l'efficience dans l'utilisation des ressources, le dispositif va utiliser un système d'encadrement de l'achat des services par l'élaboration de référentiels⁷, la négociation de tarifs préférentiels et l'utilisation de mécanismes d'achats stratégiques des prestations. Par ailleurs, l'utilisation rationnelle des ressources se fera également à travers la prise en charge de la contrepartie de la cotisation des bénéficiaires classiques pour assurer la continuité des soins.

Importance des achats stratégiques dans le contexte de la CMU

La mise en œuvre du programme CMU entraîne la mobilisation de ressources financières importantes et met en relation les acheteurs et les producteurs de services de santé (structures de santé).

Dans un tel contexte où chacun des deux acteurs cherche à tirer profit de sa relation avec l'autre ou à rationaliser ses ressources souvent limitées, l'un des aspects déterminants est la façon dont les prestations de services de santé sont achetées. Certains modes de paiement ou d'achats dits passifs (cas du paiement à l'acte) sont souvent inefficients par rapport à d'autres qualifiés de plus stratégiques car présentant plusieurs avantages tels que la réduction des risques liés à différentes formes de gaspillage de ressources (abus dans la consommation ou dans les prescriptions ou facturations), une meilleure prévision des ressources à mobiliser, l'amélioration du contrôle des risques financiers, etc.

L'Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle (ANACMU) en tant qu'acteur intervenant principalement dans les achats de prestations fait face à de nombreuses difficultés ou défis liés aux modes de paiements utilisés. Dans ce plan, il est proposé d'appliquer des mécanismes d'achats plus actifs (stratégiques).

En effet, jusqu'ici l'approche passive qu'utilise l'Agence se caractérise par le fait que les paiements sont effectués compte non tenu de l'effectivité et de la qualité des prestations couvertes par le programme.

La transition vers des mécanismes d'achats plus stratégiques liant le paiement des prestations de santé aux performances des structures de soins en termes d'effectivité et de qualité des services fournis aux bénéficiaires du programme devient impérative pour une utilisation plus efficiente des ressources dédiées, mais également pour une meilleure prévisibilité des ressources à mobiliser.

⁷ Normes et protocoles opposables, liste des médicaments éligibles...

En outre, l'achat stratégique vise à améliorer l'équité dans la distribution des ressources, à améliorer l'efficacité « plus de santé pour une somme donnée », à gérer l'accroissement des dépenses et à promouvoir la qualité dans la prestation de services.

- Augmenter substantiellement la contribution de l'Etat et des collectivités territoriales au financement de la CMU**

Une bonne mise en œuvre du présent plan nécessitera également un appui conséquent de l'Etat et des collectivités territoriales. En effet, de 2015 à 2021, les engagements budgétaires de l'Etat et ses partenaires pour l'Agence nationale de la CMU sont estimés à plus de 160 milliards de FCFA représentant 64% des besoins réels identifiés qui sont de l'ordre de 470 milliards⁸ pour la même période. Il sera donc indispensable de mener des actions de plaidoyer auprès de l'Etat central, pour l'augmentation substantielle du budget alloué à la CMU.

Concernant les collectivités territoriales, leur contribution dans le financement du programme demeure encore très faible, malgré les recommandations du code général portant sur les collectivités territoriales en ses articles 170, 306 et 307 qui préconisent un appui des collectivités territoriales à la mise en œuvre du programme et au financement de la prise en charge des nécessiteux à travers la ligne secours aux indigents. Des efforts de sensibilisation et de plaidoyer sont à mener auprès des élus locaux pour l'application effective desdits articles. Il sera également important de s'inscrire dans un dialogue permanent avec ces acteurs pour une modification de la nomenclature budgétaires des CT en vue de faire figurer obligatoirement « l'appui à la couverture maladie universelle » dans les différents plans locaux de développement.

- Développer des stratégies de financement additionnel de la CMU**

Dans l'optique d'accroître les ressources dédiées au programme, il est important d'explorer d'autres ressources à travers des mécanismes de financement innovants. Il s'agit entre autres :

- D'exploiter l'espace budgétaire disponible sur quelques niches telles que :**
 - Taxes sur les produits et services ;
 - Taxe supplémentaire sur les transferts d'argent ;
 - L'utilisation de recettes fiscales générales ;
 - La réaffectation de certaines dépenses publiques (les surplus de subventions de gaz ou carburant orientés vers le financement de la CMU). *Source : CRES, Extension de la protection sociale : analyse des options de financement et simulations de rentabilité des investissements, 2019.*
- De développer des stratégies pour capter des financements à travers une solidarité inter régimes de protection sociale**

Il s'agit de créer un cadre de solidarité avec les autres institutions de protection sociale au Sénégal (CSS, IPRES, IPM etc.) et les assurances privées afin de mobiliser une partie de leurs ressources pour le financement du programme.

- Développer un cadre de partenariat avec le secteur privé en vue de renforcer sa participation au financement du programme**

Il s'agit de développer des mécanismes de mobilisation de ressources financières auprès des entreprises privées dans le cadre de leurs politiques de RSE et des partenariats publics privés.

⁸ Sources : Plan stratégique de développement de l'Agence de la CMU 2017-2021, Exécution financière, DAF, ANACMU
Plan stratégique de développement Agence CMU 2023-2027

- **Développer le financement participatif en faveur du programme**

- Créer une contribution de solidarité supportée par les acteurs du secteur formel ;
- Mobiliser une participation financière directe des populations à travers les plateformes digitales (SUNUCMU) ;
- Instituer une contribution de solidarité systémique liée aux téléphones portables. Cette contribution de solidarité permet aux individus et aux entreprises de faire des dons par les moyens électroniques, etc.

- **Mobiliser le financement de la diaspora en faveur de la CMU**

Il s'agit de mobiliser des ressources supplémentaires à travers la contribution financière de la diaspora au financement du programme.

- **Développer des mécanismes endogènes de financement de la CMU au niveau communautaire :**

Il s'agit de saisir les différentes opportunités de financement endogène de la CMU au niveau communautaire à travers les groupes organisés et organisations paysannes (les tontines, les champs collectifs, les calebasses, les AVEC, les OCB, les dahiras, etc).

10.2.2 Renforcement de l'approche multisectorielle

L'extension de la couverture du risque financier lié à la maladie nécessite le développement d'une approche multisectorielle.

- **Meilleure articulation du programme de la CMU avec l'offre de soins**

Il s'agit, en collaboration avec le ministère en charge de la santé, de rendre disponibles en permanence pour les bénéficiaires de la CMU des prestations de soins de qualité et des médicaments essentiels au niveau de toutes les structures publiques de santé. L'Agence doit négocier des tarifs spécifiques et harmonisés par niveau de la pyramide sanitaire en faveur du programme ainsi que des conventions pour l'implication des organisations mutualistes dans les activités promotionnelles de santé. En outre, les praticiens et autres professionnels de santé doivent être mieux sensibilisés aux enjeux de la CMU et être impliqués dans les stratégies de promotion du programme et de réduction des coûts.

- **Meilleure participation du secteur privé**

Dans la mise en œuvre de ce présent plan, il sera créé un cadre partenarial pour encourager la participation des entreprises et des prestataires de soins du secteur privé à la mise en œuvre de la CMU.

- **Participation des collectivités territoriales**

L'implication des collectivités territoriales dans la mise en œuvre du programme sera déterminante. Il convient de créer un cadre de concertations permanent avec les élus locaux dans le but de saisir toutes les opportunités qu'offre l'acte 3 de la décentralisation pour développer la CMU.

- **Meilleure articulation des différents régimes et une mise en cohérence de leurs systèmes d'information**

Il s'agit de la mise en cohérence des différents régimes de couverture du risque maladie au niveau national notamment par la mise en place d'un cadre règlementaire permettant de disposer d'une base de données unifiée

(EDIR) afin de faciliter le ciblage et la prise en charge des bénéficiaires. Ce même cadre va permettre d'asseoir une solidarité inter régimes et de définir les modalités d'accès au paquet minimum garanti par tous les régimes.

- **Création d'alliances avec d'autres secteurs**

Il s'agit de développer des mécanismes de couplage micro assurance -micro crédit.

10.2.3 Renforcement du pilotage et de la gouvernance

Cette orientation stratégique prend en compte l'amélioration du cadre juridique et institutionnel ainsi que le renforcement de la gestion du programme à travers les fonctions supports.

Cette orientation est basée sur le principe de la gestion axée sur les résultats en cultivant la recherche de performance.

En outre, l'extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie requiert la réorganisation du dispositif de l'assurance maladie et de l'assistance médicale ainsi que le renforcement de la gestion du programme à travers la mise en place des bureaux CMU dans les structures sanitaires, la communication, la digitalisation et la recherche.

- **Amélioration du cadre juridique**

La mise en œuvre des missions confiées à l'Agence nécessite une amélioration du cadre juridique de la couverture maladie notamment le vote d'une loi sur la CMU qui donne à l'Agence comme mission principale la prise en charge financière de la maladie ou de la protection sociale en santé pour des populations cibles et la régulation pour prévenir ou corriger les iniquités et le financement des prestations (CRES).

Cette amélioration du cadre juridique doit tenir compte des dispositions du règlement de l'UEMOA sur la mutualité sociale.

Il est donc nécessaire de faire un plaidoyer pour la révision des textes et dispositions réglementaires régissant l'organisation et le fonctionnement de l'Agence y compris un nouveau décret fixant ses missions et ses attributions.

En outre, il est important de renforcer le cadre formalisant les relations de partenariat entre l'Agence et les différents acteurs de mise en œuvre tels que le MSAS, la fédération des mutuelles de santé, les syndicats des professionnels de santé, l'ASPS, les différents ordres et associations, les centres de dialyse, l'ANSD, les universités et institutions de recherche, les structures étatiques, les structures non étatiques, etc.

- **Renforcement du pilotage**

Pour une meilleure performance dans la gestion et pour prendre en compte les nouvelles orientations du programme, il est nécessaire de réviser le dispositif organisationnel de l'Agence afin de l'adapter au nouveau contexte. Ainsi, à travers ce nouveau plan il est proposé la révision du manuel de procédures de gestion administrative et financière de l'Agence nationale de la CMU, l'élaboration d'un nouvel organigramme, l'élaboration d'un nouveau plan de communication, la révision du cadre de suivi et d'évaluation de l'Agence, l'élaboration d'un plan de développement des ressources humaines de l'Agence nationale de la CMU. Par ailleurs, le renforcement du dispositif institutionnel implique la mise en place des bureaux CMU, l'institutionnalisation de l'approche genre, l'opérationnalisation de la digitalisation du système d'information, la mise en place d'un système d'archivage et de documentation et le renforcement du dispositif de contrôle médical et administratif.

11. CADRE LOGIQUE

	Indicateurs	Sources de vérification	Risques
OBJECTIF STRATEGIQUE : Etendre la couverture du risque financier lié à la maladie à 75% de la population d'ici 2027	Dépenses en santé directe en proportion du total des dépenses courantes	Rapports sur les comptes de la santé Rapports OMS Enquêtes ANSD	Retard dans la production des rapports sur les comptes de la santé
	Incidence des dépenses en santé catastrophiques	Rapports sur les dépenses catastrophiques en santé	
	Incidence de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes	Rapports sur les dépenses catastrophiques en santé	Ces données ne peuvent être obtenues que suite à des enquêtes annuelles de l'agence
	Taux de couverture du risque maladie tous régimes confondus	Rapports d'enquêtes EDIR	
ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : Extension de la protection contre le Risque financier lié à la maladie à travers l'assurance maladie et l'assistance médicale			
RESULTAT D'EFFET 1 : L'assurance maladie est rendue obligatoire	Disponibilité d'une loi instituant l'assurance maladie universelle promulguée et publiée au Journal officiel	Journal officiel	Difficultés dans la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire
	Disponibilité des textes d'application de la Loi sur l'assurance maladie obligatoire publiés au Journal officiel	Journal officiel	Résistance au changement par les populations
	Disponibilité de textes réglementaires systématisant l'adhésion à un dispositif d'assurance maladie pour au moins 3 groupes socio-professionnels (agriculteurs, artisans, acteurs culturels...)	Arrêtés ministériels ou interministériels, notes circulaires	Défaut de collaboration des parties prenantes
EXTRANT 1.1 Le niveau de mise en commun des risques est relevé	Nombre de mutuelles de santé départementales fonctionnelles	Rapport de suivi du processus de mise en place des mutuelles de santé départementales	Résistance des acteurs au changement ; Désaccord sur les modalités de mise en œuvre du relèvement du niveau de mise en commun des risques
	Nombre de mutuelles de santé régionales fonctionnelles	Rapport de suivi du processus de mise en place des mutuelles de santé régionales	
EXTRANT 1.2 Nombre de groupes organisés enrôlés à travers l'adhésion systématique	Nombre de groupes organisés enrôlés à travers l'adhésion systématique	Rapport de suivi du processus de mise en place des mutuelles de santé départementales et régionales	
EXTRANT 1.3 Les mutuelles de santé départementales ou régionales sont viables	Taux de pénétration des mutuelles de santé	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales et régionales	Résistance des acteurs au changement ; Insuffisance des ressources financières
	Proportion de bénéficiaires cotisants à jour dans les mutuelles de santé		
	Taux de couverture par les mutuelles de santé		
RESULTAT D'EFFET 2: La gestion du dispositif d'assistance médicale est efficiente	Proportion d'enfants de moins de cinq ans et de femmes enceintes couverts par les mutuelles de santé	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales et régionales	Résistance des acteurs au changement

	Proportion de bénéficiaires des régimes non contributifs enregistrés au niveau des mutuelles de santé	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales et régionales	Désaccord sur les modalités de mise en œuvre du relèvement du niveau de mise en commun des risques
EXTRANT 2.1 Le ciblage et la prise en charge des indigents et groupes vulnérables sont améliorés	Taux d'enrôlement effectif des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC Proportion de bénéficiaires du PNBSF et de détenteurs de la CEC ayant utilisé les services de santé	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales et régionales	Non effectivité de l'enrôlement des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs CEC par les Organisations mutualistes ; Surestimation du nombre des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs CEC enrôlés ; Non effectivité de la prise en charge des cibles par les prestataires soins de santé
EXTRANT 2.2 L'accès aux soins des ménages vulnérables non pris en compte dans le cadre du PNBSF est amélioré	Proportion de personnes indigentes autres que les BSF et CEC enrôlées dans les MS		Insuffisance des ressources financières pour assurer la prise en charge des ménages vulnérables non pris en compte dans le cadre du PNBSF
ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : Renforcement de la mobilisation des ressources, de l'approche multisectorielle et de la gouvernance			
RESULTAT D'EFFET 4: La mobilisation des ressources au profit du programme de la CMU est renforcée	Taux de croissance des ressources publiques allouées à l'Agence nationale de la CMU Taux de croissance des ressources des partenaires au développement	Rapport d'exécution financière de la CMU ; Rapport annuel de performances de la CMU ; L'EDS-C ANSD ; Rapport du recensement général de la population et de l'habitat ANSD ; autres rapports d'enquête de l'Agence de la CMU	Faible prise en compte des priorités dans l'allocation et l'utilisation des ressources
EXTRANT 4.1 L'exécution des ressources allouées à l'Agence de la CMU est renforcée	Taux d'exécution des ressources publiques allouées à l'Agence de la CMU Taux d'exécution des ressources de la CMU allouées à l'assurance maladie Taux d'exécution des ressources de la CMU allouées à l'assistance médicale	Rapport d'exécution financière de la CMU ; Rapport annuel de performances de la CMU ; autres rapports d'enquête de l'Agence de la CMU	Changement d'orientation politique
EXTRANT 4.2 Des stratégies innovantes de financement de la CMU sont développées	Taux de mobilisation des ressources via le SUNUCMU		Changement d'orientation politique
RESULTAT D'EFFET 5 : L'approche multisectorielle est renforcée dans le cadre de la mise en œuvre de la CMU	Disponibilité d'un plan de travail multisectoriel sur la CMU	Portail documentaire de la CMU ; archives	Faible mise en cohérence des systèmes d'informations des différents régimes de couverture du risque maladie y compris le RNU ; Non mise à disposition des bases de données par les autres régimes ; Non effectivité de la mise à jour de l'entrepôt de données par les parties prenantes.
EXTRANT 5.1 La contribution des collectivités territoriales à la mise en œuvre du programme est renforcée	Proportion de plans locaux de développement intégrant l'appui à la CMU Taux de croissance du financement des collectivités territoriales allouées à la mise en œuvre de la CMU	Plans locaux de développement des CT ; Comptes de la santé du MSAS ; Rapports de suivi des services régionaux de la CMU ; autres rapports d'enquête de l'Agence de la CMU	Changement d'orientation politique ; Contraintes budgétaires, priorités sectorielles.
EXTRANT 5.2 La participation du secteur privé dans la mise en œuvre du programme est renforcée	Taux de croissance du financement du secteur privé dans le programme	Rapports de suivi des services régionaux ; Comptes de la santé	
EXTRANT 5.3 Une meilleure articulation du programme de la CMU avec l'offre de soins est assurée	Nombre de documents stratégiques sur l'offre de services de santé intégrant un volet CMU	Documents stratégiques sur l'offre de services de santé	Faible connaissance des paramètres de mise en œuvre (procédures de gestion, paquets offerts, ...) du programme par les acteurs de l'offre

EXTRANT 5.4 Un système d'articulation des bases de données inter régimes est mis en place	Disponibilité du décret sur l'EDIR	Journal Officiel	
RESULTAT D'EFFET 6 : Le dispositif juridique de l'Agence est en conformité avec le règlement de l'UEMOA	Disponibilité du nouveau décret fixant les missions et attributions de l'Agence de la CMU	Journal officiel	Chevauchement de missions
EXTRANT 6 Le cadre conventionnel formalisant les relations entre l'Agence et ses différents partenaires est adopté	Disponibilité des conventions de partenariat signées entre l'Agence de la CMU et les organisations mutualistes	Portail documentaire de la CMU ; archives	Retard dans la formalisation des relations de partenariat entre acteurs Lenteurs dans la mise en œuvre du programme
	Disponibilité d'une convention cadre de partenariat signée entre l'Agence de la CMU et l'ONAMS	Portail documentaire de la CMU ; Archives	
	Disponibilité d'une convention cadre de partenariat signée entre l'Agence de la CMU et le MSAS	Portail documentaire de la CMU ; Archives	
RESULTAT D'EFFET 7 : Le management et la gouvernance de l'Agence sont renforcés	Disponibilité du manuel de procédures de gestion administrative et financière validé de l'Agence de la CMU	Délibération du Conseil de Surveillance (CS) Lettre d'approbation du Ministère en charge des finances Contrat de performance signé par l'Agence et les autorités de tutelle	Non validation par le conseil de surveillance du nouvel organigramme proposé
	Disponibilité du contrat de performances 2023- 2025	Délibération du Conseil de Surveillance (CS) Lettre d'approbation du Ministère en charge des finances	Non validation par le conseil de surveillance du nouvel organigramme proposé
	Disponibilité du Plan validé de développement des ressources humaines de l'Agence de la CMU	Délibération du Conseil de Surveillance (CS) Lettre d'approbation du Ministère en charge des finances	Non approbation de la politique de développement des RH par le Conseil de surveillance
EXTRANT 7.1 La communication est renforcée	Disponibilité d'un plan de stratégique de communication et du marketing social de l'Agence de la CMU	Délibération du Conseil de Surveillance (CS)	Non validation par le conseil de surveillance de la stratégie de communication
	Nombre de personnes touchées par les activités de communication et de marketing social	Rapports de suivi des services régionaux	
EXTRANT 7.2 L'approche genre est institutionnalisée au sein de l'Agence	Niveau de mise en œuvre du plan d'institutionnalisation de l'approche genre dans le cadre de la CMU	Délibération du Conseil de Surveillance (CS)	Non appropriation de l'approche genre par le personnel
EXTRANT 7.3 Les documents du cadre normatif des RH CMU sont mis en œuvre	Proportion de documents normatifs liés à la gestion des RH de l'agence de la CMU mis en œuvre	Archives RH	Retard dans l'élaboration des documents normatifs
EXTRANT 7.4 La gestion du programme CMU est renforcée à travers la digitalisation	Proportion de mutuelles de santé départementales dont les procédures de traitement des factures sont intégralement dématérialisées	Système informatisé de traitement des factures ; Système informatisé de gestion de l'AM	Lenteur dans le traitement des factures des initiatives de gratuité
	Proportion de mutuelles de santé régionales dont les procédures de traitement des factures sont intégralement dématérialisées	Système informatisé de traitement des factures ; Système informatisé de gestion de l'AM	Lenteur dans le traitement des factures des initiatives de gratuité
	Proportion de factures dématérialisées reçues par les mutuelles de santé départementales dans le cadre de la gestion de la CMU	Système informatisé de traitement des factures ; Système informatisé de gestion de l'AM	Non utilisation des modules du SIGICMU
	Proportion de factures dématérialisées reçues par les mutuelles de santé régionales dans le cadre de la gestion de la CMU	Système informatisé de traitement des factures ; Système informatisé de gestion de l'AM	Non utilisation des modules du SIGICMU

	Nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé départementales pris en charge dans le cadre de la portabilité	Conventions ; Rapports de suivi de la convention ; Système informatisé d'identification	
	Nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé régionales pris en charge dans le cadre de la portabilité	Conventions ; Rapports de suivi de la convention ; Système informatisé d'identification	
	Nombre de factures payées dans le cadre de la portabilité	Convention cadre ; Rapports de suivi de la convention ; Système informatisé d'identification	
	Niveau de déploiement du module GESTAM du SIGICMU au niveau national	Rapports de suivi du déploiement du SIGICMU	Non utilisation des modules du SIGICMU
	Niveau d'utilisation du module GESTAM du SIGICMU au niveau national		
	Niveau de déploiement du module SITFAC du SIGICMU au niveau national		
	Niveau d'utilisation du module SITFAC du SIGICMU au niveau national		
EXTRANT 7.5 Le système d'archivage et de documentation est renforcée	Niveau de déploiement de la solution GED/SAE	Rapport de suivi du déploiement de la solution GED/SAE	Non utilisation de la solution GED/SAE
EXTRANT 7.6 Le cadre de la recherche et des études est renforcé	Proportion de rapports d'études réalisées dans le cadre du renforcement de la gestion du programme CMU	Rapports des études	Lenteur dans le processus de réalisation des études
RESULTAT D'EFFET 8 : Les dépenses de prestations sont maîtrisées	Proportion de référentiels mis en œuvre par la fonction contrôle médical pour encadrer l'achat des prestations	Rapports de contrôle médical	Non disponibilité de certains référentiels de contrôle médical ; Non appropriation des référentiels de contrôle médical disponibles par les acteurs ; Insuffisance de mécanismes d'achats stratégiques
EXTRANT 8.1 Le personnel de l'Agence de la CMU est capacitée sur le métier de contrôle médical	Nombre de personnes capacités sur le métier de contrôle médical	Rapports de formation	Insuffisance de ressources financières
EXTRANT 8.2 Les parties prenantes sont capacités sur le contrôle médical	Nombre de personnes capacités sur le contrôle médical	Rapports de formation	Insuffisance de ressources financières

12. MODÈLE LOGIQUE D'INTERVENTION

L'opérationnalisation du cadre logique se fera à travers les lignes d'action décrites dans le modèle logique d'intervention présenté ci-dessous.

PSD ANACMU 2023 - 2027

VISION « Devenir, à l'horizon 2035, un organisme de protection sociale de référence internationale qui garantit aux populations résidant au Sénégal, sans aucune forme d'exclusion, une couverture universelle du risque financier lié à la maladie »

OBJECTIF STRATEGIQUE: Etendre la couverture du risque financier lié à la maladie à 75% de la population d'ici 2027.

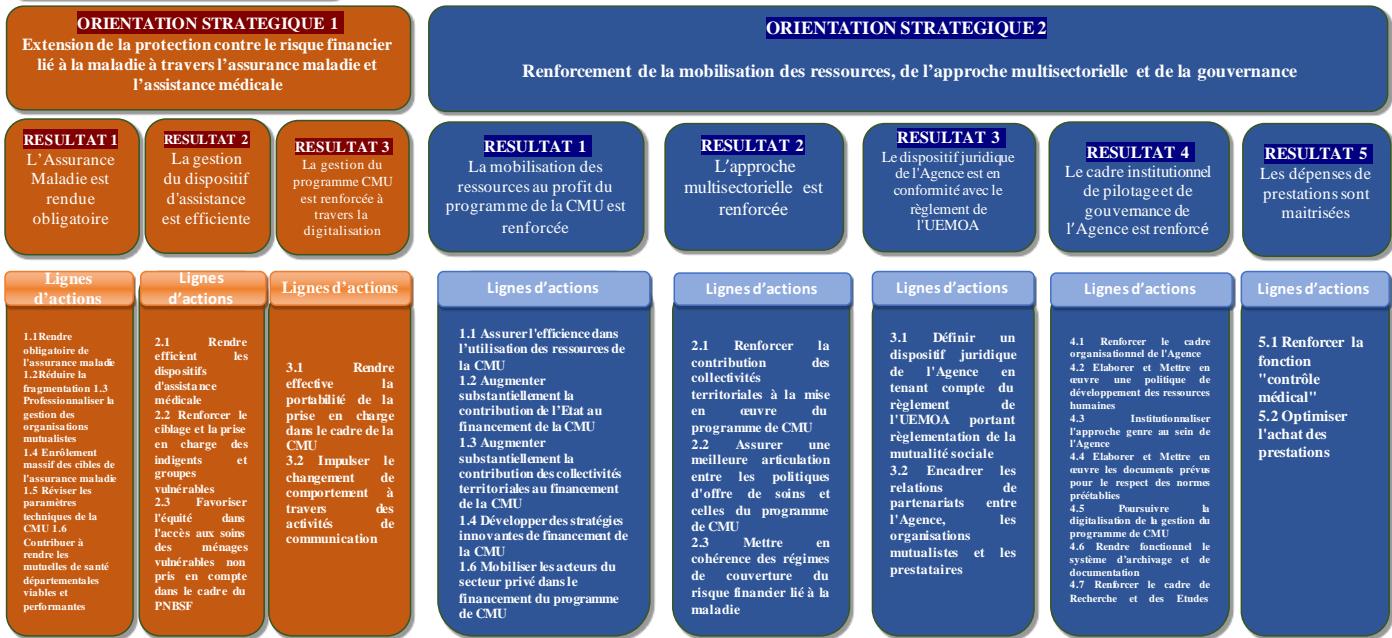


Figure 3 : Modèle logique d'intervention

13. PLAN DE FINANCEMENT

Pour atteindre les objectifs fixés au terme de la mise en œuvre du PSD 2023-2027, les besoins de financement nécessaires à la réalisation des activités prévues sont estimés globalement à **252.766.426.423 F CFA**.

Ce montant est réparti annuellement en tenant compte du budget réel de l'année 2023 et en fonction des estimations financières des activités définies par orientation stratégique selon le chronogramme consolidé.

Au titre des sources de financement, les besoins seront essentiellement financés par l'Etat et les partenaires au développement dans le cadre de la CMU.

En 2022, l'Etat a contribué à hauteur de 66% du financement du programme contre 34% relevant des partenaires. Cette tendance pourrait évoluer au cours des autres années du PSD, si l'on tient compte de l'augmentation annuelle attendue de la part du budget de l'Etat pour le financement du programme de la CMU, ainsi que la fin des projets de certains partenaires.

Par ailleurs, la répartition des ressources tient compte des orientations prioritaires de l'Agence nationale de la CMU en termes de missions principales. Ainsi, l'essentiel des ressources prévues est orienté en priorité vers le cœur de métier du programme à savoir l'extension de la couverture du risque financier lié à la maladie, puis vers le pilotage et la gouvernance regroupant les fonctions support, qui accompagnent la mise en œuvre du programme : la Communication, la Recherche, le Système d'information, le Suivi et l'Évaluation, et le Contrôle médical entre autres.

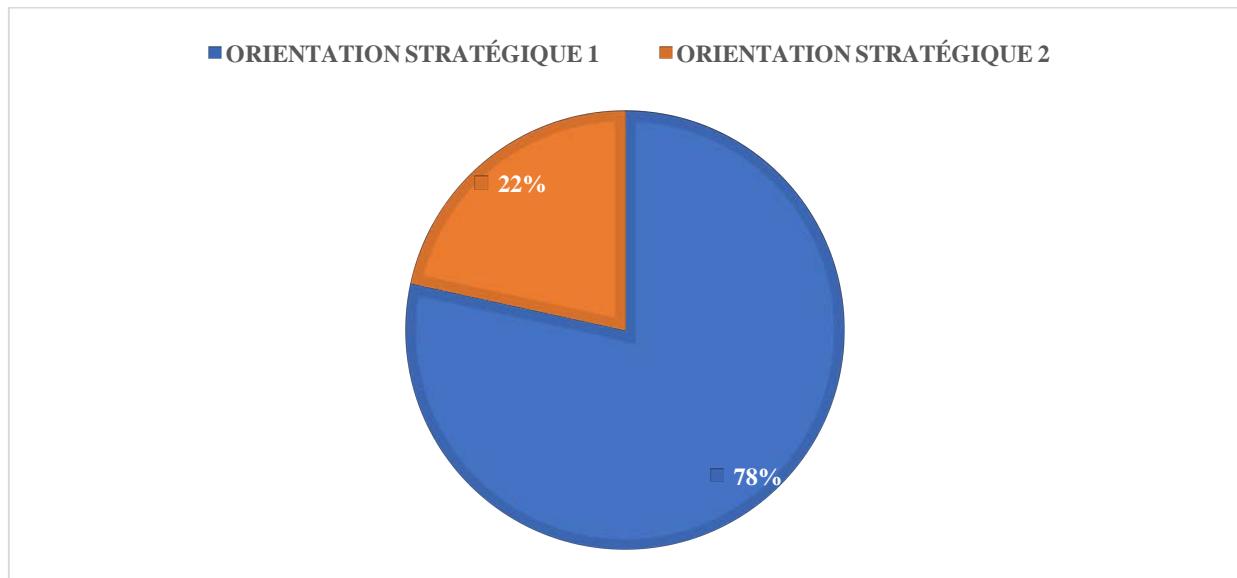


Figure 4: Répartition du financement par orientation stratégique

Cependant, des pistes de recherche de financement peuvent être exploitées ou explorées pour une meilleure mise en œuvre de ce plan. Il s'agit principalement des mécanismes de financement innovant, et aussi, des stratégies de plaidoyer à mener afin de renforcer le financement du programme.

Tableau 4: Répartition annuelle du financement selon les orientations stratégiques

LIBELLE	BUDGET GLOBAL	ANNEES				
		2 023	2 024	2 025	2 026	2 027
OBJECTIF STRATEGIQUE	Etendre la couverture du risque financier lié à la maladie à 75% de la population d'ici 2027	252 766 426 423	44 314 728 497	51 136 250 520	51 944 846 304	52 056 986 168
ORIENTATION STRATÉGIQUE 1	Extension de la protection contre le Risque financier lié maladie à travers l'assurance maladie et l'assistance médicale	198 214 090 994	32 278 293 648	40 150 240 900	40 979 146 047	41 878 695 301
ORIENTATION STRATÉGIQUE 2	Renforcement de la mobilisation des ressources, de l'approche multisectorielle et de la gouvernance	54 552 335 429	12 036 434 850	10 986 009 620	10 965 700 257	10 178 290 868

14. SUIVI ET EVALUATION

La mise en œuvre du Plan stratégique de développement de l'Agence nationale de la CMU 2023-2027 sera encadrée par un cadre de suivi et d'évaluation autour du :

- Cadre stratégique de suivi et d'évaluation dont un outil essentiel est le cadre de performance ;
- Système de gestion des données ;
- Système de coordination du suivi et de l'évaluation de la CMU.

14.1 CADRE DE PERFORMANCE

Le cadre de performance est un outil stratégique qui doit guider tout le processus de suivi et d'évaluation du plan stratégique. Il décrit pour chaque objectif : les résultats visés ; les indicateurs de mesure des résultats ; le niveau de référence et les cibles projetées de chaque indicateur ; la source de collecte des données de calcul de chaque indicateur ; la méthode de collecte des données ; la fréquence de collecte des données ; les sources de vérification des données ; le responsable du renseignement de chaque indicateur.

Les indicateurs d'impact, d'effet et d'extrants seront définis selon une hiérarchie logique :

- Les indicateurs d'impact évaluent l'atteinte de l'objectif stratégique ;
- Les indicateurs d'effet évaluent l'atteinte des objectifs spécifiques ;
- Les indicateurs d'extrants permettent de mesurer l'atteinte des résultats issus de la mise en œuvre des activités.

14.2 SYSTEME DE GESTION DES DONNÉES DE LA CMU

La gestion de la CMU à travers un système spécifique d'information, s'est révélée impératif pour l'Agence nationale de la CMU. La mise en place de ce système nécessite de disposer d'outils de gestion adaptés à tous les niveaux de mise en œuvre de la CMU.

Le système d'information de la CMU, pour sa fonctionnalité, repose sur un dispositif performant de gestion des données mettant le focus sur les types de données en rapport avec les besoins d'information sur la CMU ; les mécanismes/dispositifs de collecte des données ; les outils de collecte et d'analyse des données ; les sources et les producteurs de données ; les niveaux de production et de traitement des données ; les gestionnaires du système d'analyse et de partage de données.

La performance du système de gestion des données sera appréciée entre autres, à partir de la complétude, la promptitude et de l'exactitude des données. L'Agence depuis sa création, a mis en place un ensemble d'outils de gestion des données. Avec ce nouveau Plan stratégique, il sera question d'une mise à jour des outils existants tenant compte des besoins nouveaux d'information.

Dans le cadre de la politique de digitalisation du système d'information de la CMU, l'Agence a entamé depuis 2016, un processus de mise en place d'une plateforme dénommée « Système d'information de gestion intégré de la CMU (SIGICMU) ». Dans le cadre du déploiement du SIGICMU, l'année 2020 a été marquée par la fonctionnalité de tous ses modules qui sont livrés et le déploiement du Système d'Identification Biométrique (SIBIO) a été lancé.

14.3 COORDINATION DU SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION DE LA CMU

Le dispositif de coordination se décline sur plusieurs niveaux. Au niveau national nous avons le comité de pilotage de la stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la CSU.

Au niveau de l'Agence de la CMU, la coordination du suivi et de l'évaluation est effectuée à plusieurs niveaux. Le Conseil de surveillance valide les orientations stratégiques. Au niveau du top management, la Direction générale est la première instance de validation des résultats issus du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la politique. Dans cette mission la Direction générale est assistée par le Secrétariat général de l'Agence. La coordination du système de suivi et d'évaluation de la CMU est assurée par la Direction de la Planification, de la Recherche, des Etudes, du Suivi et de l'Evaluation (DPRESE).

Au niveau opérationnel, la coordination du suivi et de l'évaluation est assurée par les comités régionaux et départementaux présidés respectivement par les Gouverneurs et les Préfets.

Chaque centre de responsabilité de l'Agence au niveau central et régional procède à un suivi régulier de sa planification annuelle en cohérence avec les outils définis au niveau de l'Agence. La réunion de coordination est l'instance de suivi de l'exécution du PTA. Ainsi, chaque service régional est tenu d'organiser au moins tous les trois mois une réunion de coordination pour un suivi de la mise en œuvre de la CMU avec l'ensemble des acteurs impliqués au niveau opérationnel. Un rapport de suivi trimestriel est produit par chaque centre de responsabilité et partagé avec l'équipe de coordination au niveau central.

Un rapport global de suivi trimestriel est produit par l'Agence et présenté au Conseil de Surveillance pour rendre compte de l'exécution du PTA validé.

14.4 PRINCIPAUX INDICATEURS DE SUIVI ET EVALUATION

Le Plan stratégique de développement de l'Agence nationale de la CMU 2023-2027 a pour objectif principal d'étendre la couverture du risque financier lié à la maladie à 75% de la population d'ici 2027. La mesure de cet objectif, se fera à travers les indicateurs déclinés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5: Principaux indicateurs de mesure de l'objectif stratégique

Objectif Stratégique : Etendre la couverture du risque financier lié à la maladie à 75% de la population d'ici 2027	
RESULTATS	INDICATEURS
La protection financière contre le risque maladie est assurée pour au moins 75% de la population d'ici 2027	Dépenses en santé directe en proportion du total des dépenses courantes
	Incidence des dépenses catastrophiques en santé
	Incidence de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes
	Taux de couverture du risque maladie tous régimes confondus

Tableau 6 : Résumé des indicateurs de mesure des résultats de la première orientation stratégique

Orientation stratégique 1 : Extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie à travers l'assurance maladie et l'assistance médicale	
RESULTATS	INDICATEURS
L'assurance maladie est rendue obligatoire	<p>Disponibilité d'une loi instituant l'assurance maladie universelle promulguée et publiée au Journal officiel</p> <p>Disponibilité des textes d'application de la Loi sur l'assurance maladie obligatoire publiés au Journal officiel</p> <p>Disponibilité de textes réglementaires systématisant l'adhésion à un dispositif d'assurance maladie pour au moins 3 groupes socio professionnels (agriculteurs, artisans, acteurs culturels...)</p>
Le niveau de mise en commun des risques est relevé	<p>Nombre de mutuelles de santé départementales fonctionnelles</p> <p>Nombre de groupes organisés enrôlés à travers l'adhésion systématique</p>
Les mutuelles de santé départementales sont viables	<p>Taux de pénétration des mutuelles de santé</p> <p>Taux de couverture par les mutuelles de santé</p> <p>Taux de recouvrement des cotisations</p>
Les mutuelles de santé départementales sont performantes	<p>Proportion de bénéficiaires à jour de leur cotisation</p> <p>Taux de fidélisation</p>
La gestion du dispositif d'assistance médicale est efficiente	<p>Proportion d'enfants de moins de cinq ans et de femmes enceintes couverts par les mutuelles de santé</p> <p>Proportion de bénéficiaires des régimes non contributifs enregistrés au niveau des mutuelles de santé</p>

Le ciblage et la prise en charge des indigents et groupes vulnérables sont améliorés	Taux d'enrôlement effectif des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC
	Proportion de bénéficiaires du PNBSF et de détenteurs de la CEC ayant utilisé les services de santé

Tableau 7: Résumé des indicateurs de mesure des résultats du premier objectif spécifique de la deuxième orientation stratégique

Orientation stratégique 2 : Renforcement de la mobilisation des ressources, de l'approche multisectorielle et de la gouvernance	
Objectif spécifique 1 : Renforcement de la mobilisation des ressources	
RESULTATS	INDICATEURS
La mobilisation des ressources au profit du programme de la CMU est renforcée	<p>Taux de croissance des ressources publiques allouées à l'Agence nationale de la CMU</p> <p>Taux de croissance des ressources des partenaires au développement</p>
L'exécution des ressources allouées à l'Agence de la CMU est renforcée	<p>Taux d'exécution des ressources publiques allouées à l'Agence nationale de la CMU</p> <p>Taux d'exécution des ressources de la CMU allouées à l'assurance maladie</p> <p>Taux d'exécution des ressources de la CMU allouées à l'assistance médicale</p>
Renforcement de la contribution des collectivités territoriales au financement de la CMU	<p>Nombre de collectivités territoriales ayant contribué au financement de l'assurance maladie</p> <p>Volume de contribution financière des collectivités territoriales</p>
Développement de stratégies innovantes de financement de la CMU	<p>Nombre de mécanismes de financement innovant mise en œuvre dans le cadre de la CMU</p> <p>Proportion du financement innovant mobilisé en faveur de la CMU</p>
Mobilisation des acteurs du secteur privé dans la mise en œuvre du programme	Proportion du financement mobilisé dans le cadre de la RSE en faveur de la CMU

Tableau 8 : Résumé des indicateurs de mesure des résultats du deuxième objectif spécifique de l'orientation stratégique 2

Objectif spécifique 2 : Renforcement de l'approche multisectorielle	
RESULTATS	INDICATEURS
L'approche multisectorielle est renforcée dans le cadre de la mise en œuvre de la CMU	Disponibilité d'un plan de travail multisectoriel sur la CMU
Renforcement de la contribution des collectivités territoriales à la mise en œuvre du programme	Proportion de plans locaux de développement intégrant l'appui à la CMU

Tableau 9 : Résumé des indicateurs de mesure des résultats du troisième objectif spécifique de l'orientation stratégique 2

Objectif spécifique 3 : Renforcement du pilotage et de la gouvernance	
RESULTATS	INDICATEURS
Le dispositif juridique de l'Agence est en conformité avec le règlement de l'UEMOA	Disponibilité du nouveau décret fixant les missions et attributions de l'Agence nationale de la CMU

Des conventions de partenariat entre l'Agence nationale de la CMU et les organisations mutualistes sont signées	Disponibilité de conventions de partenariat signées entre l'Agence nationale de la CMU et les organisations mutualistes
Le dispositif organisationnel de l'Agence est renforcé	Disponibilité du manuel de procédures de gestion administrative et financière de l'Agence nationale de la CMU Disponibilité du Plan de développement des ressources humaines de l'Agence nationale de la CMU
La communication est renforcée	Disponibilité d'un plan stratégique de communication et de marketing social de l'Agence de la CMU Nombre de personnes touchées par les activités de communication et de marketing social
L'équité est renforcée au sein de l'Agence	Disponibilité d'un plan d'institutionnalisation de l'approche genre dans le cadre de la CMU
La gestion du programme CMU est renforcée à travers la digitalisation	Proportion de mutuelles de santé départementales dont les procédures de traitement des factures sont intégralement dématérialisées Proportion de factures dématérialisées reçues par les mutuelles de santé départementales dans le cadre de la gestion de la CMU Niveau d'utilisation du module GESTAM du SIGICMU au niveau national Niveau d'utilisation du module SITFAC du SIGICMU au niveau national Niveau de déploiement du module EDIR du SIGICMU au niveau national
Le système d'archivage et de documentation de l'Agence est fonctionnel	Niveau de déploiement de la solution GED/SAE
Le cadre de la recherche et des études est renforcé	Proportion de rapports d'études réalisées dans le cadre du renforcement de la gestion du programme CMU

15. GESTION DE RISQUES DU PLAN STRATÉGIQUE DE DÉVELOPPEMENT

Les nouvelles orientations issues du plan stratégique de développement 2023-2027 de l'Agence nationale de la CMU sont initiées pour corriger, planifier, coordonner et contrôler (maîtriser) les activités nécessaires à la réalisation des objectifs de l'Agence.

C'est dans cette optique que la mise en place d'un mécanisme de gestion des risques à travers l'élaboration de la cartographie des risques du plan stratégique s'avère nécessaire. Elle permet la prise en compte des dangers et menaces susceptibles de se réaliser et pouvant porter atteinte aux objectifs que l'Agence s'est fixée en matière de performance.

L'élaboration de cette cartographie des risques du plan stratégique se fait sur une approche très spécifique basée sur les lignes d'actions. Cette approche a pour avantage de décliner, d'identifier et de circonscrire les risques pouvant se produire lors de la mise en œuvre des activités du plan stratégique.

La cartographie des risques du plan stratégique est un tableau de bord de gestion des risques qui contribue à maîtriser les processus de mise en œuvre du programme par le renforcement du dispositif de pilotage en complément de celui du suivi et de l'évaluation.

Elle a été élaborée en suivant la procédure ci-dessous :



Figure 5: Méthodologie de la cartographie des risques

PS : L'élaboration d'une cartographie des risques tient compte également de l'évaluation du contrôle interne existant et de son impact sur les risques bruts identifiés pour déterminer la criticité résiduelle des risques.

15.1 Identification et évaluation des risques

Des risques ont été identifiés pour chaque ligne d'action rattachée à un objectif spécifique en respectant le principe du cadre logique. Une évaluation de la criticité des risques a été appréciée selon deux paramètres : la probabilité d'occurrence et la gravité de la conséquence. Ces paramètres sont évalués sur une échelle de 1 à 5 selon le niveau de signification.

Tableau 10 : Echelle de notation des risques

NOTATION	PROBABILITE	GRAVITE
1	Très faible probabilité	Très faible gravité ou gravité insignifiante
2	Faible probabilité	Faible gravité
3	Probabilité moyenne	Gravité moyenne ou modérée
4	Forte probabilité	Forte gravité
5	Très forte probabilité	Très Forte gravité

A partir de leur notation à trois niveaux, les risques ont fait l'objet d'une hiérarchisation (faible, moyen, élevée). Ceci a permis de répertorier les risques les plus significatifs qui feront l'objet d'un plan d'action destiné à les ramener à des niveaux tolérables.

Au sortir de la hiérarchisation des risques, les observations décrites dans le tableau suivant ont été identifiées :

Tableau 11: Récapitulatif du nombre de risques rattaché à chaque orientation stratégique

Orientations stratégiques	Nombre de risques identifiés
Extension de la protection contre le Risque financier lié maladie à travers l'assurance maladie et l'assistance médicale	33
Renforcement de la mobilisation des ressources, de l'approche multisectorielle et de la gouvernance	39
Total général	72

L'orientation stratégique 2 « **Renforcement de la mobilisation des ressources, de l'approche multisectorielle et de la gouvernance** » représente 54% du total des risques identifiés. Par contre, les lignes d'actions ayant enregistré le plus de risque se trouvent dans la première orientation stratégique « **Extension de la protection contre le Risque financier lié à la maladie à travers l'assurance maladie et l'assistance médicale** ». Il s'agit des lignes d'action « Réviser les paramètres techniques de mise en œuvre du programme » (7 risques), « Poursuivre la digitalisation de la gestion du programme CMU » (5 risques).

Nous avons remarqué que sur 72 risques identifiés, 12 risques sont notés très significatifs soit un taux de 16%. Cela voudrait dire que 16% des activités qui vont être initiées dans le cadre du plan stratégique sont adossées à des risques très significatifs et donc exposées à des risques très critiques qui peuvent entraver ou porter atteinte très sérieusement aux objectifs de l'Agence.

Le risque relatif à la « *résistance au changement par les populations face au relèvement du niveau de mise en commun des risques pour réformer l'assurance maladie* » avec un niveau de criticité de 17,60 est le risque le plus significatif de l'ensemble des risques identifiés. Ce risque découle de l'orientation stratégique « **Extension de la protection contre le Risque financier lié à la maladie à travers l'assurance maladie et l'assistance médicale** » (OS 1). Le tableau des risques les plus critiques identifiés est joint en annexe. Les trois objectifs spécifiques qui comportent le plus de risques majeurs à savoir : « *Réformer l'Assurance Maladie* » (7 risques critiques), « *Renforcer la gestion du programme CMU à travers les fonctions support (Communication, Digitalisation)* » (6 risques critiques), « *Rendre soutenables les dispositifs d'assistance médicale* » (3 risques critiques) sont tous issus de l'OS 1. Plus de 50% des risques les plus critiques sont des risques externes qui prédisposent l'Agence à des menaces.

L'Agence devrait donc élaborer un plan de mitigation destiné à réduire drastiquement les risques auxquels elle s'expose dont la majorité tourne autour de son environnement externe. La stratégie de mitigation des risques critiques devrait pouvoir se résumer ainsi : l'évitement ou la renonciation du risque qui consiste à abandonner une activité ou une ligne d'action dont la mise en œuvre devrait compromettre les objectifs assignés, le transfert du risque, le traitement du risque à travers des activités ciblées et intensives destinées à réduire les risques les plus significatifs.

15.2 Elaboration du plan de mitigation

Le plan de mitigation va tourner autour des vingt et un (21) risques les plus critiques identifiés.

Le tableau suivant donne la situation de la stratégie de mitigation des risques.

Tableau 12:Plan de réduction des risques majeurs

LIGNES D'ACTIONS	RISQUES MAJEURS	ACTIONS DE MITIGATION
Rendre obligatoire l'AM	1-Difficultés dans la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire	1-Mener un fort plaidoyer pour l'adoption d'une loi et de textes d'application rendant obligatoire l'adhésion à un système assuranciel 2-Développer des mécanismes incitatifs pour une adhésion systématique
	2-Résistance au changement par les populations	Intensifier la communication pour le changement de comportement des populations
Relèvement du niveau de mise en commun des risques	3-Résistance des acteurs au changement	1-Mener un fort plaidoyer avec l'ensemble des acteurs sur la nécessité d'un changement de dispositif organisationnel 2-Mettre en place une stratégie en conduite du changement pour accompagner l'Agence dans la mise en place du nouveau dispositif
	4-Désaccord sur les modalités de mise en œuvre du relèvement du niveau de mise en commun des risques	

Professionnalisation de la gestion des organisations mutualistes	35-Insuffisance des ressources financières Augmentation du nombre de mutuelles non fonctionnelles	1-Développement de nouvelles stratégies de collecte des cotisations 2-Mener un fort plaidoyer auprès des autorités pour la l'augmentation des ressources dédiées aux subventions 3-Accélérer le processus de mobilisation des ressources destinées au paiement des subventions
Réviser les paramètres techniques de mise en œuvre du programme	46- Non atteinte de l'objectif de couverture de 75% Lenteurs administratives dans les processus de prise de textes réglementaires nécessaires à l'encadrement des paramètres révisés	Mener un plaidoyer pour l'élaboration de textes réglementaires encadrant les paramètres techniques de mise en œuvre du programme
Rendre efficents les dispositifs d'assistance médicale	6-Difficultés dans l'identification des cibles de l'assistance médicale 6- Prise en charge multiple par des régimes de couverture du risque maladie différents	1- Renforcer les mécanismes d'identification des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC 2- Mettre en place des mécanismes d'identification des cibles des initiatives gratuits 3- Mettre en place un dispositif d'immatriculation des bénéficiaires des politiques d'assistance médicale (Carte d'assurance, centralisation de l'identification et de l'immatriculation des bénéficiaires au niveau de l'ANACMU,)
Améliorer la prise en charge des indigents et groupes vulnérables	7-Non effectivité de la prise en charge	Mener régulièrement des activités de contrôle de l'effectivité de l'enrôlement des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC
Impulser le changement de comportement à travers des activités de communication	8-Résistance au changement des acteurs	Intensifier la communication pour le changement de comportement des populations
Poursuivre la digitalisation de la gestion du programme de CMU	9-Non utilisation des modules du SIGICMU	1-Rendre opérationnel les modules du SIGICMU en mode hors connexion 2-Mobilisation de ressources supplémentaires pour le déploiement du SIGICMU ; 3-Travailler dans une démarche participative et inclusive avec les acteurs concernés ; 4- Impliquer l'autorité de régulation et les opérateurs téléphoniques dans le processus de déploiement du système d'information 5- Interfacer les logiciels de facturation des prestataires et le système d'information de la CMU ;
Efficience dans l'utilisation des ressources	10-Inadéquation entre les besoins exprimés et les ressources allouées	Définir et mettre en application des critères pertinents d'allocation et d'utilisations des ressources
Mise en cohérence des régimes de couverture du risque financier lié à la maladie	11-Absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information des différents régimes de la CMU 12-Non effectivité de la mise à jour de l'entrepôt de données par les parties prenantes	Renforcer la fonctionnalité du cadre de pilotage de l'entrepôt des données Adapter les systèmes d'informations des différents régimes pour faciliter la migration des données vers EDIR
Optimisation de l'achat des prestations	13-Non appropriation des référentiels de contrôle médical disponibles par les acteurs 12- Persistance de la dette envers les structures de santé	1-Renforcer la fonction de contrôle médical (RH et formation) 2-Mettre en place un cadre formalisant le contrôle médical 3-Elaborer les référentiels de contrôle médical dans les meilleurs délais

16 ANNEXES

Annexe 1 : Membres du Comité d'élaboration du PSD 2023-2027

COMITÉ DE RÉDACTION			
Tiguidanké	GASSAMA DEME	Direction Planification, Recherche, Etudes, Suivi et Evaluation	tiguidanke.gassama@agencecmu.sn / tiguidank@yahoo.fr
Ndeye Maguette	GUEYE NDIAYE	Direction Planification, Recherche, Etudes, Suivi et Evaluation	ndeyemaguette.gueye@agencecmu.sn / ndeyemaguey@gmail.com
Ndeye Sophiéto	GUEYE GUEYE	Cellule Archives et Documentation	ndeyesophietou.gueye@agencecmu.sn / gsophietou77@hotmail.com
Arona	MBENGUE	Direction Planification, Recherche, Etudes, Suivi et Evaluation	arona.mbengue@agencecmu.sn / ronem2006@yahoo.fr
Fatoumata	BALDE	Direction Planification, Recherche, Etudes, Suivi et Evaluation	fatoumata.balde@agencecmu.sn / baldefatoumata2201@gmail.com
Magor	SOW	Direction des Opérations	Magor.sow@agencecmu.sn / magor.sow@gmail.com
Mamadou Seck	KANE	Direction des Opérations	Mamadou.kane@agencecmu.sn / vieux(gp28@gmail.com
Marie-Thérèse Rose	NDIAYE SECK	Direction des Opérations	Marietherese.ndiaye@agencecmu.sn / maliloce70@yahoo.fr
Boubacar	DIALLO	Direction des Affaires juridiques et des Partenariats	Boubacar.diallo@agencecmu.sn / boubacardiallo30@yahoo.fr
Rokhaya	BADIANE MBAYE	Direction des Affaires juridiques et des Partenariats	Rokhaya.badiane@agencecmu.sn / khayambaye@yahoo.fr
Matabara	DIOP	Service régional de Dakar	Matabara.diop@agencecmu.sn / matabarafit@hotmail.fr
Youssouph	SAGNA	Direction de l'Administration et des Finances	Youssouf.sagna@agencecmu.sn / yousagna2002@gmail.com
Fatoumata Binta	DIALLO	Direction du Contrôle médical	Fatoumatabinta.diallo@agencecmu.sn / docteurfatoumatodiallo@gmail.com
Ndiambé	DIAGNE	Direction du Contrôle médical	Ndiambé.diagne@agencecmu.sn / ndiague@gmail.com
Amadou Tidiane	THIAM	Direction du Contrôle médical	Amadoutidiane.thiam@agencecmu.sn / dramadoutidianethiam@gmail.com
Bourama Junior	KEBE	Cellule d'Audit et de Contrôle	Bourama.kebe@agencecmu.sn / bouramajunior@gmail.com

COMITÉ DE LECTURE			
Bocar Mamadou	DAFF	Directeur général	Bocarmamadou.daff@agencecmu.sn / bmdaff@gmail.com
Mamadou Racine	SENGHOR	Secrétaire général	Mamadou.senghor@agencecmu.sn / racinesenghor@yahoo.fr
Khadidiatou	FALL DIA	Directeur Planification, Recherche, Etudes, Suivi et Evaluation	Khadidiatou.fall@agencecmu.sn / khadidiatoufal@gmail.com

Serigne	DIOUF	Directeur des Opérations	Serigne.diouf@agencecmu.sn / serignediouf33@gmail.com
Mamadou Selly	LY	Directeur des Affaires juridiques et des Partenariats	Mamadouselly.ly@agencecmu.sn / lymamadouselly@gmail.com
Alimatou	NDIAYE	Directeur du Contrôle médical	Alimatou.ndiaye@agencecmu.sn / nalimatou@gmail.com
Mame Balla	THIAM	Directeur de l'Administration et des Finances	Balla.thiam@agencecmu.sn / mamebala@hotmail.com
Mamadou Ifra	NIANG	Coordonnateur de la Cellule d'Audit et de Contrôle	Mamadouifra.niang@agencecmu.sn / ifraniang@yahoo.fr
Mouhamed Mahi	SY	Directeur des Systèmes d'information	Mouhamed.sy@agencecmu.sn / mouhamed.sy@gmail.com
Farba Lamine	SALL	Conseiller en Financement de la Santé/USAID/Chemonics	farbalamine@hotmail.fr
Mame Abdoulaye	GUEYE	Conseiller en Assurance maladie/USAID/Chemonics	mameabdoulayegueye@gmail.com
Evariste	LODI	Conseiller technique principal santé et protection sociale, Lux Dev	Evariste.lodi@luxdev.lu / lodievariste@gmail.com
El hadj Malick	NDIAYE	Assistant Technique National, Lux Dev	malick.ndiaye@luxdev.lu / malickel@yahoo.fr
Adam Dramane	BATCHABI	Spécialiste de la protection sociale, BIT	batchabi@ilo.org

COMITÉ TECHNIQUE

Bocar Mamadou	DAFF	Directeur général	Bocarmamadou.daff@agencecmu.sn / bmdaff@gmail.com
Mamadou Racine	SENGHOR	Secrétaire général	Mamadou.senghor@agencecmu.sn / racinesenghor@yahoo.fr
Khadidiatou	FALL DIA	Directeur Planification, Recherche, Etudes, Suivi et Evaluation	Khadidiatou.fall@agencecmu.sn / khadidiatoufal@gmail.com
Tiguidanké	GASSAMA DEME	Direction Planification, Recherche, Etudes, Suivi et Evaluation	tiguidanke.gassama@agencecmu.sn / tiguidank@yahoo.fr
Ndeye Maguette	GUEYE NDIAYE	Direction Planification, Recherche, Etudes, Suivi et Evaluation	ndeyemaguette.gueye@agencecmu.sn / ndeyemaguey@gmail.com
Ndeye Sophiéto	GUEYE GUEYE	Cellule Documentation	ndeyesophietou.gueye@agencecmu.sn / gsophietou77@hotmail.com
Arona	MBENGUE	Direction Planification, Recherche, Etudes, Suivi et Evaluation	arona.mbengue@agencecmu.sn / ronem2006@yahoo.fr
Fatoumata	BALDE	Direction Planification, Recherche, Etudes, Suivi et Evaluation	fatoumata.balde@agencecmu.sn / baldefatoumata2201@gmail.com
Tabara	KA LY	Direction Planification, Recherche, Etudes, Suivi et Evaluation	Tabara.ka@agencecmu.sn / tabarakaly93@gmail.com
Serigne	DIOUF	Directeur des Opérations	Serigne.diouf@agencecmu.sn / serignediouf33@gmail.com
Magor	SOW	Direction des Opérations	Magor.sow@agencecmu.sn / magor.sow@gmail.com
Mamadou Seck	KANE	Direction des Opérations	Mamadou.kane@agencecmu.sn / vieux(gp28@gmail.com

Marie Thérèse Rose	NDIAYE SECK	Direction des Opérations	Marietherese.ndiaye@agencecmu.sn / maliloce70@yahoo.fr
Mariama	SYLLA SECK	Direction des Opérations	Mariama.sylla@agencecmu.sn / marianogaye78@yahoo.fr
Mamadou Ndiaye	SOW	Direction des Opérations	Mamadoundiaye.sow@agencecmu.sn / ndiayesow2@gmail.com
Mamadou Selly	LY	Directeur des Affaires juridiques et des Partenariats	Mamadouselly.ly@agencecmu.sn / lymamadouselly@gmail.com
Boubacar	DIALLO	Direction des Affaires juridiques et des Partenariats	Boubacar.diallo@agencecmu.sn / boubacardiallo30@yahoo.fr
Rokhaya	BADIANE MBAYE	Direction des Affaires juridiques et des Partenariats	Rokhaya.badiane@agencecmu.sn / khayambaye@yahoo.fr
Alimatou	NDIAYE	Directeur du Contrôle médical	Alimatou.ndiaye@agencecmu.sn / nalimatou@gmail.com
Fatoumata Binta	DIALLO	Direction du Contrôle médical	Fatoumatabinta.diallo@agencecmu.sn / docteurfatoumatodiallo@gmail.com
Ndiambé	DIAGNE	Direction du Contrôle médical	Ndiambé.diagne@agencecmu.sn / ndiague@gmail.com
Amadou Tidiane	THIAM	Direction du Contrôle médical	Amadoutidiane.thiam@agencecmu.sn / dramadoutidianethiam@gmail.com
Mame Balla	THIAM	Directeur de l'Administration et des Finances	Balla.thiam@agencecmu.sn / mamebala@hotmail.com
Youssouph	SAGNA	Direction de l'Administration et des Finances	Youssouf.sagna@agencecmu.sn / yousagna2002@gmail.com
Adélaïde	DARY BARRO	Direction de l'Administration et des Finances	Adelaide.dary@agencecmu.sn / daryadelbarro@gmail.com
Mamadou Ifra	NIANG	Coordonnateur de la Cellule d'Audit et de Contrôle	Mamadouifra.niang@agencecmu.sn / ifraniang@yahoo.fr
Bourama Junior	KEBE	Cellule d'Audit et de Contrôle	Bourama.kebe@agencecmu.sn / bouramajunior@gmail.com
Mouhamed Mahi	SY	Directeur des Systèmes d'information	
Fatou	WADE CISSOKHO	Direction des Systèmes d'information	Fatou.wade@agencecmu.sn / wade_fatou@yahoo.fr
Matabara	DIOP	Chef du Service régional de Dakar	Mouhamed.sy@agencecmu.sn / mouhamed.sy@gmail.com
Backa Madior	FALL	Chef du Service régional de Thiès	Backa.fall@agencecmu.sn / phamarassoul@yahoo.fr
Ibrahima Khalil	TOURE	Chef du Service régional de Kaffrine	Ibrahima.toure@agencecmu.sn / Tourekhalil1@gmail.com
Boubacar Malal	BA	Conseiller technique Communication stratégique et institutionnelle	Boubacar.ba@agencecmu.sn / boubsba@gmail.com
Farba Lamine	SALL	Conseiller en Financement de la Santé/USAID/Chemonics	farbalamine@hotmail.fr
Mame Abdoulaye	GUEYE	Conseiller en Assurance maladie/USAID/Chemonics	mameabdoulayegueye@gmail.com
Evariste	LODI	Assistant Technique International, Lux Dev	Evariste.lodi@luxdev.lu / lodievriste@gmail.com
El hadj Malick	NDIAYE	Assistant Technique National, Lux Dev	malick.ndiaye@luxdev.lu / malickel@yahoo.fr
Adam Dramane	BATCHABI	Spécialiste de la protection sociale, BIT	batchabi@ilo.org

Annexe 2 : Cartographie des parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du programme CMU

N° d'ordre	Parties prenantes	Acronymes/Sigles	Catégorie d'acteurs
1	Agence Française de Développement (AFD)	AFD	Acteurs de mise en œuvre
2	Collectivités territoriales (CT): Communes, villes, Conseils départementaux.	CT	Acteurs de mise en œuvre
3	Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale (DGPSN)	DGPSN	Acteurs de mise en œuvre
4	Institutions de prévoyance maladie (IPM)	IPM	Acteurs de mise en œuvre
5	Mutuelles socio-professionnelles (MS d'envergure)	M. So	Acteurs de mise en œuvre
6	Médias	Médias	Acteurs de mise en œuvre
7	Ministère de la Culture et de la Communication	MCC	Acteurs de mise en œuvre
8	Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS)	MSAS	Acteurs de mise en œuvre
9	Ministère des Finances et du budget (MFB)	MFB	Acteurs de mise en œuvre
10	Ministère du Développement Communautaire, de l'Equité sociale et territoriale (MDCEST)	MDCEST	Acteurs de mise en œuvre
11	Ministre du Travail, du Dialogue social et des relations avec les Institutions	MTDSRI	Acteurs de mise en œuvre
12	Officines de pharmacies	Pharm.	Acteurs de mise en œuvre
13	Organisations mutualistes à base communautaires (MS, UDMS, UDAM)	MS, UDMS, UDAM	Acteurs de mise en œuvre
14	Prestataires publics de services de santé (poste de santé, centre de santé, EPS)	PPS publics	Acteurs de mise en œuvre
15	Relais communautaires	OCB...	Acteurs de mise en œuvre
16	Partenaires sociaux	Part. Sociaux	Acteurs de mise en œuvre
17	Structures faîtières des mutuelles de santé	URMS/UNAMUSC	Acteurs de mise en œuvre
18	Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO)	ICAMO	Acteurs de mise en œuvre
19	Délégation à l'Entreprenariat Rapide des femmes et des Jeunes (DER/JF)	DER/FJ	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
20	Administration territoriale (autorités administratives)	Aut. Adm	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
21	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)	ANSD	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
22	Assemblée Nationale	Ass. Nationale	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
23	Bureau International du Travail (BIT)	BIT	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
24	Institut de prévoyance retraite du Sénégal (IPRES)	IPRES	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
25	Agence Japonaise de coopération internationale (JICA)	JICA	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
26	Coopération Luxembourgeoise	Lux-DEV	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
27	Medicos Del Mundo	MDM	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
28	Ministère de la Famille, du Genre et de la Protection des Enfants	MFPGPE	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
29	Ministère de l'économie, du plan et de la coopération (MEPC)	MEPC	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
30	Ministère des Collectivités Territoriales du Développement et de l'Aménagement des Territoires	MCTDAT	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
31	Ordres et associations du secteur de la santé	Ordres et Ass.	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
32	Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	OMS	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
33	Secrétariat Général du Gouvernement	SGG	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
34	Union Monétaire Ouest Africaine (UEMOA)	UEMOA	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
35	Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF)	UNICEF	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
36	Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) et ses agences d'exécution	USAID	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
37	Institut panafricain de recherche, de formation et d'action pour la Citoyenneté, la Consommation et le Développement (CICODEV)	CICODEV	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
38	Word Vision	WV	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
39	Banque Mondiale (BM)	BM	Décideurs politiques /Partenaires au Développement/ONG
40	Ministère de l'Artisanat et de la Transformation du secteur informel	MATSR	Observateurs
41	Conseil Economique Social et environnemental	CESE	Observateurs
42	Haut Conseil des Collectivités Territoriales (HCCT)	HCCT	Observateurs
43	Agence de Développement de l'Informatique de l'Etat (ADIE)	ADIE	Observateurs

44	Alliance du Secteur Privé de la Santé (ASPS)	ASPS	Observateurs
45	Association des maires du Sénégal (AMS)	AMS	Observateurs
46	Better than Cash Alliance	BTCA	Observateurs
47	Bureau Opérationnel du Suivi du PSE (BOS)	BOS	Observateurs
48	Caisse de Sécurité Sociale (CSS)	CSS	Observateurs
49	Clinton Health Acces Initiative (CHAI)	CHAI	Observateurs
50	Commission des données personnelles (CDP)	CDP	Observateurs
51	Agence Belge de Développement (ENABEL)	ENABEL	Observateurs
52	Fédération des assurances	Féd. Ass	Observateurs
53	Fonds de garantie automobile (FGA)	FGA	Observateurs
54	Sociétés d'assurance privées	SAP	Observateurs
55	Mécènes	Mécènes	Observateurs
56	Ministère de l'Agriculture et de l'Equipement rural	MAER	Observateurs
57	Ministère de l'Education Nationale (MEN): Division du contrôle médical scolaire (DCMS)	MEN	Observateurs
58	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique	MERRS	Observateurs
59	Prestataires privés de services de santé (cliniques médicales, Centres d'imagerie médicale et de diagnostic, Cabinets paramédicales, ...)	PPS privés	Observateurs
60	Organisations Non Gouvernementales	ONG	Observateurs
61	Programme d'Urgence de Développement Communautaire	PUDC	Observateurs
62	Save the Children	STC	Observateurs
63	Ménages /cibles (BSF, CEC, enfants de moins de cinq, personnes âgés de 60 ans et plus, ...)	Bénéficiaires	Population cible

Annexe 3 : Analyse détaillée des forces et faiblesses FFOM

FORCES	FAIBLESSES
<p>Le cadre réglementaire, institutionnel et organisationnel de l'Agence favorable à son développement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un décret portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence n° 2015- 21 du 7 janvier 2015 - Existence d'un arrêté interministériel relatif au déploiement du SIGICMU dans les structures de santé - Existence de services déconcentrés de l'Agence de la CMU (Services régionaux CMU) Existence du manuel de procédures administratives, financières et comptables de l'ANACMU - Existence de manuels de procédures de gestion des initiatives de gratuité - Existence du manuel du contrôle médical et du guide de contrôle médical des prestations facturées aux organisations mutualistes <p>Existence d'outils de mesure de résultats au niveau de l'Agence</p>	<p>Insuffisances identifiées dans les aspects réglementaire, institutionnel et organisationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de texte réglementaire pour la mise en œuvre de la CMU-Daara - Absence de révision de texte instituant la mise en œuvre de la CMU-Elève - Absence d'une convention cadre entre l'ANACMU et le MSAS - Déficit dans la formalisation des relations entre l'ANACMU et les organisations mutualistes. - Absence de dispositifs législatifs et réglementaires qui organisent le contrôle médical - Inexistence de la liste des médicaments éligibles - Absence de conventionnement des prestataires de soins par l'Agence - Eclatement dans l'organigramme des fonctions : Communication, Contrôle de gestion, Partenariat, Gestion des ressources, Contrôle des organisations mutualistes.

<ul style="list-style-type: none"> - Alignement des interventions au PSE comme référentiel des politiques économiques et sociales - Elaboration et signature de contrat de performance entre l'Etat et l'Agence - Elaboration de rapports de suivi trimestriel et de rapport annuel de performance - Elaboration de rapports d'audit interne 	<ul style="list-style-type: none"> - Irrégularité dans la mise à disposition des ressources aux régies des Services régionaux
<p>Des stratégies de communication développées pour accroître la notoriété de l'Agence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre de campagnes de communication institutionnelle - Existence d'un site web et présence sur les différents réseaux sociaux - Existence d'un centre d'appel avec un numéro vert - Existence de convention entre l'Agence et les organes de presse - Disponibilité d'une gamme de supports de communication 	<p>Insuffisances notées dans la communication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'évaluation du plan stratégique de la communication 2017-2020 - Absence d'un nouveau plan stratégique de la communication - Fragmentation de la fonction communication - Faible coordination des entités en charge de la communication - Défaut de visibilité de l'Agence et de ses services déconcentrés
<p>Développement d'une politique sociale au bénéfice du personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une politique d'inclusion à travers la prise en compte du volet handicap dans le recrutement des ressources humaines - Existence d'un collège des délégués du personnel - Appui financier au personnel en cas de risque social - Existence d'une coopérative d'habitat 	<p>Insuffisances dans la gestion des ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de politique formalisée de développement des RH (défaut de référentiel des compétences, défaut de maîtrise des compétences, etc.) - Retard dans la validation de l'accord d'Établissement par le Ministère de tutelle et celui des finances - Non fonctionnalité du système d'information RH (logiciel de paie, logiciel de traitement des congés, logiciel de gestion des pointages, etc.) - Absence de bilan social annuel - Inexistence d'un Comité Hygiène Santé Sécurité au travail
<p>L'accès à la couverture maladie universelle à travers l'assurance maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une politique de subvention des cotisations des bénéficiaires des MS avec une discrimination positive pour les plus pauvres - Existence du manuel de procédures de gestion des organisations mutualistes - Existence d'un guide de contrôle des organisations mutualistes - Evaluation des coûts réels et normatifs des prestations de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire - Harmonisation des outils de gestion des mutuelles de santé - Existence d'un registre d'immatriculation des mutuelles de santé - Harmonisation des conventions entre les prestataires et les organisations mutualistes <p>L'accessibilité financière des groupes vulnérables aux prestations de soins à travers une politique d'assistance médicale</p>	<p>Non mise à jour des paramètres de la CMU de base</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de portabilité du paquet de soins couvert par les mutuelles de santé au niveau national - Inexistence de la liste d'exclusions des médicaments - Paiement à l'acte généralisé pour tous les services - Non harmonisation des politiques de cotisation entre les MS / DECAM et les UDAM - Inexistence d'un paquet spécifique pour les néonatals (0-28 jours) - Inexistence d'une nomenclature des actes remboursables - Clé de répartition des subventions non adaptée à la carte sanitaire <p>Difficultés dans la gestion des initiatives de gratuité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés dans la détermination et l'identification des cibles

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Effectivité de la mise en œuvre des initiatives de gratuité en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus, des enfants âgés de moins de 5 ans, des femmes enceintes accouchant par césarienne, et des patients bénéficiant de la dialyse - Elaboration du manuel de procédures des initiatives de gratuité - Disponibilité des ressources financières pour la prise en charge des bénéficiaires des initiatives de gratuité - Prise en compte de l'approche cycle de vie. | <ul style="list-style-type: none"> - Participation financière des bénéficiaires pour certaines prestations couvertes - Non application du Plan Sésame dans la plupart des postes et centres de santé - Retard dans le remboursement des prestations au niveau des points de prestations de soins - Absence de cadre réglementaire pour la prise en charge de la dialyse - Absence de conventions entre l'ANACMU et la PNA - Absence de conventions entre l'ANACMU et les centres de dialyse |
|--|---|

L'existence d'un dispositif de contrôle médical des prestations de soins facturées à l'Agence et aux organisations mutualistes

- Existence d'un guide de contrôle médical des prestations facturées aux organisations mutualistes
- Existence d'un manuel de procédures sur le contrôle médical
- Elaboration des protocoles de contrôle des initiatives de gratuités et des prestations facturées aux organisations mutualistes

L'adoption d'un programme de digitalisation du système d'information

Existence d'un système de gestion intégré SIGICMU composé de six modules : SIBIO EDIR (entrepôt de données inter régimes), GESTAM, SITFAC, SUNUCMU, SAMACMU

La recherche pour appuyer la prise de décision

- Disponibilité d'un plan directeur de recherche
- Prise en compte de la dimension recherche dans la mise en œuvre du programme
-

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de financement des activités planifiées (Non-exécution des activités du PTA, Non-respect des plans d'action élaborés) - Absence d'évaluation du plan stratégique 2017- 2021 |
|---|

Non articulation entre la planification et la gestion budgétaire

- Insuffisance de financement des activités planifiées (Non-exécution des activités du PTA, Non-respect des plans d'action élaborés)
- Absence d'évaluation du plan stratégique 2017- 2021

Difficulté dans la mise en œuvre de la digitalisation du Système d'information

- Faible opérationnalisation de certains modules du SIGICMU
- Faiblesse dans la mobilisation des ressources pour le déploiement du SIGICMU

Insuffisance dans le financement et la vulgarisation des résultats de la recherche

- Forte dépendance de l'ANACMU vis-à-vis des partenaires au développement pour le financement de la recherche / Absence de financement des activités de Recherche par le budget Etat
- Absence de publication d'articles scientifiques, de bulletins, de revues en interne (indicateurs d'alertes) sur l'état de mise en œuvre

Non institutionnalisation de l'approche Genre

- Méconnaissance de la dimension genre
- Faible désagrégation des données de la CMU selon le sexe

Non formalisation des mécanismes de gestion des risques à travers une cartographie

- Absence de cartographie des risques
- Absence de plan de mitigation des risques

	<p>D'autres facteurs endogènes entravent à la mise en œuvre du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de système d'archivage et de documentation - Absence de plan de suivi des recommandations issues des audits internes - Non disponibilité des protocoles et normes opposables dans le cadre de la CMU
OPPORTUNITES	MENACES
<p>Contexte politique et engagements internationaux favorables au développement de la CMU</p> <ul style="list-style-type: none"> - Engagement de la communauté internationale (ODD3, recommandation 202 de l'OIT sur les socles de protection sociale, Agenda 2063...) - Engagement politique au plus haut niveau - Existence d'un cadre de référence des politiques nationales (PSE à travers l'axe 2) ; - Existence d'une stratégie nationale de financement de la santé 2017 2022 - Existence d'un Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS 2019-2028) - La politique de prise en charge médicale des BSF et CEC - Les politiques de gratuités (0-5 ans, Sésame, Dialyse, Césarienne) <p>Confiance et soutien affirmés de l'Etat et des partenaires au développement pour le financement du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dotations financières régulières de l'Etat - Existence de coopération bilatérale et multilatérale pour le financement du programme <p>Engagement communautaire propice au programme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un mouvement mutualiste structuré - Esprit de solidarité et d'entraide dans les communautés, - Présence de réseaux communautaires - Ancre communautaire des mutuelles de santé - Présence des radios communautaires - Existence de cadres de promotion du programme de CMU (foires, forums, événements religieux et médicaux, etc.) <p>Ecosystème technologique favorable à la digitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de l'identité numérique nationale 	<p>Cadre légal, réglementaire et institutionnel présente des insuffisances dans la mise en œuvre du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'une loi sur la CMU - Absence de l'ONAMS et FNG préconisée par l'UEMOA - Caractère volontaire de l'affiliation des acteurs du secteur informel et du monde rural - Absence de convention cadre entre le MSAS et MDCEST facilitant la concertation et la synergie entre les deux ministères pour la mise en œuvre de la politique - Insuffisance de conventions entre l'ANACMU et les organisations mutualistes - Obsolescence du décret portant nomenclature générale des actes - Non actualisation de l'arrêté interministériel sur les tarifs des EPS - Instabilité de l'ancre institutionnel de l'Agence - Faible implication des collectivités territoriales <p>Facteurs économiques non propice au développement du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incidence de la pauvreté (38% ; source : ANSD 2020) - Insuffisance des ressources allouées au programme de la CMU par l'Etat pour sa soutenabilité <p>Faible niveau d'organisation et de fonctionnement des organisations mutualistes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible niveau de viabilité financière de certaines organisations mutualistes - Faible niveau de professionnalisation de la gestion des mutuelles de santé - Faiblesse du taux de pénétration aux mutuelles de santé - Faiblesse du taux de fidélisation - Faible niveau de mise en commun des risques des mutuelles de santé communautaires - Charges de fonctionnement élevées des UDAM - Mauvaise utilisation des outils de gestion dans certaines mutuelles de santé

<ul style="list-style-type: none"> - Accès aux données sanitaires à travers le DHIS2 - Accès aux infrastructures et services de l'ADIE (internet, email, intranet, etc.) - Existence d'un Registre National Unique (RNU) - Existence des nouveaux médias (réseaux sociaux) <p>Approche multisectorielle facilitant la mise en œuvre du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de cadres multisectoriels de pilotage de la CMU dans les régions et les départements (CRS, CDS, CLS) - Existence du Régime Simplifié du Petit Contribuable (RSPC) - Existence d'institutions publiques de micro finance pouvant faciliter les adhésions systématiques - Existence d'initiatives multisectorielles de mise en œuvre de la CMU Elève. - Existence de groupes thématiques des partenaires au développement (groupe protection sociale et groupe santé) - Existence d'une stratégie nationale pour l'égalité et l'équité de genre (SNEEG) - Existence d'une convention cadre entre l'Agence et le secteur privé de la santé <p>Cadre légal et règlementaire favorable au développement du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Droit à la santé pour tous garanti par la Constitution du Sénégal (Articles 8 et 17) - Déclaration universelle des Droits de l'homme (Article 25.1) - Existence d'une réglementation communautaire (UEMOA) - Ratification par le Sénégal de la Convention 102 de l'OIT sur les normes minimales de sécurité sociale - Loi d'orientation sociale pour la promotion et la protection des personnes Handicapées (Article 3) - Décret 2021-847 excluant la dialyse du code des marchés publics - Prise en compte de la CMU dans l'acte 3 de la décentralisation à travers les articles 170, 306 et 307 - Instruction du Président de la République d'intégrer la CMU dans le code unique de sécurité sociale - Adoption de la loi d'orientation sur les agences d'exécution n° 2009-20 du 04 mai 2009 - Existence d'une Commission de Protection des Données Personnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse dans l'appui technique (Formation, Equipement, Appui institutionnel) aux organisations mutualistes - Retard dans la mise à disposition des subventions de cotisation des bénéficiaires des organisations mutualistes - Non-paiement des dettes aux organisations mutualistes - Non digitalisation des données des organisations mutualistes <p>Dysfonctionnement dans la gestion des initiatives de gratuités</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non-respect de la référence et contre référence par les prestataires de soins - Non-respect de la pyramide sanitaire par les bénéficiaires des initiatives de gratuité - Retard dans la soumission des factures par les structures de santé dans le cadre du remboursement des initiatives de gratuités - Non délivrance des médicaments et produits essentiels - Non application du plan sésame dans la plupart des structures sanitaires (postes de santé et centre de santé) <p>D'autres facteurs exogènes entravent à la mise en œuvre du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de culture de prévoyance contre le risque maladie - Faible implication des prestataires du secteur privé - Fragmentation des régimes de couverture du risque maladie
---	--

Annexe 4 : Plan de financement détaillé du PSD 2023-2027 par objectif spécifique

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES		BUDGET GLOBAL	ANNEES				
			2 023	2 024	2 025	2 026	2 027
OBJECTIF STRATEGIQUE	Etendre la couverture du risque financier lié à la maladie à 75% de la population d'ici 2027						
ORIENTATION STRATÉGIQUE 1	Extension de la protection contre le Risque financier lié maladie à travers l'assurance maladie et l'assistance médicale	198 214 090 994	32 278 293 648	40 150 240 900	40 979 146 047	41 878 695 301	42 927 715 099
OS 1.1	Réformer l'Assurance Maladie (restructurer le dispositif de l'assurance maladie)	44 872 162 860	4 730 271 500	10 104 542 810	10 042 767 810	9 952 295 810	10 042 284 930
OS 1.2	Rendre soutenables les dispositifs d'assistance médicale	153 341 928 134	27 548 022 148	30 045 698 090	30 936 378 237	31 926 399 491	32 885 430 169
ORIENTATION STRATÉGIQUE 2	Renforcement de la mobilisation des ressources, de l'approche multisectorielle et de la gouvernance	54 552 335 429	12 036 434 850	10 986 009 620	10 965 700 257	10 178 290 868	10 385 899 834
OS 2.1	Développer des mécanismes de mobilisation de ressources additionnelles au profit du programme de la CMU d'ici 2027	1 631 406 000	484 000 000	256 500 000	371 500 000	271 203 000	248 203 000
OS 2.2	Renforcer l'approche multisectorielle dans le cadre de la mise en œuvre du programme	1 030 000 000	194 000 000	279 000 000	239 000 000	159 000 000	159 000 000
OS 2.3	Améliorer le cadre juridique de l'Agence	136 111 500	93 181 500	12 930 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000
OS 2.4	Renforcer le management et la gouvernance de l'Agence	50 496 317 329	10 888 708 885	10 226 342 177	10 127 956 848	9 514 598 253	9 738 711 167
OS 2.5	Contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations à travers des mécanismes d'achats stratégiques	1 258 500 599	376 544 465	211 237 443	217 243 409	223 489 614	229 985 668
TOTAL		252 766 426 423	44 314 728 497	51 136 250 520	51 944 846 304	52 056 986 168	53 313 614 934

Annexe 5 : Cadre de performance PSD 2023-2027 Agence CMU

OBJECTIF STRATEGIQUE : Etendre la couverture du risque financier lié à la maladie à 75% de la population d'ici 2027													
IMPACT	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
				2023	2024	2025	2027	2027					
La protection financière contre le risque maladie est assurée pour au moins 75% de la population d'ici 2027	Dépenses en santé directe en proportion du total des dépenses courantes	Montant des paiements directs de santé des ménages / Montant des dépenses totales de santé * 100	50,2% en 2016	47%	45%	43%	41%	39%	Comptes de santé	Questionnaire d'enquête auprès des ménages	Bisannuelle	Rapports sur les comptes de la santé	Norme entre 15% et 20% pour tendre vers la CSU Renforcer la collaboration avec le MSAS pour une réalisation effective des comptes de santé à la périodicité définie
	Incidence des dépenses en santé catastrophiques	Montant des paiements directs de santé des ménages / Capacité à payer des ménages * 100	1,1% de 2018 à 2019	0,90%	0,80%	0,70%	0,60%	0,50%	Etude sur les dépenses catastrophiques en santé	Questionnaire d'enquête auprès des ménages	Bisannuelle	Rapports sur les dépenses catastrophiques en santé	Prévoir dans la négociation avec l'ANSD la mise à disposition de ressources financières nécessaires pour la prise en compte effective des questions la CMU dans les enquêtes
	Incidence de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes	Nombre de personnes en dessous du seuil de pauvreté APRÈS paiements directs de santé - le Nombre de personnes en dessous du seuil de pauvreté AVANT paiements directs de santé / Population générale * 100	1,3% en 2019	1,20%	1,10%	1,00%	0,90%	0,80%	Etude sur les dépenses catastrophiques en santé	Questionnaire d'enquête auprès des ménages	Bisannuelle	Rapports sur les dépenses catastrophiques en santé	Prévoir dans la négociation avec l'ANSD la mise à disposition de ressources financières nécessaires pour la prise en compte effective des questions la CMU dans les enquêtes
	Taux de couverture du risque maladie tous régimes confondus	Nombre de personnes couvertes par au moins un système de couverture maladie durant une année / Population totale de l'année * 100	53% en 2020	55%	60%	65%	70%	75%	Enquêtes ANSD	Questionnaire d'enquête auprès des ménages	Annuelle	Rapports d'enquêtes	Prévoir dans la négociation avec l'ANSD la mise à disposition de ressources financières nécessaires pour la prise en compte effective des questions la CMU dans les enquêtes

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : Extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie à travers l'assurance maladie et l'assistance médicale													
OBJECTIF SPECIFIQUE 1.1 : Réformer l'Assurance Maladie													
RESULTAT D'EFFET LIÉ À L'O.S 1.1	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
				2023	2024	2025	2027	2027					
L'assurance maladie est rendue obligatoire	Disponibilité d'une loi instituant l'assurance maladie universelle promulguée et publiée au Journal officiel	Décompte	0	0	1	0	0	0	Journal officiel	NA	NA	Journal officiel	
	Disponibilité des textes d'application de la Loi sur l'assurance maladie obligatoire publiés au Journal officiel	Décompte	0	0	3	0	0	0	Journal officiel	NA	NA	Journal officiel	
	Disponibilité de textes réglementaires systématisant l'adhésion à un dispositif d'assurance maladie	Décompte	0	0	5	10	0	0	Décrets, Arrêtés ministériels ou interministériels	NA	NA	Arrêtés ministériels ou interministériels, notes circulaires	
EXTRANTS	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
Le niveau de mise en commun des risques est relevé	Nombre de mutuelles de santé départementales fonctionnelles	Décompte	4	15	46	46	46	46	Rapport de supervision du processus de mise en place des mutuelles de santé départementales	Grille de supervision	Mensuelle	Rapport de suivi du processus de mise en place des mutuelles de santé départementales	
	Un enrôlement massif des cibles de l'assurance maladie est assuré	Décompte	ND	0	0	0	0	0	Rapport de supervision du processus de mise en place des mutuelles de santé départementales	Grille de supervision	Mensuelle	Rapport de suivi du processus de mise en place des mutuelles de santé départementales	MS acteurs culturels, MS artisans, Pasaloumakaf (Kaffrine), PROVALE-CV, MY AGRO.
Les mutuelles de santé départementales sont viables	Ratio de liquidité immédiate	Trésorerie disponible / dettes à court terme + provisions	ND	>= 1	>= 1	>= 1	>= 1	>= 1	Etats financiers	Grille de collecte	Annuelle	Relevé de comptes bancaires ; PV de caisse ; Rapport annuel de gestion des mutuelles de santé départementales	Les BSF et CEC sont intégrés dans les bénéficiaires au niveau des mutuelles de santé
	Taux de recouvrement des cotisations	Cotisations recouvrées / Cotisations émises (attendues) * 100	ND	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	Outils de gestion des cotisations ; SIGICMU	Grille de collecte	Trimestrielle	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales	

	Ratio de sinistralité	Montant total des dépenses de prestations + provisions / cotisations acquises (perçues pour l'exercice) * 100	ND	de 70% à 80%	Outils de gestion des cotisations ; Outils de gestion des prestations ; SIGICMU	Grille de collecte	Annuelle	Rapport annuel de gestion des mutuelles de santé départementales				
	Taux de financement propre	Montant total des ressources - subventions d'équilibre et d'investissement / Montant total des charges * 100	ND	>100%	>100%	>100%	>100%	Outils de gestion des cotisations ; Outils de gestion des prestations ; SIGICMU	Grille de collecte	Annuelle	Rapport annuel de gestion des mutuelles de santé départementales	
	Taux de pénétration des mutuelles de santé	Nombre de bénéficiaires total au niveau des Mutuelles de santé / population cible des mutuelles de santé * 100	42% en 2020	100%	100%	100%	100%	Rapport de suivi et registres des mutuelles de santé, GESTAM	Grille de collecte	Trimestrielle	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales	Le bénéficiaire perd son statut d'affilié à la mutuelle de santé si au bout de deux ans il n'a pas renouvelé sa cotisation (référence statut et règlement des mutuelles de santé)
	Proportion de bénéficiaires cotisants à jour dans les mutuelles de santé	Nombre de bénéficiaires cotisant à jour au niveau des Mutuelles de santé / Nombre total de bénéficiaires cotisants des mutuelles de santé * 100	37% (en 2020)	45%	60%	65%	80%	Rapport de suivi et registres des mutuelles de santé	Grille de collecte	Trimestrielle	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales	Cet indicateur est calculé sur la base des bénéficiaires cotisants effectivement couverts (à jour de leur cotisation). Les bénéficiaires cotisants comprennent les bénéficiaires classiques, les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes, la CMU-élève, la CMU-Daara et les indigents autres que BSF pris en charge par les collectivités territoriales
	Taux brut de couverture par les mutuelles de santé	Nombre total de bénéficiaires au niveau des Mutuelles de santé / population générale * 100	21%	30%	35%	40%	43%	Rapport de suivi et registres des mutuelles de santé	Grille de collecte	Trimestrielle	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales	Le bénéficiaire perd son statut d'affilié à la mutuelle de santé si au bout de deux ans il n'a pas renouvelé sa cotisation (référence statut et règlement des mutuelles de santé)
	Taux réel de couverture par les mutuelles de santé	Nombre total de bénéficiaires à jour au niveau des Mutuelles de santé / population générale * 100	4%	10%	22%	30%	38%	Rapport de suivi et registres des mutuelles de santé	Grille de collecte	Trimestrielle	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales	596 306 bénéficiaires étaient à jour dans les MS en 2020. Les bénéficiaires à jour sont ceux qui cotisent au niveau des mutuelles de santé et à jour de leurs cotisations
Les mutuelles de santé départementales sont performantes	Taux de fidélisation	Nombre de bénéficiaires à l'année N-1 ayant renouvelé leur cotisation à l'année N / Nombre total de bénéficiaires à l'année N-1 * 100	ND	45%	50%	60%	70%	Rapport de suivi et registres des mutuelles de santé	Grille de collecte	Trimestrielle	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales	
	Ratio des charges de fonctionnement brut	Charges de fonctionnement brut / Total produits	ND	≤ 0,15	≤ 0,15	≤ 0,15	≤ 0,15	Rapport de suivi et registres des mutuelles de santé	Grille de collecte	Annuelle	Rapport annuel de gestion des mutuelles de santé départementales	
	Proportion de bénéficiaires à jour de leur cotisation	Nombre de bénéficiaires à jour de leur cotisation / Nombre total de bénéficiaires * 100	15%	45%	50%	60%	70%	Rapport de suivi et registres des mutuelles de santé	Grille de collecte	Trimestrielle	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales	
	Fréquence d'utilisation des services selon le niveau de la pyramide sanitaire	Nombre de cas selon le niveau de la pyramide sanitaire / Nombre de bénéficiaires à jour	2 en 2018	2	2	2	2	Rapport de suivi; registres des mutuelles de santé; Outils de gestion des prestations; SIGICMU	Grille de collecte	Trimestrielle	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales	
	Proportion de bénéficiaires ayant utilisé les services	Nombre de bénéficiaires ayant utilisé les services / Nombre de bénéficiaires à jour * 100	ND	30%	40%	50%	50%	Rapport de suivi; registres des mutuelles de santé; Outils de gestion des prestations; SIGICMU	Grille de collecte	Trimestrielle	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales	
Les paramètres techniques de mise en œuvre de la CMU sont révisés (adhésions, cotisations, paquets de services, subventions des cotisations/adhésions des bénéficiaires)	Disponibilité d'un texte réglementaire sur la modification des paramètres de mise en œuvre de la CMU	Décompte	0	0	1	1	1	Journal officiel	NA	NA	Journal officiel	Un arrêté ministériel sera proposé
	Disponibilité des rapports d'études servant de base à la révision des paramètres de mise en œuvre de la CMU	Décompte	1	1	1	1	1	Portail documentaire de la CMU ; archives	NA	NA	Portail documentaire de la CMU ; archives	Une étude des coûts des prestations a déjà été réalisée ; Etude actuarielle; Etude faisabilité sur les mécanismes d'achat stratégique (Un rapport d'étude de faisabilité sera produit et dans le cadre de la mise en œuvre des rapports d'étapes seront produits de 2022 à 2024)
	Disponibilité de la liste des médicaments éligibles	Décompte	0	0	1	NA	NA	Journal officiel	NA	NA	Journal officiel	Un arrêté ministériel sera proposé

Un paquet minimum de soins garanti par tous les régimes de couverture du risque maladie est mis en place	Disponibilité d'un paquet minimum de soins à garantir par tous les régimes de couverture du risque maladie	Décompte	ND	0	0	1	NA	NA	Texte réglementaire définissant le paquet minimum de soins à garantir	NA	NA	Texte réglementaire définissant le paquet minimum de soins à garantir	Le processus sera démarré en 2023
	Proportion de régimes de couverture du risque maladie assurant la prise en charge du paquet minimum garanti / Nombre régimes de couverture du risque maladie * 100	Nombre régimes de couverture du risque maladie assurant la prise en charge du paquet minimum garanti / Nombre régimes de couverture du risque maladie * 100	ND	0	0	40%	60%	80%	Cadre de suivi de la mise en œuvre du paquet minimum de soins garanti	Outils de suivi de la mise en œuvre du paquet minimum de soins garanti	Annuelle	Enquête auprès des bénéficiaires ; Rapports de contrôle; Outils de gestion des prestations	Il s'agit ici des régimes contributifs (IPM, MS, SAP) et non contributifs (PNBSF, initiatives de gratuités, IB, CEC)

OBJECTIF SPECIFIQUE 1.2 : Rendre soutenables les dispositifs d'assistance médicale													
RESULTAT D'EFFET LIÉ À L'O.S 1.2	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
				2023	2024	2025	2027	2027					
La gestion du dispositif d'assistance médicale est efficiente	Proportion d'enfants de moins de cinq ans et de femmes enceintes couverts par les mutuelles de santé	Nombre d'enfants de moins de cinq ans et de femmes enceintes couverts par les mutuelles de santé / Nombre d'enfants de moins de cinq ans et de femmes enceintes à couvrir par les mutuelles de santé * 100	21,4% enfants 0-5 ans	75%	85%	95%	95%	95%	Rapport de suivi ; registres des mutuelles de santé ; Outils de gestion des prestations ; SIGICMU	Grille de collecte	Trimestrielle	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales	Dans la région de Kaffrine, une expérience d'enrôlement des enfants de moins de cinq ans dans les mutuelles de santé est entamée avec l'appui de la Banque Mondiale depuis l'année 2020 (35.489 enfants âgés de moins de 5ans ont été enrôlés en 2020)
	Proportion de bénéficiaires des régimes non contributifs enregistrés au niveau des mutuelles de santé	Nombre de bénéficiaires des régimes non contributifs enregistrés au niveau des mutuelles de santé / Nombre de bénéficiaires des régimes non contributifs à enregistrer au niveau des mutuelles de santé * 100	ND	50%	60%	65%	75%	95%	Rapport de suivi ; registres des mutuelles de santé ; Outils de gestion des prestations ; SIGICMU	Grille de collecte	Trimestrielle	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales	Le régime non contributif concerne les bénéficiaires des initiatives de gratuité, de la BSF et les titulaires de la CEC
EXTRANTS	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
Le ciblage et la prise en charge des indigents et groupes vulnérables sont améliorés	Taux d'enrôlement effectif des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC	Nombre de bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC effectivement enregistrés dans les mutuelles de santé / Nombre de bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC à enregistrer * 100	86,23%	95%	95%	95%	95%	95%	Rapport de suivi ; registres des mutuelles de santé ; SIGICMU	Grille de collecte	Trimestrielle	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales	
	Proportion de bénéficiaires du PNBSF et de détenteurs de la CEC ayant utilisé les services	Nombre de bénéficiaires du PNBSF et des titulaires de la CEC ayant utilisé les services / Nombre de bénéficiaires du PNBSF et des titulaires de la CEC enregistrés * 100	ND	95%	95%	95%	95%	95%	Rapport de suivi ; registres des mutuelles de santé ; SIGICMU	Grille de collecte	Trimestrielle	Rapport d'activité trimestriel des mutuelles de santé départementales	
L'accès aux soins des ménages vulnérables non pris en compte dans le cadre du PNBSF est amélioré	Proportion de personnes indigentes autres que les BSF et CEC enrôlées dans les MS	Nombre de personnes indigentes autres que les BSF et CEC enrôlées dans les MS / Nombre total de personnes indigentes autres que les BSF et CEC identifiées dans le RNU * 100	1 284 165 bénéficiaires indigents hors BSF du RNU 1% d'indigents hors BSF sont enrôlés en 2020 (25 683)	2% (64 208)	5% (128 417)	10% (192 625)	15% (256 833)	20% (256 833)	Populations, mutuelles de santé, Collectivités territoriales, Services déconcentrés de l'Action sociale	Outils de suivi des mutuelles de santé	Trimestrielle	Rapports de suivi des mutuelles de santé	Le nombre de ménages enregistré dans le RNU est de 541 193, le nombre d'individus est de 3 746 728. Les ménages du PNBSF 292 068 pour 2 462 563 bénéficiaires BSF. L'ANACMU a reçu une base de 2 349 610 bénéficiaires BSF pour 289 440 ménages. Nous partons du postulat de base qu'avec le versement de certains détenteurs de la CEC dans la base des BSF, 2 628 nouveaux chefs de ménages ont été comptabilisés dans la base RNU, correspondant à 112 953 bénéficiaires BSF. 1 284 165 indigents autres que BSF sont identifiés dans le RNU, correspondant à 249 125 ménages. En 2020, 8 390 indigents autres que BSF ont été enrôlés dans les MS
	Proportion de personnes indigentes autres que les BSF et CEC enrôlées	Nombre de personnes indigentes autres que les BSF et CEC enrôlées dans les MS par les collectivités territoriales / Nombre total de personnes indigentes autres que	ND	2%	5%	10%	15%	20%	Populations, mutuelles de santé, Collectivités territoriales,	Outils de suivi des mutuelles de santé	Trimestrielle	Rapports de suivi des mutuelles de santé	

	dans les MS par les collectivités territoriales	les BSF et CEC enrôlées dans les MS * 100							Services déconcentrés de l'Action sociale				
	Nombre de personnes enrôlées dans les MS par les collectivités territoriales	Décompte	8 390	2% (25 683)	5% (64 208)	10% (128 417)	15% (192 625)	20% (256 833)	Populations, mutuelles de santé, Collectivités territoriales, Services déconcentrés de l'Action sociale	Outils de suivi des mutuelles de santé	Trimestrielle	Rapports de suivi des mutuelles de santé	
	Nombre de bénéficiaires enrôlés dans les MS à travers les projets de filets sociaux et d'appui à la résilience économique	Décompte	ND	25 000					Populations, mutuelles de santé, Collectivités territoriales, Services déconcentrés de l'Action sociale	Outils de suivi des mutuelles de santé	Trimestrielle	Rapports de suivi des mutuelles de santé	Projets de filets sociaux et d'appui à la résilience économique identifiés : PADES (Projet d'appui au développement économique et social du Sénégal) ; PERAM (Projet d'appui à la résilience socio-économique des ménages vulnérables) ; Projet d'appui des ménages vulnérables de la forêt classée de Mbao; etc. À Dakar le PADES compte enrôler 3200 bénéficiaires. Le PERAM compte 5 000 ménages pour 25 000 bénéficiaires indirects dans 20 communes ciblées au niveau de 09 régions.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : Renforcement de la mobilisation des ressources, de l'approche multisectorielle et de la gouvernance													
OBJECTIF SPECIFIQUE 2.1 : Développer des mécanismes de mobilisation de ressources additionnelles au profit du programme de la CMU d'ici 2027													
RESULTAT D'EFFET LIÉ À L'O.S 2.1	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
				2023	2024	2025	2026	2027					
La mobilisation des ressources au profit du programme de la CMU est renforcée	Taux de croissance des ressources allouées à l'Agence de la CMU	(Total ressources allouées à la CMU année N+1 - Total ressources allouées à la CMU année N) / Total ressources allouées à la CMU année N * 100	4% (2021)	4%	4%	4%	4%	4%	Rapport d'exécution financière de la CMU ; Rapport annuel de performances de la CMU; autres rapports d'enquête de l'Agence de la CMU	Matrice de collecte des données annuelles de la CMU	Annuelle	Rapport d'exécution financière de la CMU ; Rapport annuel de performances de la CMU; L'EDS-C ANSD; Rapport du recensement général de la population et de l'habitat ANSD; autres rapports d'enquête de l'Agence de la CMU	Le postulat de base serait que les conditions de mise en œuvre de la CMU en année N, sont les mêmes qu'en année N+1 (Toute chose étant égale par ailleurs) ; 2015 année de démarrage, 2015 - 2022 ont permis de définir la cible de référence de 4% (moyenne, seules les dotations initiales sont considérées, budget de l'État)
EXTRANTS	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
L'exécution des ressources allouées à l'Agence de la CMU est renforcée	Taux d'exécution des ressources de l'Etat allouées à l'Agence de la CMU	Total ressources exécutées / Total ressources de l'Etat allouées à l'Agence de la CMU * 100	67% (2021)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport d'exécution financière de la CMU ; Rapport annuel de performances de la CMU; autres rapports d'enquête de				

	Taux d'exécution des ressources de la CMU allouées à l'assurance maladie	Total des ressources exécutées en faveur de l'assurance maladie / Total ressources allouées à l'assurance maladie * 100	67% (2021)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport d'exécution financière de la CMU ; Rapport annuel de performances de la CMU ; L'EDS-C ANSD ; autres rapports d'enquête de l'Agence de la CMU			Toutes ressources confondues (Etat, PTF)
	Taux d'exécution des ressources de la CMU allouées à l'assistance médicale	Total des ressources exécutées en faveur de l'assistance médicale / Total ressources allouées à l'assistance médicale * 100	67% (2021)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport d'exécution financière de la CMU ; Rapport annuel de performances de la CMU ; L'EDS-C ANSD ; autres rapports d'enquête de l'Agence de la CMU			Toutes ressources confondues (Etat, PTF)
Renforcement de la contribution des collectivités territoriales au financement de la CMU	Nombre de collectivités territoriales ayant contribué au financement de l'assurance maladie	Décompte	ND	603	603	603	603	603			Rapports trimestriels	557 communes et villes et les 46 départements
	Volume de contribution financière des collectivités territoriales	Décompte	188 479 250 FCFA en 2021	300 millions	330 millions	400 millions	475 millions	500 millions			Rapports trimestriels	
Développement de stratégies innovantes de financement de la CMU	Nombre de mécanismes de financement innovant mise en œuvre dans le cadre de la CMU	Décompte	ND	1	1	1	1	1	Convention de partenariat ; documents comptables de l'Agence ; rapport d'exécution financière	Outils de suivi de l'exécution financière	Annuelle	Convention de partenariat ; documents comptables de l'Agence ; rapport d'exécution financière
	Proportion du financement innovant mobilisé en faveur de la CMU / Montant total du financement mobilisé en faveur de la CMU * 100		ND	0,10%	0,15%	0,20%	0,25%	0,30%	Convention de partenariat ; documents comptables de l'Agence ; rapport d'exécution financière	Outils de suivi de l'exécution financière	Annuelle	Convention de partenariat ; documents comptables de l'Agence ; rapport d'exécution financière
Mobilisation du	Taux de mobilisation du	Montant du financement extérieur mobilisé dans le	À finaliser	À finaliser	À finaliser	À finaliser	À finaliser	À finaliser	Contrats de performance	Outils de suivi de l'exécution	Annuelle	Contrats de performance

financement extérieur y compris la diaspora	financement extérieur y compris la diaspora	cadre de la CMU (y compris la diaspora) / Montant total du financement mobilisé pour la CMU * 100							avec les partenaires au développement ; rapports d'activités des partenaires au développement ; documents comptables de l'Agence ; rapport d'exécution financière	financière ; outil de suivi des contrats de performance signés avec les partenaires au développement		avec les partenaires au développement ; rapports d'activités des partenaires au développement ; documents comptables de l'Agence ; rapport d'exécution financière	
Mobilisation des acteurs du secteur privé dans la mise en œuvre du programme	Proportion du financement mobilisé dans le cadre de la RSE en faveur de la CMU	Montant du financement mobilisé dans le cadre de la RSE en faveur de la CMU / Montant total du financement mobilisé pour la CMU * 100	ND	0,10%	0,15%	0,20%	0,25%	0,30%	Convention de partenariat ; documents comptables de l'Agence ; rapport d'exécution financière	Outils de suivi de l'exécution financière	Annuelle	Convention de partenariat ; documents comptables de l'Agence ; rapport d'exécution financière	

OBJECTIF SPECIFIQUE 2.2 : Renforcer l'approche multisectorielle dans le cadre de la mise en œuvre de la CMU													
RESULTAT D'EFFET LIÉ À L'O.S 2.2	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
				2023	2024	2025	2026	2027					
L'approche multisectorielle est renforcée dans le cadre de la mise en œuvre de la CMU	Disponibilité d'un document cadre harmonisé des interventions des programmes d'équité sociale et territoriale	Disponibilité d'un document cadre harmonisé des interventions des programmes d'équité sociale et territoriale	NA		1				Portail documentaire de la CMU; archives	NA	NA	Portail documentaire de la CMU; archives	
EXTRANTS	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
Renforcement de la contribution des collectivités territoriales à la mise en œuvre du programme	Proportion de plans locaux de développement intégrant l'appui à la CMU	Nombre de plans locaux de développement intégrant l'appui à la CMU / Nombre total de plans locaux de développement * 100	ND	10%	30%	50%	60%	80%	Plans locaux de développement des CT ; Comptes de la santé du MSAS ; Rapports de suivi des services régionaux de la CMU ; autres rapports d'enquête de l'Agence de la CMU	Matrice de collecte des données annuelles de la CMU	Annuelle	Plans locaux de développement des CT ; Comptes de la santé du MSAS ; Rapports de suivi des services régionaux de la CMU ; autres rapports d'enquête de l'Agence de la CMU	552 communes, 5 villes et 46 départements qui élaborent un plan local de développement (603 plans locaux de développement attendus). Appropriation/Connaissance du programme par les CT Application des articles 306 et 307 de l'acte 3 de la décentralisation
	Taux de croissance du financement des collectivités territoriales allouées à la mise en œuvre de la CMU	(Total ressources des collectivités territoriales allouées à la mise en œuvre de la CMU année N+1 - Total ressources des collectivités territoriales allouées à la mise en œuvre de la CMU année N) / Total	Voir analyse situationnelle MS		1%				Plans locaux de développement des CT ; Comptes de la santé du	Matrice de collecte des données annuelles de la CMU	Annuelle	Plans locaux de développement des CT ; Comptes de la santé du MSAS ; Rapports de suivi des	

		ressources des collectivités territoriales allouées à la mise en œuvre de la CMU année N * 100							MSAS ; Rapports de suivi des services régionaux de la CMU ; autres rapports d'enquête de l'Agence de la CMU			services régionaux de la CMU ; autres rapports d'enquête de l'Agence de la CMU	
Meilleure prise en compte du volet CMU dans les politiques d'offre de services de santé	Nombre de documents stratégiques sur l'offre de services de santé intégrant un volet CMU	Décompte	3		1	1	2	3	Site internet du MSAS, cellule documentation MSAS	Outil suivi mise en œuvre CMU	Annuelle	Documents stratégiques sur l'offre de services de santé	PNDSS 2019-2028 ; SNFS-CSU 2017-2022; Stratégie nationale de santé communautaire

OBJECTIF SPECIFIQUE 2.3 : Améliorer le cadre juridique de l'Agence

RESULTAT D'EFFET LIÉ À L'O.S 2.3	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
				2023	2024	2025	2026	2027					
Le dispositif juridique de l'Agence est en conformité avec le règlement de l'UEMOA	Disponibilité du nouveau décret fixant les missions et attributions de l'Agence de la CMU	Décompte	0	1	0	0	0	0	Journal officiel	NA	NA	Journal officiel	Le processus de définition du nouveau décret démarre en 2022
EXTRANTS	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
Le cadre conventionnel formalisant les relations entre l'Agence et ses différents partenaires est adopté	Disponibilité des conventions de partenariat signées entre l'Agence de la CMU et les organisations mutualistes	Décompte	0	47	0	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; Archives	NA	NA	Portail documentaire de la CMU ; Archives	Une convention sera signée avec chacune des mutuelles départementales et l'UNAMUCS (financement de l'activité de finalisation des projets de convention déjà acquis). Les relations entre les Unions régionales de mutuelles de santé et les Services régionaux de la CMU sont à clarifier
	Disponibilité d'une convention cadre de partenariat signée entre l'Agence de la CMU et l'ONAMS	Décompte	0	1	0	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; Archives			Portail documentaire de la CMU ; Archives	
	Disponibilité d'une convention cadre de partenariat signée entre l'Agence de la CMU et le MSAS	Décompte	0	1	0	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; Archives	NA	NA	Portail documentaire de la CMU ; Archives	Le projet de convention déjà disponible. Le processus de partage et de validation sera entamé en 2022
	Disponibilité des conventions de partenariat signées	Décompte	0	33	85	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; Archives	NA	NA	Portail documentaire de la CMU ; Archives	Des conventions seront signées avec les 39 EPS, les 79 Districts sanitaires (à

entre l'Agence de la CMU et les prestataires												travers les secrétaires exécutifs des Districts)	
Disponibilité d'une convention cadre de partenariat signée entre l'Agence de la CMU et la PNA	Décompte	0	1	0	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; Archives	NA	NA	Portail documentaire de la CMU ; Archives	Le projet de convention déjà disponible. Le processus de partage et de validation sera finalisé en 2022	
Disponibilité d'une convention cadre de partenariat signée entre l'Agence de la CMU et les syndicats des Pharmaciens privés	Décompte	0		3	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; Archives	NA	NA	Portail documentaire de la CMU ; Archives	3 syndicats des pharmaciens privés	
Disponibilité d'une convention de partenariat révisée et signée entre l'Agence de la CMU et l'ASPS	Décompte	1	1	0	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; Archives	NA	NA	Portail documentaire de la CMU ; Archives	Une convention signée entre les deux parties prenantes existe, il s'agit de la réviser dans le cadre de l'extension du projet d'implication du secteur privé de la santé dans la CMU	
Disponibilité d'une convention de partenariat révisée signée entre l'Agence de la CMU et les centres de dialyse	Décompte	0		26	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; Archives	NA	NA	Portail documentaire de la CMU ; Archives	24 centres publics de dialyse et 2 privés	
Disponibilité d'une convention de partenariat signée entre l'Agence et l'ANSO	Décompte	0	1	0	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; Archives	NA	NA	Portail documentaire de la CMU ; Archives		
Disponibilité d'une convention cadre de partenariat signée entre l'Agence de la CMU et chacune des Universités (leurs Instituts de formation, de recherche et tout autre projets et programmes de recherche les concernant)	Décompte	0	3	3	2	2	5	Portail documentaire de la CMU ; Archives	NA	NA	Portail documentaire de la CMU ; Archives		
Disponibilité d'une convention de partenariat signée entre l'Agence de la CMU et des structures étatiques	Décompte	0	4	5	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; Archives	NA	NA	Portail documentaire de la CMU ; Archives	DER, ASP, Office national des pupilles de la nation (ONPN), PROVAL et autres structures étatiques	
Disponibilité d'une convention de partenariat signée entre l'Agence de la CMU et des structures non étatiques	Décompte	0	10	20	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; Archives	NA	NA	Portail documentaire de la CMU ; Archives	ONG, associations privées et autres	
OBJECTIF SPECIFIQUE 2.4 : Renforcer le management et la gouvernance de l'Agence													
RESULTAT D'EFFET LIÉ À L'O.S 2.4	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
2023	2024	2025	2026	2027									

Le management et la gouvernance de l'Agence sont renforcés	Disponibilité du manuel de procédures de gestion administrative et financière validé de l'Agence de la CMU	Décompte	1		1	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; archives	NA	NA	Délibération du Conseil de Surveillance (CS)	Il s'agit de la révision du manuel de procédures de l'Agence en prenant en compte les nouvelles orientations de mise en œuvre de la CMU		
	Disponibilité du PSD 2022-2027 validé de l'Agence de la CMU	Décompte	0	1	0	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; archives	NA	NA				
	Disponibilité du Plan validé de développement des ressources humaines de l'Agence de la CMU	Décompte	0	0	1	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; archives	NA	NA				
EXTRANTS	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES		2023	2024	2025	2026	2027	SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
Le dispositif organisationnel de l'Agence est renforcé	Disponibilité d'un plan de communication de l'Agence de la CMU	Décompte	1	1	1	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; archives	NA	NA	Délibération du Conseil de Surveillance (CS)			
	Disponibilité du document validé du cadre de suivi et d'évaluation du PSD 2022-2027 de l'Agence de la CMU	Décompte	0	1	0	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; archives	NA	NA	Délibération du Conseil de Surveillance (CS)			
	Nombre de personnels de l'Agence de la CMU formées sur le métier de l'assurance maladie	Décompte	0	40	90	80	50	70	Rapports de formation	NA	Trimestrielle	Rapports de formation			
	Nombre de personnels de l'Agence de la CMU formées sur les métiers supports	Décompte	0	30	40	50	60	70	Rapports de formation	NA	Trimestrielle	Rapports de formation			
	Disponibilité d'un outil de gestion des emplois et des compétences	Décompte	0	0	1	0	0	0	Archives des ressources humaines	NA	NA	Archives des ressources humaines			
	Niveau de mise en œuvre de l'outil de gestion des emplois et des compétences	Compétences acquises / compétences recherchées * 100	ND	0	50%	60%	75%	90%	Archives des ressources humaines	NA	NA	Archives des ressources humaines			
La communication est renforcée	Nombre de personnes touchées par les activités de communication de proximité	Décompte	ND	1 000 000	1 500 000	2 000 000	2 500 000	3 000 000	Portail documentaire CMU, Bibliothèque documentaire	Outils de suivi des activités de proximité	Trimestrielle	Rapport de suivi de l'ANACMU			
L'équité est renforcée au sein de l'Agence	Disponibilité d'un plan d'institutionnalisation de l'approche genre dans le cadre de la CMU	Décompte	0	0	1	0	0	0	Portail documentaire de la CMU ; archives	NA	NA	Délibération du Conseil de Surveillance (CS)			
Institutionnalisation l'approche genre au sein de l'Agence	Niveau de mise en œuvre du plan d'institutionnalisation de l'approche genre dans le cadre de la CMU	Nombre d'axes du plan d'institutionnalisation de l'approche genre mis en œuvre dans le cadre de la CMU / Nombre total d'axes * 100	NA	NA	20%	30%	40%	50%	Portail documentaire de la CMU ; archives	NA	NA	Délibération du Conseil de Surveillance (CS)			

Les documents du cadre normatif des RH CMU sont mis en œuvre	Proportion de documents normatifs liés à la gestion des RH de l'agence de la CMU mis en œuvre	Nombre de documents du cadre normatif des RH CMU mis en œuvre / Nombre de documents disponibles * 100	0	33%	66%	100%	100%	100%	Archives RH	NA	NA	Archives RH	Documents du cadre normatif des RH CMU ; l'accord d'établissement, Bilan social Règlement intérieur
Les modules opérationnels du SIGICMU sont effectivement utilisés au niveau national	Nombre de mutuelles de santé départementales dont les procédures de traitement des factures sont intégralement dématérialisées	Décompte	ND	4	46	46	46	46	Registre d'immatriculation des mutuelles de santé ; Système informatisé de traitement des factures ; Système informatisé de gestion de l'AM	Outils de suivi des mutuelles de santé	Trimestrielle	Système informatisé de traitement des factures ; Système informatisé de gestion de l'AM	L'utilisation concerne l'ensemble des procédures de gestion au niveau des mutuelles de santé. En 2022, les 2 UDAM existantes et les 2 autres MS départementales de Fatick (Gossas et Fatick)
	Proportion de factures dématérialisées reçues par les mutuelles de santé départementales dans le cadre de la gestion de la CMU	Nombre de factures globales mensuelles dématérialisées / Nombre total de factures globales mensuelles reçues par les mutuelles de santé * 100	ND	40%	100%	100%	100%	100%	Registre d'immatriculation des mutuelles de santé ; Système informatisé de traitement des factures ; Système informatisé de gestion de l'AM	Outils de suivi des mutuelles de santé	Trimestrielle	Convention cadre ; Rapports de suivi de la convention ; Système informatisé d'identification	
	Nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé départementales pris en charge dans le cadre de la portabilité	Décompte	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Convention cadre ; Rapports de suivi de la convention ; Système informatisé d'identification	Outils de suivi des mutuelles de santé	Trimestrielle	Convention cadre ; Rapports de suivi de la convention ; Système informatisé d'identification	Existence d'expériences pilotes sur la portabilité (Kaolack, Dakar, Kaffrine). Une mission spécifique est à envisager pour documenter les expériences de portabilité en cours
	Nombre de factures payées dans le cadre de la portabilité	Décompte	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Outils de suivi des mutuelles de santé	Trimestrielle	Convention cadre ; Rapports de suivi de la convention ; Système informatisé d'identification	
	Niveau de déploiement du module GESTAM du SIGICMU au niveau national	Nombre d'organisations mutualistes où le module GESTAM a été déployé / Nombre total d'organisations mutualistes * 100	45%	74%	100%	100%	100%	100%	Rapports de suivi du déploiement du SIGICMU	NA	NA	Rapports de suivi du déploiement du SIGICMU	269 MS+46 UDMSet UDAM sur un total de 650 MS (hors antennes UDAM) et 46 UDMS et UDAM
	Niveau d'utilisation du module GESTAM du SIGICMU au niveau national	Nombre d'organisations mutualistes utilisant le module GESTAM / Nombre total d'organisations mutualistes où le déploiement du GESTAM est effectif * 100	10%	10%	50%	83%	100%	100%	Rapports de suivi du déploiement du SIGICMU	NA	NA	Rapports de suivi du déploiement du SIGICMU	24 MS sur les 25 de Mbour et l'UDMS utilisent le GESTAM au quotidien ; Pour Thies et Tivaoune l'UDMS et les 2 MS pilotes l'utilisent au quotidien. Région Dakar : Département Pikine 12 MS sur 26 utilisent le GESTAM au quotidien
	Niveau de déploiement du module SITFAC du SIGICMU au niveau national	Nombre de structures de santé publiques où le module SITFAC a été déployé / Nombre total de	34%	46%	100%	100%	100%	100%	Rapports de suivi du déploiement du SIGICMU	NA	NA	Rapports de suivi du déploiement du SIGICMU	Le SITFAC a été déployé dans 518 structures de santé publiques de 6 régions (22 EPS dont 16 à Dakar; 46 CS et 450 PS)

		structures de santé publiques * 100										D'après la carte sanitaire de 2019, il y a au Sénégal: 1478 PS, 99 CS et 39 EPS (soit 1613 structures de santé)
	Niveau d'utilisation du module SITFAC du SIGICMU au niveau national	Nombre de structures de santé publiques qui utilisent le module SITFAC / Nombre total de structures de santé publiques où le déploiement du SITFAC est effectif * 100	ND	50%	50%	83%	100%	100%	Rapports de suivi du déploiement du SIGICMU	NA	NA	Rapports de suivi du déploiement du SIGICMU
Niveau d'opérationnalité du module de l'Entrepôt de Données Inter Régimes (EDIR) du SIGICMU	Niveau de déploiement du module EDIR du SIGICMU au niveau national	Nombre de régimes de couverture du risque maladie intégrés dans l'EDIR / Nombre total de régimes de couverture du risque maladie existants * 100	83%	83%	83%	100%	100%	100%	Rapports de suivi du déploiement du SIGICMU	NA	NA	Rapports de suivi du déploiement du SIGICMU
Le système d'archivage et de documentation de l'Agence est fonctionnel	Disponibilité d'un local d'archivage aménagé et équipé	Décompte	0	1	0	0	0	0	Rapports de suivi du déploiement du système d'information documentaire	NA	NA	Rapports de suivi du déploiement du système d'information documentaire
	Nombre de documents d'archives conservés	Décompte	0	1000	1200	1400	1600	2000	Portail documentaire CMU, Archives	Outil de suivi des archives	Trimestrielle	Rapports de suivi du déploiement du système d'information documentaire
	Niveau de déploiement de la solution GED/SAE	Nombre de sites où la solution GED/SAE est déployé/ nombre total de sites existants*100	0%	10%	50%	75%	85%	100%	Portail documentaire CMU, Bibliothèque documentaire	NA	Trimestrielle	Rapports de suivi du déploiement du système d'information documentaire
	Disponibilité d'une bibliothèque numérique opérationnelle	Décompte	0	1	0	0	0	0	Portail documentaire CMU, Bibliothèque documentaire	NA	NA	Rapports de suivi du déploiement du système d'information documentaire
	Nombre de consultations de la Bibliothèque numérique	Nombre d'utilisateurs de la bibliothèque numérique/le nombre prévu de la bibliothèque numérique*100	0%	25%	50%	75%	85%	100%	Portail documentaire CMU, Bibliothèque documentaire	Outil de suivi des archives	Trimestrielle	Rapports de suivi du déploiement du système d'information documentaire
Les bureaux CMU sont installés dans les EPS/CS et fonctionnels	Nombre de bureaux CMU installés	Décompte	16	32	72	167	167	167	Portail documentaire CMU, Bibliothèque documentaire	Outil de suivi des bureaux CMU	Trimestrielle	Rapports de suivi de la mise en place des bureaux CMU
	Proportion de bureaux CMU fonctionnels	Nombre de bureaux CMU fonctionnels / Nombre total de bureaux CMU installés * 100	0	95%	95%	95%	95%	95%	Portail documentaire CMU, Bibliothèque documentaire	Outil de suivi des bureaux CMU	Trimestrielle	Rapports de suivi de la fonctionnalité des bureaux CMU
Le cadre de recherche et des études est renforcé	Disponibilité du Plan directeur de Recherche 2022-2024	Décompte	PDR 2017-2020	1	0	0	0	0	Portail documentaire CMU,	NA	NA	Portail documentaire CMU,

									Bibliothèque documentaire			Bibliothèque documentaire	2022. En 2025 le PDR 2025-2027 sera élaboré
	Mise en œuvre du Plan directeur de Recherche 2022-2024	Nombre d'études réalisées / Nombre d'études prévues * 100	ND	20%	20%	20%	20%	20%	Portail documentaire CMU, Bibliothèque documentaire	NA	NA	Portail documentaire CMU, Bibliothèque documentaire	
Les résultats de la recherche aident dans la prise de décision	Niveau de mise en œuvre des recommandations issues des résultats des études menées dans le cadre de la CMU	Nombre de recommandations prise en compte dans les décisions / Nombre de recommandations proposées * 100	ND	20%	30%	35%	40%	50%	Portail documentaire CMU, Bibliothèque documentaire	Outil de suivi des recommandations des études	Trimestrielle	Un plan de suivi des recommandations issues des résultats des études menées dans le cadre de la CMU sera élaboré	
OBJECTIF SPECIFIQUE 2.5 : Contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations à travers des mécanismes d'achats stratégiques													
RESULTAT D'EFFET LIÉ À L'O.S 2.5	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
				2023	2024	2025	2026	2027					
Les dépenses de prestations sont maîtrisées	Proportion de référentiels mis en œuvre par la fonction contrôle médical pour encadrer l'achat des prestations	Nombre de référentiels mis en œuvre par la fonction contrôle médical / Nombre de référentiels mis à disposition par la fonction contrôle médical pour encadrer l'achat des prestations * 100	63%	63%	75%	81%	94%	100%	Archives et portail documentaire ACMU; Rapports de contrôle médical	Outils de suivi de la mise en œuvre du contrôle médical	Trimestrielle	Rapports de contrôle médical	Guide de contrôle médical des OM; Manuel de procédures du Contrôle médical; Normes et protocoles opposables; Liste des médicaments éligibles; Liste des médicaments exclus; 8 Protocoles de Contrôle médical (0_5 ans, SéSAME, parcours de soins, gros consommateurs, cesarienne, dialyse, officines, organisations mutualistes); Liste des prestations de santé éligibles hors médicaments; Manuel de procédures sur la qualité des prestations dans le cadre de la CMU; Manuel d'accréditation des structures de santé dans le cadre de la CMU
EXTRANTS	INDICATEURS	METHODES DE CALCUL	CIBLE DE REFERENCE	CIBLES					SOURCES DE COLLECTE	OUTILS DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	SOURCES DE VERIFICATION	OBSERVATIONS
				2023	2024	2025	2026	2027					
Le personnel de l'Agence de la CMU est capacitée sur le métier de contrôle médical	Nombre de personnels de l'Agence de la CMU capacitée sur le métier de contrôle médical	Décompte	0	20	40	40	40	40	Rapports de formation	NA	Trimestrielle	Rapports de formation	
Les parties prenantes sont capacités sur le contrôle médical	Nombre d'acteurs capacitée dur le contrôle médical	Décompte	0	40	100	150	200	250	Rapports de formation	NA	Trimestrielle	Rapports de formation	

Annexe 6 : Présentation des risques majeurs avec leur niveau de criticité notée sur vingt-cinq points

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	LIGNES D'ACTIONS	RISQUES IDENTIFIES	CRITICITÉ
Extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie à travers l'assurance maladie et l'assistance médicale	Réformer l'Assurance Maladie	Rendre obligatoire l'AM	Difficultés dans la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire	16,8
			Résistance au changement par les populations	17,6
		Relèvement du niveau de mise en commun des risques	Résistance des acteurs au changement	18,22
		Professionnalisation de la gestion des organisations mutualistes	Désaccord sur les modalités de mise en œuvre du relèvement du niveau de mise en commun des risques	17,2
			Insuffisance des ressources financières	15,87
		Réviser les paramètres techniques de mise en œuvre du programme	Insuffisance des ressources financières	17,2
			Lenteurs administratives dans les processus de prise de textes réglementaires nécessaires à l'encadrement des paramètres révisés	16,86
	Rendre soutenables les dispositifs d'assistance médicale	Rendre efficents les dispositifs d'assistance médicale	Difficultés dans l'identification des cibles de l'assistance médicale	16,72
			Redondance dans l'enregistrement des bénéficiaires d'autres régimes de couverture	16,33
	Renforcer la gestion du programme CMU (Communication, Digitalisation, (fonction support)	Renforcer le ciblage et la prise en charge des indigents et groupes vulnérables	Surestimation du nombre des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs CEC enrôlés	15,16
		Impulser le changement de comportement à travers des activités de communication	Résistance au changement des acteurs	15,87
		Poursuivre la digitalisation de la gestion du programme de CMU	Non utilisation des modules du SIGICMU	17,27

		Poursuivre la digitalisation de la gestion du programme de CMU	Non utilisation des modules du SIGICMU Non utilisation des modules du SIGICMU Lenteur dans le traitement des factures des initiatives de gratuité Défaut de facturation à temps réel	17,68 15,87 15,49 15,17
Renforcement de la mobilisation des ressources, de l'approche multisectorielle et de la gouvernance	Développer des mécanismes de mobilisation de ressources additionnelles au profit du programme de la CMU	Efficience dans l'utilisation des ressources	Faible prise en compte des priorités dans l'allocation et l'utilisation des ressources	16
	Renforcer l'approche multisectorielle dans le cadre de la mise en œuvre du programme	Mise en cohérence des régimes de couverture du risque financier lié à la maladie	Faible mise en cohérence des systèmes d'informations des différents régimes de couverture du risque maladie y compris le RNU	15,49
			Non mise à disposition des bases de données par les autres régimes	15,29
			Non effectivité de la mise à jour de l'entrepôt de données par les parties prenantes	16,24
	Contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations par le renforcement des dispositifs de contrôle médical	Optimisation de l'achat des prestations	Non appropriation des référentiels de contrôle médical disponibles par les acteurs	15,77

Annexe 7 : Plan détaillé de mitigation des risques

LIGNES D'ACTIONS	RISQUES MAJEURS	CAUSES	CONSEQUENCES	ACTIONS DE MITIGATION	ACTIVITÉS DÉTAILLÉES	RESPONSABLE	SUPERVISEUR	COUT	PÉRIODICITÉ	
									DEBUT	FIN
Rendre obligatoire l'AM	Difficultés dans la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire	Absence d'une loi rendant obligatoire l'adhésion à un système assuranciel	Faiblesse du taux de couverture du risque maladie des populations	Mener un fort plaidoyer pour l'adoption d'une loi et de textes d'application rendant obligatoire l'adhésion à un système assuranciel		DAJP	SG	20 000 000	Janv-23	Déc-23

	Résistance au changement par les populations	Non appropriation du caractère obligatoire de l'Assurance Maladie par les populations	Faiblesse du taux de couverture du risque maladie des populations	Intensifier la communication pour le changement de comportement des populations	Organiser des activités de communication de proximité (VAD, Causeries, Caravanes) Organiser des émissions et spots Reproduction de supports de communication	DO	DG	30 000 000	Janv-23	Déc-23
Relèvement du niveau de mise en commun des risques	Résistance des acteurs au changement	Non acceptation du modèle proposé	Difficultés dans la mise en œuvre du modèle proposé	1-Mener un fort plaidoyer avec l'ensemble des acteurs sur la nécessité d'un changement de dispositif organisationnel 2-Recruter un expert en conduite du changement pour accompagner l'Agence dans la mise en place du nouveau dispositif	1-Organiser des rencontres de partage et d'orientations avec les différents acteurs sur la nécessité de relever le niveau du pooling 2-Recruter un expert en conduite du changement pour accompagner l'Agence dans la mise en place du nouveau dispositif	DO	DPRESE	40 000 000	Avr-23	Déc-23
	Désaccord sur les modalités de mise en œuvre du relèvement du niveau de mise en commun des risques	Intérêts divergents	Difficultés dans la mise en œuvre du modèle proposé					90 000 000		
Professionnalisation de la gestion des organisations mutualistes	Insuffisance des ressources financières	Faible collecte des cotisations	Mauvaise qualité des services rendus par l'équipe des OM	Développement des stratégies de collecte des cotisations	Recruter des collecteurs de cotisations	DO	DPRESE	165 600 000	Janv-24	Déc-27
	Insuffisance des ressources financières	Retard dans le versement des subventions	Mauvaise qualité des services rendus par l'équipe des OM	1-Mener un fort plaidoyer auprès des autorités pour la mobilisation de ressources nécessaires aux subventions dans les délais 2-Accélérer le processus de mobilisation des ressources destinées au paiement des subventions		DO	DPRESE	-	Janv-24	Déc-27
Réviser les paramètres techniques de mise en œuvre du programme	Lenteurs administratives dans les processus de prise de textes réglementaires nécessaires à l'encadrement des paramètres révisés	Lourdeur des procédures	Difficultés dans l'application des paramètres	Mener un plaidoyer pour l'élaboration de textes réglementaires encadrant les paramètres techniques de mise en œuvre du programme		DAJP	SG	-	Janv-24	Déc-27
Rendre efficents les dispositifs d'assistance médicale	Difficultés dans l'identification des cibles de l'assistance médicale	Inadéquation du mécanisme de ciblage	Coût élevé de la prise en charge des cibles	1- Renforcer les mécanismes d'identification des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC 2- Mettre en place des mécanismes d'identification des cibles des initiatives gratuites 3- Mettre en place un dispositif d'immatriculation des bénéficiaires des politiques d'assistance médicale (Carte d'assurance, centralisation de l'identification et de l'immatriculation des		DO	DPRESE	80 000 000	Janv-24	Déc-27

				bénéficiaires au niveau de l'ANACMU, ...)					
	Redondance dans l'enregistrement des bénéficiaires d'autres régimes de couverture	Défaut d'interopérabilité des bases de données des autres régimes de couverture	Non soutenabilité financière du programme	Rendre opérationnel l'entrepôt de données intégrant les bénéficiaires des différents régimes de couverture du risque maladie		DSI	DPRESE	Inclut dans le coût de l'opérationnalisation des modules du SIGICMU	Janv-24 Déc-27
Renforcer le ciblage et la prise en charge des indigents et groupes vulnérables	Surestimation du nombre des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs CEC enrôlés	Faiblesse dans le contrôle de l'effectivité de l'enrôlement	Surestimation du niveau d'enrôlement des BSF et CEC	Mener régulièrement des activités de contrôle de l'effectivité de l'enrôlement des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC		DO	DPRESE	90 500 000	Janv-24 Déc-27
Impulser le changement de comportement à travers des activités de communication	Résistance au changement des acteurs	Quasi absence de communication pour le changement de comportement	Faiblesse taux de couverture	Intensifier la communication pour le changement de comportement des populations	Organiser des activités de communication de proximité (VAD, Causeries, Caravanes)	DO	DPRESE	230 000 000	Janv-24 Déc-27
Poursuivre la digitalisation de la gestion du programme de CMU	Non utilisation des modules du SIGICMU	Problèmes de connectivité	Non rationalisation des ressources du programme	Rendre opérationnel les modules du SIGICMU en mode hors connexion		DSI	DPRESE	960 006 400	Janv-24 Déc-27
Poursuivre la digitalisation de la gestion du programme de CMU	Non utilisation des modules du SIGICMU	Plateforme exigeant un débit élevé par rapport aux besoins de connexion	Pas de reporting de données	1-Revoir le développement de la plateforme du SIGICMU pour le rendre plus accessible sur l'étendue du territoire national quel que soit le débit de connexion 2-Mobilisation des ressources (ressources supplémentaires) pour le déploiement du SIGICMU; 3-Travailler dans une démarche participative et inclusive avec les acteurs concernés ; 4- Impliquer l'autorité de régulation et les opérateurs téléphoniques dans le processus de déploiement du système d'information 5- Interfacer les logiciels de facturation des prestataires et le système d'information de la CMU ;		DSI	DPRESE	Inclut dans le coût de l'opérationnalisation des modules du SIGICMU	Janv-24 Déc-27
	Non utilisation des modules du SIGICMU	Plateforme exigeant débit élevé par rapport aux besoins de connexion	Impossibilité dans le traitement des factures						Janv-24 Déc-27
	Lenteur dans le traitement des factures des initiatives de gratuité	Absence d'inter opérabilité entre les logiciels actuels de facturation des prestataires et le système d'information de la CMU	Arrêt de la prise en charge des bénéficiaires par les structures de prestations de soins						Janv-24 Déc-27
	Défaut de facturation à temps réel	Absence d'inter opérabilité entre les logiciels actuels de facturation des prestataires et le système d'information de la CMU	Lenteur dans le traitement des factures des initiatives de gratuité et de l'Assurance Maladie						Janv-24 Déc-27

Efficience dans l'utilisation des ressources	Faible prise en compte des priorités dans l'allocation et l'utilisation des ressources	Absence de critères plus pertinents dans l'allocation et l'utilisation des ressources	Inefficience dans l'utilisation des ressources	Définir et mettre en application des critères pertinents d'allocation et d'utilisations des ressources		DAF	CCG	-	Janv-24	Déc-27
Mise en cohérence des régimes de couverture du risque financier lié à la maladie	Faible mise en cohérence des systèmes d'informations des différents régimes de couverture du risque maladie y compris le RNU	Absence d'un cadre de pilotage fonctionnel de l'entrepôt des données	Difficultés dans le ciblage des bénéficiaires du programme	Renforcer la fonctionnalité du cadre de pilotage de l'entrepôt des données		DSI	DPRESE	Inclut dans le coût de l'opérationnalisation des modules du SIGICMU	Janv-24	Déc-27
	Non mise à disposition des bases de données par les autres régimes	Non maîtrise du logiciel EDIR par les acteurs	Difficultés dans le ciblage	Mener des activités de formation des utilisateurs de l'entrepôt des données					Janv-24	Déc-26
	Non effectivité de la mise à jour de l'entrepôt de données par les parties prenantes	Inadaptation des systèmes d'Informations des différents régimes rendant difficile la migration des données vers EDIR	Difficultés dans le ciblage	Adapter les systèmes d'Informations des différents régimes pour faciliter la migration des données vers EDIR					Janv-24	Déc-26
Optimisation de l'achat des prestations	Non appropriation des référentiels de contrôle médical disponibles par les acteurs	Absence de cadre formalisant le contrôle médical	Les dépenses de prestations de soins ne sont pas maîtrisées	1-Renforcer la fonction de contrôle médical (RH et formation) 2-Mettre en place un cadre formalisant le contrôle médical 3-Elaborer les référentiels de contrôle médical dans les meilleurs délais		DCM	DPRESE	47 841 100	Avr-23	Déc-23