

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un peuple – Un but – Une foi

Ministère de l'Economie et des Finances

**Cellule de Suivi du Programme de Lutte contre la Pauvreté
(CSPLP/MEF)**

REVUE DSRP II

**AXE III : PROTECTION SOCIALE, PREVENTION ET
GESTION DES RISQUES ET CATASTROPHES**

SOUS COMPOSANTE : EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE

Rapport Final

Consultant du sous groupe

Ousmane SOW, Socio-économiste

REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé grâce à la collaboration de plusieurs acteurs notamment des responsables membres du groupe de travail de l'axe3 du DSRPII : « Protection sociale et gestion des risques et catastrophes » ainsi que d'autres acteurs parties prenantes dans la mise en œuvre de systèmes de protection sociale au Sénégal, notamment les structures d'appui et les responsables de mutuelles de santé. Nous tenons à les remercier tous pour leur contribution de qualité tout en nous réjouissant de leur engagement dans l'œuvre de promotion de mécanismes de solidarité pour l'extension de la protection sociale aux populations particulièrement affectées par la pauvreté.

Des remerciements particuliers aux membres sous groupe de travail sur l'extension de la protection sociale qui ont fait preuve de beaucoup de disponibilité et de générosité dans la production de ce rapport. De même, nous exprimons notre reconnaissance particulière au Président du groupe de travail de l'axe 3, M. Ousmane KA et son secrétariat pour nous avoir facilité la tenue de réunions de validation entre les membres de notre sous-groupe.

I - Introduction	5
1.2- Rappel du contexte et des objectifs	5
1.2- Rappel des objectifs du rapport	6
1.3- Situation générale de la protection sociale	7
II- Revue de l'OS1 : Renforcement des MS et amélioration du système d'assurance maladie	7
2.1- Acquis/Avancées	8
2.2- Difficultés/limites	9
2.3- Perspectives	10
III- Revue de l'OS2 : Mise en place des mécanismes de prise en charge des maladies pour les personnes vulnérables	11
3.1-Acquis/Avancées	12
3.2- Difficultés/Limites	15
3.3- Perspectives	15
IV- Revue de l'OS3 : Mise en place des systèmes de prévoyance sociale pour les personnes exerçant le métier de l'agriculture et les acteurs économiques du secteur informel, de l'artisanat,	16
...	
4.1- Régime de Protection Sociale Agro-sylvopastorale	17
4.1.1- Les avancées	18
4.1.2- Difficultés/Limites	18
4.1.3- Perspectives	20
4.2- Mutuelle Sociale du secteur des transports routiers	20
4.2.1- Les avancées	21
4.2.2- Difficultés/Limites	22
4.2.3- Perspectives	22
4.3- Initiatives de mise en place de régimes pour les autres corps de métiers	22
V- Leçons apprises	22
VI- RECOMMANDATIONS GENERALES	26
VII- Matrice des mesures revues	28
Annexes	32
Annexe : Tableaux de synthèse de la revue	33

SIGLES ET ABBREVIATIONS

BIT Bureau International du Travail

CAFSP Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat

CNCR Conseil National de Concertation et de Coopération des Ruraux

CSPLP Cellule de Suivi du Programme de Lutte Contre la Pauvreté

DAS Direction de l'Action Sociale

DSRP Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

GIE Groupement d'Intérêt Economique

MEF Ministère de l'Economie et des Finances

MSPM Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

MS Mutuelle de Santé

OP Organisation de Producteurs

ONG Organisation Non Gouvernementale

PAP Programme d'Action Prioritaire

SNPS Stratégie Nationale de Protection Sociale

STEP Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté

I - Introduction

Le Gouvernement du Sénégal a initié depuis 2003 un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Ce document constitue le cadre de référence en matière de politique économique et sociale pour la croissance et la réduction de la pauvreté en conformité avec les objectifs du millénaire pour le développement. Celui-ci a fait l'objet d'une réactualisation pour couvrir la période 2006-2010 à la suite d'une revue en 2005.

Pour assurer une bonne mise en œuvre des stratégies retenues, le Gouvernement a pris l'option de mettre en place un cadre institutionnel souple et participatif de suivi sur la base des principes de transparence, d'efficacité et de célérité. La Cellule du Programme de Lutte Contre la Pauvreté du Ministère de l'Economie et des Finances (CSPLP/MEF) qui assure le secrétariat de cet organe de pilotage et de suivi s'est appropriée ces principes en mettant en place des groupes thématiques autour des quatre axes stratégiques. Au-delà du travail de suivi assuré à travers ce dispositif institutionnel, il est retenu de passer en revue de façon plus documentée l'état d'avancement de la mise en œuvre du Programme d'Action Prioritaire (PAP) relatif au DSRPII.

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de cette revue annuelle conjointe menée de manière participative par les acteurs impliqués dans le suivi des orientations et des objectifs du DSRPII. Il a trait à l'axe stratégique 3 : « Protection sociale et gestion des risques et catastrophes » et plus spécifiquement à la sous composante : « Extension de la protection sociale.

Conformément à la démarche participative et itérative préconisée, ce travail est le résultat d'un processus d'échanges à travers des rencontres de groupe (atelier de lancement et mini atelier de validation avec membres sous groupe) doublé d'un recueil de données complémentaires à travers des entretiens individuels plus ciblés et l'exploitation de documents de services ministériels et de rapports d'études récentes dans le secteur de la protection sociale.

L'atelier de mise à niveau organisé par la CSPLP/MEF les 16 et 17 avril 2008 à l'hôtel Ngor Diarama a été une étape cruciale de ce processus pour avoir permis des échanges directs au sein du sous groupe de travail « extension de la protection sociale », ayant débouché sur la réactualisation de la matrice des mesures du PAP concernant ce volet. Les différents éléments recueillis font ici l'objet d'une systématisation et d'une analyse conformément aux termes de référence¹ assignés au consultant.

1.2- Rappel du contexte et des objectifs

L'extension de la protection sociale aux populations du monde rural et du secteur informel en général, est une priorité du gouvernement du Sénégal qui en a fait un des piliers stratégiques de sa politique de croissance et de réduction de la pauvreté. Dans un contexte où moins de 20% seulement de la population totale bénéficient d'une couverture sociale, l'extension de celle-ci aux groupes exclus devient un défi majeur à relever, d'autant plus qu'il est établi, à travers les premiers rapports d'avancement du DSRP première génération, que l'absence de protection sociale participe des facteurs majeurs de basculement ou de maintien des populations dans la pauvreté. Il est ressorti

¹ Voir TDRs en annexe

du diagnostic que les ménages aussi bien en milieu rural qu'urbain sont exposés à une variété de chocs qui les empêchent d'accumuler les biens et le capital humain susceptibles de les libérer de la pauvreté. Ces chocs qui affectent globalement toutes les communautés de bases accentuent la précarité des ménages et les maintiennent dans une situation de vulnérabilité. C'est pourquoi, le Gouvernement du Sénégal, à travers ses différents instruments d'orientation et de mise en œuvre de sa politique tels que le DSRP II et la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS), a opté pour l'extension de la protection sociale aux groupes les plus vulnérables afin de réduire l'impact de ces chocs.

L'application de cette nouvelle vision stratégique dans un contexte très marqué par la pauvreté, met d'abord l'accent sur les risques liés à la maladie en ce sens que la richesse des pauvres réside dans leur santé qui constitue leur atout et leur potentiel le plus précieux² comme l'indique l'OMS. En effet, « la santé favorise une participation plus efficace à la production de richesses ; dès lors la lutte contre la maladie et la promotion de la santé peuvent être considérées comme deux maillons essentiels du combat contre la pauvreté et du développement humain. »³.

Ainsi, l'un des défis majeurs à relever dans le cadre du DSRP II conformément aux Objectifs du Millénaire pour la Développement (OMD) consiste à porter le taux de couverture du risque maladie à 50% d'ici 2015. Autrement dit, il s'agira d'étendre la protection sociale à plus de 30% de la population exclue des dispositifs actuels de couverture du risque maladie. Pour porter ce challenge, le Gouvernement du Sénégal s'est fixé trois objectifs principaux à travers le Programme d'Action Prioritaire 2006-2010. Il s'agit de :

- Renforcer les mutuelles de santé et améliorer le système d'assurance maladie ;
- Mettre en place des mécanismes de prise en charge de maladies pour les personnes vulnérables ;
- Mettre en place des systèmes de prévoyance sociale pour les personnes exerçant le métier de l'agriculture et les acteurs économiques du secteur informel et de l'artisanat.

1.2- Rappel des objectifs du rapport

En regard des objectifs annoncés ci-dessus concernant le sous secteur relatif à l'extension de la protection sociale, il s'agira, dans le cadre de ce travail, de faire le point sur l'état d'avancement des réalisations et d'analyser les indicateurs du DSRP II qui s'y réfèrent dans la matrice des mesures. Plus spécifiquement, il est question pour l'essentiel :

- d'effectuer un diagnostic situationnel sur la sécurité sociale des travailleurs du secteur informel au Sénégal,
- d'analyser les réponses stratégiques préconisées dans le cadre de l'extension de la sécurité sociale à certaines catégories de travailleurs évoluant dans le secteur informel (les ruraux et les routiers,
- d'analyser l'état d'avancement de la mise en œuvre des régimes de protection sociale ciblés sur les ruraux et les routiers, en mettant l'accent sur les aspects relatifs à l'assurance maladie,

² Voir Document de Stratégie Nationale de Protection Sociale qui paraphrase une formule de l'OMS

³ SNPS p 77

- analyser pour chaque programme de protection sociale, le ciblage, le suivi et l'évaluation des actions dirigées vers les bénéficiaires concernés
- Etudier les possibilités de faire profiter des expériences de ces initiatives à d'autres corps de métier
- Analyser la participation des acteurs (Etat, secteur privé et bénéficiaires) et leur perception par rapport aux régimes de protection sociale mise en place.

1.3- Situation générale de la protection sociale

Le paysage actuel du secteur de la protection sociale connaît une évolution significative depuis l'adoption par le Gouvernement du Sénégal d'une Stratégie Nationale de Protection Sociale dont les principaux axes sont intégrés comme piliers du DRSP II. Aussi bien sur le plan institutionnel que de la dynamique des acteurs, des initiatives innovantes sont en train de prendre forme et touchent particulièrement l'amélioration du cadre juridique et réglementaire, la formulation et l'expérimentation de nouveaux dispositifs d'extension de la protection sociale aux populations vulnérables. Des acquis non négligeables sont notés de part et d'autres mais le secteur peine à atteindre sa vitesse de croisière du fait de l'insuffisance de l'engagement financier attendu de l'Etat à hauteur des ambitions escomptées. Les gaps financiers identifiés dans le PAP restent encore non résorbés faute d'inscription budgétaire. Parmi les nouveaux dispositifs prévus dans ce cadre, seul le Plan SESAME destiné à la couverture maladie des personnes âgées de 60 ans et plus, a bénéficié d'une inscription budgétaire exécutée pour l'année 2007.

Toutefois, des ressources importantes ont été injectées sous forme de subvention dans le cadre des dispositifs déjà existants destinés à l'assistance aux groupes vulnérables notamment les systèmes de gratuités relatifs à la prise en charge des affections à soins coûteux, des accouchements et césariennes, des soins de santé pour les indigents, etc. Une meilleure articulation entre ces dispositifs et les mesures d'extension de la protection sociale rendrait plus visible les efforts fournis par l'Etat et faciliterait leur coordination et leur suivi dans le cadre du DSRP II.

II- Revue de l'OS1 : Renforcement des MS et amélioration du système d'assurance maladie

L'analyse situationnel du sous secteur par rapport à cet objectif stratégique fait ressortir un relatif dynamisme dans les initiatives entreprises à la fois par l'Etat, les partenaires au développement et les communautés de base. L'Etat affiche une claire volonté de promotion de systèmes innovants de couverture maladie qui soient articulés avec les dynamiques communautaires et la capacité contributive des populations cibles. Il a soutenu depuis quelques années avec ses partenaires au développement et certaines organisations de la société civile (ONG, Organisation socioprofessionnelles, etc.), l'émergence et le développement des Mutuelles de santé au profit des populations exclues des systèmes formels de sécurité sociale. Les difficultés d'accès aux soins de santé, étant ressorti comme un des facteurs majeurs de vulnérabilité, devaient justifier l'orientation prioritaire faisant de la couverture maladie le premier pallier à assurer dans le cadre de l'extension de la protection sociale. Cette option stratégique se reflète à travers l'objectif stratégique du PAP consistant à « renforcer les mutuelles de santé et améliorer le système d'assurance maladie ».

Le Ministère de la santé et de la Prévention par le biais de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CASFP) est le principal acteur gouvernemental particulièrement impliqué dans la mise en œuvre de cette stratégie. Plusieurs activités ont été menées au moyen des ressources prévues pour le fonctionnement de cette structure mais aussi grâce à l'appui technique et financier de partenaires stratégiques comme le BIT/ STEP, l'USAID, le PROMUSAF, la Coopération belge entre autres. Ces ressources ont généralement servi à la réalisation d'études thématiques, la conduite de processus participatifs sur des initiatives innovantes, l'évaluation de dispositifs d'extension de la couverture maladie en cours de mise en œuvre. La démarche participative a été érigée comme socle essentiel dans les projets initiés au niveau ministériel. Un comité de pilotage regroupant l'ensemble des parties prenantes concernées a été institué au lancement de chaque processus pour assurer la participation et la transparence requise. Ce comité définit les grandes orientations et les objectifs à atteindre et s'appuie sur un groupe de travail désigné en son sein pour un mandat plus spécifique. Il en a été ainsi pour ce qui concerne la réflexion sur le cadre de conventionnement entre les mutuelles de santé et l'offre de soins, la mise en place de nouveaux régimes de protection sociale (notamment pour les personnes exerçant les métiers de l'agriculture et les travailleurs du secteur des transports routiers), etc.

Par ailleurs, il faut signaler que trois actions prioritaires étaient prévues dans le cadre de cet objectif stratégique avec une échéance fixée pour 2009-2010. Il s'agit de

- l'appui au dispositif de mise en œuvre et de suivi de l'extension de la protection sociale ;
- la promotion du partenariat entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins ainsi que le renforcement du cadre national de concertation sur la mutualité ;
- la mise en place de plans de communication pour la promotion des mutuelles de santé

Les prévisions de ressources indiquées par le DSRP étaient de 1,5 milliard pour 2007 sans aucune affectation par rapport à la source de financement. Le même montant étant aussi prévu pour 2008 nous ramène à un gap théorique de 3 milliards à résorber.

Même si, beaucoup d'activités réalisées par le gouvernement et ses partenaires concourent effectivement à l'atteinte de cet objectif stratégique, il est difficile d'établir un lien direct du point de vue financier entre celles-ci et les dépenses budgétaires exécutées par le Ministère concerné. L'une des difficultés relève surtout du manque de visibilité dans la traduction des actions inscrites dans le PAP en projets ou programmes spécifiques faisant l'objet d'une prise en charge dans la programmation budgétaire au niveau ministériel.

Toutefois, les constats suivants montrent qu'il y a bien des avancées dans l'évolution de la stratégie dans le domaine du renforcement des mutuelles de santé et de l'amélioration du système d'assurance maladie.

2.1- Acquis/Avancées

Des acquis importants sont notés dans le secteur à la fois au niveau stratégique et opérationnel. Même si, certains n'ont pas été réalisés à la suite du PAP, ils méritent d'être relevés du fait de leur caractère stratégique marquant fortement l'évolution et le renforcement du mouvement mutualiste. Il s'agit notamment de :

- ✓ l'existence depuis 2004 d'un Plan de Développement Stratégique des Mutuelles de Santé au Sénégal. Ce document a identifié toutes les faiblesses liées au développement des mutuelles

de santé à la fois au niveau stratégique et opérationnel et a indiqué des orientations prises en compte dans la SNPS et le DSRP II.

- ✓ l'existence d'une loi régissant les mutuelles de santé
- ✓ la réflexion très avancée sur un cadre juridique des Mutuelles de Santé dans l'espace UEMOA a été menée sous l'impulsion du BIT. Ce processus a abouti à l'élaboration d'un projet de textes harmonisant le cadre juridique applicable aux mutuelles de santé dans l'espace UEMOA.
- ✓ l'élaboration d'un cadre de conventionnement entre les Mutuelles de Santé et les Prestataires de soins. Ce processus a été porté par un groupe de travail impliquant tous les acteurs concernés. Il a permis un large consensus sur le projet de convention cadre entre les formations sanitaires et les mutuelles de santé au Sénégal
- ✓ l'évaluation de la contribution des Mutuelles de Santé dans le financement de la santé. Celle-ci donne une visibilité sur l'enjeu des mutuelles de santé dans le système de santé et permet d'établir une bonne situation de référence qui devrait faciliter le suivi de l'évolution des mutuelles de santé dans le financement de la santé
- ✓ l'élargissement du mouvement mutualiste. D'environ 80 mutuelles de santé fonctionnelles en 2003, le nombre de mutuelles de santé est passé en 2008 à 128 d'après l'enquête récente sur les comptes nationaux de la santé initiée par le Ministère de la Santé et de la Prévention (mois de janvier)

Par ailleurs, d'autres actions reflétant le dynamisme de ce sous secteur ont eu trait aux activités menées par le Ministère de la santé et de la prévention ainsi que les partenaires pour accompagner les mutuelles de santé et leurs structures faîtières dans le suivi de leurs activités, le renforcement de leurs capacités de gestion (formations), etc. Avec cet appui, le mouvement mutualiste sénégalais est membre fondateur de l'Union Africaine pour la Mutualité (UAM) et participe aux activités du réseau dénommé « Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre ». Ce réseau est soutenu par plusieurs promoteurs impliqués dans l'extension de la protection sociale à l'échelle mondiale (BIT/Step, USAID, WSM, GTZ, PROMUSAF, etc.)

2.2- Difficultés/limites

L'absence de projets spécifiques portés par l'Etat à travers le Ministère de tutelle en charge des mutuelles de santé qui soient bien articulés avec l'objectif stratégique, ne semble pas faciliter sa prise en compte effective dans la mobilisation des ressources à travers le budget du gouvernement. Mais, cette situation semble actuellement bien comprise par les autorités du Ministère de la Santé et de la Prévention qui sont en train de traduire cet objectif à travers un document de politique opérationnel intitulé « stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des sénégalais ».

Toutefois, il est à noter que le sous-secteur reste caractérisé par des faiblesses dont les effets peuvent agir comme des tendances lourdes susceptibles de menacer le développement des

mutuelles de santé. Leur prise en compte est indispensable dans toutes initiatives à entreprendre à l'avenir. Il s'agit entre autres, de :

- La faiblesse de l'appui de l'Etat au développement des mutuelles de santé (technique et financier)
- La faiblesse de la capacité contributive des ménages, surtout dans les mutuelles communautaires,
- L'inexistence de mécanismes de subvention par l'Etat et ses démembrements
- L'insuffisance de l'environnement juridique du développement des mutuelles de santé ; loi votée mais pas accompagnée d'un décret d'application
- La faible implication du personnel de santé dans la promotion des mutuelles de santé
- La faible implication des collectivités locales dans la promotion des mutuelles de santé
- La faiblesse dans la coordination des interventions d'appui aux mutuelles (structures d'appui et Ministère)
- L'absence de mécanismes de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des politiques et programmes
- La faiblesse de la capacité de gestion
- La faiblesse de la taille des MS communautaires
- Le faible taux de pénétration

2.3- Perspectives

Les réponses préconisées à travers cet objectif stratégique en terme d'actions prioritaires demeurent pertinentes mais elles doivent être renforcées par d'autres actions dans l'optique de corriger les limites relevées plus haut. En regard du dynamisme noté dans le secteur, des difficultés rencontrés et des opportunités offertes par le nouvel environnement institutionnel favorable, l'Etat se doit de marquer davantage son leadership et son rôle de catalyseur des dynamiques communautaires en faveur de l'extension de la protection sociale aux populations exclues des systèmes existants. Pour ce faire, de nouvelles actions prioritaires sont préconisées et doivent être traduites en projets ou programmes concrets pris en charge dans le cadre de la programmation du budget annuel du gouvernement. Il s'agit de prévoir dans la matrice des mesures du DSRP les priorités suivantes :

- ✓ Soutien matériel, financier et méthodologique aux structures faïtières et aux mutuelles de santé existantes et émergentes. La CAFSP qui assure la tutelle des Mutuelles de santé devrait être suffisamment renforcée en moyens lui permettant de mieux jouer son rôle d'accompagnement dans ces processus. Il lui revient à ce titre de faire preuve de force de proposition pour traduire cette action en programme opérationnel en rapport avec les partenaires intéressés.
- ✓ Développement progressif de structures faïtières vers la création au moins d'une union par région. En dépit du travail important réalisé sur le terrain par les structures d'appui en terme de structuration et de renforcement de capacités, la coordination et le suivi devrait être renforcés à ce niveau pour permettre une meilleure visibilité de ces actions et leur articulation budgétaire avec le PAP. Le cadre national de concertation qui regroupe les différents acteurs du mouvement mutualiste devrait être davantage mis à profit pour répondre à cette préoccupation.

- ✓ Appui aux unions de mutuelles de santé dans le suivi des activités des mutuelles membres. En plus des initiatives développées sous l'impulsion de structures d'appui comme le PROMUSAF, le projet FPS/USAID, l'ONG ACDEV, le BIT/STEP entre autres, il s'agira de se doter d'instruments appropriés pour les rendre plus visibles au niveau central. La CAFSP devrait se montrer plus engagée pour la mise en cohérence de ces initiatives et leur articulation budgétaire au PAP.
- ✓ Appui aux initiatives de couplage micro assurance santé et micro finance (APROFES, PAMECAS, autres). Il s'agira de capitaliser les « success stories » et d'étudier les possibilités de promotion de mécanismes similaires. En effet, ces cadres de solidarité déjà constitués dans le domaine économique devraient être amenés à franchir un autre palier sur le plan social par l'intégration d'un volet protection social.
- ✓ Mise en œuvre d'un projet de démonstration de la mutualisation du risque maladie dans le cadre de la décentralisation. Ce projet est déjà intégré dans la stratégie nationale de couverture du risque maladie pour les sénégalais portée par le Ministère de Santé et de la Prévention. La phase pilote est en cours de préparation en partenariat avec l'USAID/FPS. Celle-ci devrait s'étendre sur trois pour un coût d'environ 7 milliards.
- ✓ Renforcement du cadre national de concertation sur la mutualité. Il s'agira de doter à ce cadre une meilleure représentativité et des fonctions opérationnelles nécessaires pour entretenir la dynamique d'échange, de partage et mise en synergie des interventions des différentes parties prenantes.
- ✓ Mise en place d'une stratégie de communication pour la promotion des mutuelles de santé. Elle devra faire l'objet plan d'action opérationnel à prendre en compte dans la programmation budgétaire du Ministère de tutelle et des autres acteurs membres du cadre national de concertation.

III- Revue de l'OS2 : Mise en place des mécanismes de prise en charge des maladies pour les personnes vulnérables

La mise en place du plan SESAME offrant une couverture du risque maladie à toutes les personnes âgées de 60 ans et plus sans exclusive, reste le principal fait marquant l'évolution de ce sous secteur. Cependant, plusieurs autres initiatives ont été réalisées au profit de différentes cibles. Les ressources mobilisées proviennent de sources variées sous forme de subventions. L'Etat en reste le principal pourvoyeur. En octobre 2006, le montant global des subventions allouées aux dispositifs de gratuité est évalué à plus de 3,6 milliards.

Les principales actions prioritaires inscrites dans la matrice des mesures étaient relatives à l'amélioration des modalités de ciblage et d'identification des bénéficiaires potentiels de l'assistance médicale d'une part, et d'autre part, à l'amélioration de l'accès aux soins et aux médicaments essentiels pour les personnes atteintes d'affections lourdes et coûteuses. Même s'il convient de relever beaucoup d'acquis dans le secteur en terme d'initiatives, il faut souligner qu'au niveau de la mise en œuvre des actions prioritaires de la matrice, les avancées notées sont encore très modestes. Elles tiennent particulièrement à la réflexion en cours sur l'évaluation des initiatives de gratuité débouchant à la proposition de création d'un Fonds d'achat/Solidarité devant aider à l'amélioration du mode de financement et de ciblage des bénéficiaires potentiels. Néanmoins, l'existence de ces dispositifs s'offre comme autant mesures qu'il convient de consolider.

3.1-Acquis/Avancées

Plusieurs initiatives ont été identifiées dans le cadre l'assistance médicale. Certaines d'entre elles tirent leurs ressources à partir des subventions de l'Etat et d'autres sont alimentées par d'autres sources de financement. Il s'agit notamment :

- **du Plan SESAME** : Ce dispositif qui était la seule action prioritaire principalement prévue dans le PAP, permet une extension de la couverture maladie à une catégorie sociale dont le poids social est estimé à environ 556 milles bénéficiaires, soit près de 5% de la population totale. Cela a contribué à l'amélioration du taux de couverture maladie qui est aujourd'hui de l'ordre de 20,3% alors que celui-ci dépassait à peine les 12% en 2003.

Ce système fonctionne avec un cofinancement assuré par l'Etat à hauteur d'une subvention de 700 millions et l'IPRES pour un montant de 300 millions. L'évaluation à mis parcour du dispositif a révélé toute sa pertinence du point de vue de l'impact qu'il produit sur la stratégie d'extension de la protection sociale aux groupes vulnérables mais beaucoup d'améliorations s'avèrent nécessaires pour lever certaines de ses faiblesses notamment : l'insuffisance des ressources, les difficultés relatives aux modalités de règlement et de gestion et à leur impact sur le fonctionnement et la santé financière des structures sanitaires. Ce dispositif procède par un mode de ciblage automatique moyennant la présentation de la carte nationale d'identité pour les personnes éligibles.

- **de l'initiative de gratuité des accouchements et des césariennes** : Si le programme sur les césariennes est étendu à toutes les régions sauf Dakar, celui relatif aux accouchements gratuits est limité à 5 régions (Kolda, Tambacounda, Ziguinchor, fatick et Matam). Son coût global est estimé à 440 millions en 2006 sous forme de subventions allouées par l'Etat. D'après l'évaluation réalisée en 2007 par l'USAID sur ces programmes, environ 46 000 femmes enceintes en ont bénéficié en 2006⁴. Des partenaires comme le FNUAP accompagne l'Etat dans le financement de ces programmes.
- **de l'initiative de subvention des affections à soins coûteux** : Ce dispositif cible les personnes atteintes d'affections à soins coûteux telles que le cancer, les insuffisances rénales, la tuberculose, le diabète, le SIDA (subvention des anti-rétroviraux), et le paludisme. Avec un cofinancement assuré par l'Etat et les partenaires au développement sous forme de subventions via l'offre de soins, celui-ci a atteint un coût global de 2,3 milliards en 2006. Environ 10100 personnes atteintes de tuberculose ou de lèpre ont bénéficié de soins gratuits pour un montant de 250 millions en 2006.
- **Fonds de solidarité nationale** : Institué par décret en 2002, cet instrument couvre un champ d'intervention assez varié. En plus de l'assistance pour l'accès aux soins de santé au profit des groupes vulnérables, son intervention concerne l'insertion sociale par l'octroi de prêts et de subventions, l'assistance individuelle, l'assistance sociale en situation de crise ou d'urgence, la création et l'accroissement de revenus, etc.

⁴ Voir Rapport d'Evaluation des initiatives de subvention et du Fonds social, USAID, Août 2007

Il est entièrement financé par l'Etat avec une subvention annuelle de 500 millions. Les cibles sont les victimes de calamités, de sinistres ou de catastrophes et les personnes vivant dans les zones démunies d'infrastructures à caractère éducatif, social et économique.

Le rapport d'évaluation de la CAFSP sur les initiatives de gratuité révèle que les dépenses de santé effectuées à travers ce fonds de 2005 à 2007 sont de l'ordre de 73 millions.

- **Assistance médicale par la Direction de l'Action Sociale :** Il s'agit d'une assistance aux personnes nécessiteuses pour la prise en charge de frais médicaux. Les ressources allouées ont été portées à 75 millions depuis 2007. Au mois de juin 2007, 1714 dossiers ont été satisfaits depuis la création de ce fonds. Cela représente environ 0,9% du total de la population cible potentielle⁵ d'après les estimations de la DAS.
- **Prise en charge des cas sociaux dans les hôpitaux :** Les services sociaux des hôpitaux disposent d'un budget qui leur permet de prendre en charge tout ou partie des dépenses de prestations des patients identifiés comme cas sociaux. La valeur des prestations couvertes est estimée en 2007 à environ 130 millions. Elles sont tirées des recettes propres de ces établissements.
- **Prise en charge des cas sociaux dans les centres de santé :** Pour les centres de santé et les postes de santé, la note de service N°006058/MSPM/DS/DSSP du 6 septembre 2005 invitait à l'application d'une disposition du *Guide national du Comité de Santé* qui propose que 10% des recettes issues des prestations soit affecté à la prise en charge des cas sociaux d'une part et que 5% des bénéfices réalisés sur la vente de médicaments soit affecté à la solidarité. Les estimations effectuées par la CAFSP du Ministère de la Santé à partir des données recueillies sur 34 districts indiquent un coût de prise en charge de 242 millions en 2007⁶.
- **Prise en charge des personnes bénéficiaires d'un certificat d'indigence :** La loi n°62-29 du 26 mars 1962 portant sur les certificats d'indigence permet aux personnes qui en sont munies de bénéficier gratuitement de soins dans les formations sanitaires publiques.
 - Si le certificat d'indigence est délivré par l'autorité administrative (Préfet ou Sous-Préfet), la prestation est facturée au Ministère des Finances.
 - S'il est délivré par un Maire, c'est sa commune qui devra s'acquitter de la facture. Aussi, la loi N° 96-07 sur la décentralisation donne-t-elle compétence aux collectivités locales pour tout ce qui a trait à l'organisation et à la gestion de secours au profit des nécessiteux. Ainsi, chaque collectivité locale dispose d'une ligne budgétaire pour cette rubrique mais elle ne concerne pas uniquement la santé. Il peut s'agir de dons alimentaires ou d'aides d'urgence pour des besoins médicaux ou non.
- **Prise en charge des indigents par la Caisse de Sécurité sociale :** Dans le cadre des interventions ponctuelles, la Caisse de Sécurité Sociale a dépensé 12 millions FCFA en 2005 pour venir en aide à des nécessiteux, affiliés ou non.

⁵ La population éligible est de 215760 ménages pauvres d'après la DAS

⁶ Montant estimé si les comités de santé appliquent les directives et notes de services relatives à la question des cas sociaux

- ***Prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé*** : Certaines mutuelles de santé prennent en charge des indigents soit à travers leurs réserves budgétaires soit par le biais du parrainage. Une étude réalisée par l'USAID en 2007 a montré que sur un échantillon de 8 mutuelles de santé sur la quinzaine de mutuelles de santé recensées disposant d'un schéma de prise en charge des indigents au Sénégal, environ 30% de leur effectif sont couverts à travers ces schémas.

Ainsi, il convient de remarquer qu'au moins cinq dispositifs ont été initiés pour permettre une prise en charge des indigents non pas en terme de couverture d'assurance-maladie mais en terme de prise en charge ponctuelle de leurs besoins en soins de santé. Autrement dit, leur finalité n'est pas de leur assurer une protection sociale pérenne mais il s'agit juste d'amortir les effets d'un choc lié à la maladie ou à une situation de précarité sociale particulière (pauvreté, sinistres, etc.). C'est donc, une assistance sociale ponctuelle au profit de personnes désignées sous le vocable « cas sociaux ».

3.2- Difficultés/Limites

Les études⁷ récemment menées sur l'évaluation de ces mécanismes ont toutes montré que la diversité des initiatives et l'absence de dispositif spécifique pour leur coordination et harmonisation constitue une des plus grandes faiblesses qui limite l'efficacité de ces mesures. En dehors du plan SESAME et des schémas de couverture à travers les mutuelles de santé, ces initiatives ne produisent pas de grands effets sur l'objectif d'extension de la protection sociale même si elles peuvent avoir un effet d'atténuation de certains chocs. Si avec le plan SESAME, il est possible de mesurer l'effet sur l'extension de la couverture maladie, il n'en est pas de même pour ces initiatives qui ont souvent un caractère ponctuel et partiel par rapport aux besoins des cibles.

En outre, le mode de ciblage et de choix des bénéficiaires utilisé ne garantit pas toujours la transparence et l'équité de même que le mode de subvention via l'offre de soin ne garantit pas toute l'efficacité escomptée et pourrait même constituer une menace sur la viabilité de certains systèmes de gratuité (Plan SESAME, Gratuité des accouchements et césariennes).

En effet, l'évaluation⁸ commanditée par la CAFSP a largement montré que la mise en place de ces initiatives a souffert d'une faiblesse de l'ingénierie sociale et institutionnelle lors de leur implantation. La gratuité concerne toute la prestation : acte (consultation ou accouchement) et médicaments. Mais seuls les médicaments (médicaments ou kits) sont remboursés dans le cadre de ces initiatives. Cette non perception des tarifs constitue un manque à gagner important pour les comités de santé (surtout pour les accouchements) qui de fait participent au financement de ces initiatives. La gestion séparée qui a été mise en place, a eu un impact négatif sur le fonctionnement des structures de santé : désorganisation de la gestion du médicament⁹ et de la gestion des stocks plus généralement, risque de pénurie des dépôts de médicaments. Il en résulte des risques majeurs tels que :

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

Par ailleurs, il faut noter l'éventuel risque de dérapage des consommations en cas d'absence de contrôle efficace surtout pour le plan SESAME, ainsi que le risque de non-renouvellement du fonds de solidarité.

3.3- Perspectives

L'amélioration des modalités de ciblage et d'identification des bénéficiaires de l'assistance médicale et l'amélioration de l'accès aux soins et aux médicaments essentiels pour les personnes atteintes d'affections lourdes et coûteuses, demeurent des mesures qui doivent être poursuivies et consolidées dans le cadre de cette stratégie. Des réformes urgentes sont nécessaires pour corriger

⁷ Etude sur l'évaluation des initiatives de gratuité et du Fonds de solidarité, commanditée par la CAFSP

⁸ Évaluation des initiatives de subventions et du Fonds Social. CAFSP. Septembre 2007

⁹ Les délais entre le remboursement en médicaments et le don du médicament sont très longs

les limites notées dans le mode de subventionnement par l'Etat à travers l'offre de soins. Une distinction nette doit être faite entre la gestion des prestations de soins qui relève des structures de soins et la gestion du financement des soins qui doit relever de structures autonomes investies pour cette mission. Beaucoup de contre-performances déplorées dans le système de santé actuel trouvent leur explication dans cet enlèvement de l'offre de soin dans la gestion à la fois des prestations et une partie de leur financement à travers des dispositifs de gratuité. Les changements à apporter à ce niveau doivent être renforcés par d'autres mesures prioritaires ci-après :

- ✓ La mise en place d'un système de pérennisation des initiatives de gratuité (Fonds d'achat, Fonds de solidarité). La faisabilité de ce système est en cours d'étude sur l'initiative du Ministère de la Santé et de la Prévention. Ce dispositif permettra de valoriser les acquis sur les initiatives de gratuité tout en améliorant le mode de financement et le ciblage des bénéficiaires. Il fera la promotion d'un système de contractualisation plus efficace entre l'offre de soins et les dispositifs spécialisés dans la gestion de la demande de soins comme les mutuelles de santé et les nouveaux régimes de protection sociale en cours de mise en place. De plus, ce système pourra apporter une plus value dans la recherche de financement au profit des groupes vulnérables en dehors des ressources de l'Etat c'est-à-dire auprès d'autres partenaires se retrouvant dans les objectifs poursuivis.
- ✓ L'extension de la gratuité à tous les groupes vulnérables (enfants de 0-5 ans, handicapés, indigents). Cette mesure aura un effet direct sur l'objectif d'extension de la couverture maladie. La levée des barrières financières pour ces groupes permet un recours plus rapide aux structures de soins avec comme impact la réduction du taux de mortalité infantilo-juvénile et la protection des familles cibles contre les chocs liés à la maladie.
- ✓ La mise en place des mécanismes d'articulation entre les initiatives de gratuité et le développement des mutuelles de santé. Il s'agit ici de faire évoluer la gratuité vers une approche préventive de couverture maladie impliquant les communautés de base. Cela devrait aider à crédibiliser davantage ces systèmes d'assurance communautaire dont le fonctionnement est essentiellement basé sur des ressources propres. Qui plus est, des études récentes auraient montré qu'ils offrent des avantages comparatifs dans l'identification, le ciblage des bénéficiaires et le contrôle de la consommation des prestations du fait surtout de leur proximité et de leur ancrage dans les réalités locales.

IV- Revue de l'OS3 : Mise en place des systèmes de prévoyance sociale pour les personnes exerçant le métier de l'agriculture et les acteurs économiques du secteur informel, de l'artisanat, ...

Les évolutions significatives dans ce sous secteur tiennent à l'expérimentation de systèmes de protection sociale de grande envergure ciblant les populations du monde rural et du secteur informel. Ces régimes s'inscrivent carrément dans une approche protection sociale et couvrent un champ varié allant au-delà de la couverture maladie.

L'année 2007 a été surtout mise à profit pour dérouler les phases préalables relatives aux études de faisabilité et à l'animation des processus participatifs pour retenir avec les parties prenantes les meilleurs schémas et l'élaboration de plans de mise en œuvre de ces régimes.

Chaque régime a prévu un plan de financement dans lequel il est attendu de l'Etat une subvention pour la mise en place des régimes d'une part, et d'autre part une subvention pour la pérennisation du régime pour les personnes exerçant les métiers de l'agriculture. Ainsi, même si des lenteurs ont été notées dans la mise à disposition des subventions escomptées pour 2007, des avancées significatives sont relevées dans le processus de mise en œuvre de ces régimes.

4.1- Régime de Protection Sociale Agro-sylvopastorale

A la suite de la Loi d'Orientation Agro-Sylvo-Pastorale promulguée le 4 juin 2004 qui prévoit, en ses articles 6 (alinéa 2), 8, et 14, la mise en place d'un régime de protection sociale agro-sylvo-pastoral au Sénégal, le DSRP II a inscrit dans son PAP 2006-2010 la création de ce régime pour l'extension de la protection sociale aux populations rurales. La mise en œuvre de ce dispositif s'est effectuée selon un processus participatif ayant permis aux groupes ciblés de retenir la couverture maladie comme risque prioritaire à prendre en charge. L'objectif est de couvrir à terme les personnes exerçant les métiers de l'agriculture et leurs familles (soit 5,6 millions de personnes). Le déploiement du régime sera progressif avec :

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

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

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

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

Le montant de la cotisation est estimé à **13 000 Francs CFA** par personne et par an dont 3 500 FCFA serait à la charge de l'adhérent. Le reste du coût de la couverture (9 500 Francs CFA par tête) devant être financé par d'autres sources dont l'État devrait constituer la principale source de financement.

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

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

4.1.1- Les avancées

Le processus de mise en place du régime agro-sylvo-pastorale est en phase très avancée. Avec un portage institutionnel par le CNCR et l'appui technique et financier du BIT/STEP, plusieurs activités ont été menées et grâce auxquelles on peut relever les avancées suivantes :

- L'étude de faisabilité est déjà réalisée et validée
- Les projets de textes régissant le régime sont élaborés et en cours d'adoption : projet de décret instituant le régime, projet d'arrêté sur l'assurance maladie, les statuts des régimes au niveau central et régional,
- le plan de développement du régime est élaboré et validé de même que le projet de dispositif institutionnel pour la mise en œuvre et le plan d'action de mise en œuvre pour 2008-2011.
- Le régime a obtenu à travers le Ministère de l'Agriculture une inscription budgétaire pour 2008 de l'ordre de 310 millions relative à la subvention attendue de l'Etat pour la mise en œuvre du plan d'action
- Le démarrage de la phase pilote du régime est en cours de lancement dans les régions de Saint-Louis et de Tambacounda
- L'adoption récente par le Ministère de l'Agriculture, tutelle du régime, d'un « Document de Politique Nationale de Développement Coopératif du Sénégal » ayant retenu «la protection sociale des groupes populaires » comme composante stratégique de son axe 1 : « Développement de l'entrepreneuriat coopératif pour la création de richesse et d'emploi décents », constitue une nouvelle opportunité à mettre à profit dans le cadre de ce régime.

4.1.2- Difficultés/Limites

Si la volonté politique de l'Etat et l'engagement des principaux acteurs concernés ne font l'objet d'aucun doute en regard des avancées relevées plus, il n'en demeure pas moins que quelques inquiétudes sont soulevées relativement à certaines difficultés liées notamment :

- ✓ à la lenteur notée au niveau ministériel pour l'adoption des projets de textes relatifs au régime et la mobilisation effective de la subvention attendue de l'Etat
- ✓ à la faible capacité contributive des populations cibles,
- ✓ et à l'hétérogénéité de la cible.

Par ailleurs, il faut souligner que le non respect par l'Etat de ses engagements techniques et financiers serait éventuellement la principale menace qui pourrait remettre en cause la mise en œuvre du régime. Le retard constaté dans le déroulement du plan d'action de mise en œuvre de la phase expérimentale dont le démarrage était prévu pour fin 2007, tient particulièrement de ce fait. Les leçons doivent être tirées de cela pour permettre une mise à disposition effective de la subvention prévue dans le budget 2008.

4.1.3- Perspectives

L'intérêt suscité par ce régime à la fois au niveau des décideurs politiques, des populations cibles à travers les organisations de producteurs et des différentes parties prenantes impliquées dans le processus, devrait justifier la poursuite des efforts déjà consentis et le renforcement de l'engagement de l'Etat et des partenaires au développement à accompagner étroitement la mise en œuvre de la phase pilote de ce régime. L'option prise pour une couverture à grande échelle (envergure nationale) selon une stratégie basée essentiellement sur les principes mutualistes tirant les leçons des expériences passées : forte assise communautaire, paquets de services couverts élargis et adaptés, gestion professionnelle et efficace, etc., confirme la pertinence d'un tel régime par rapport l'objectif d'extension de la protection sociale. Il reste alors à faire montre de plus de pragmatisme dans l'accomplissement des étapes restantes du processus de mise en œuvre arrêté. Pour ce faire, il est préconisé les actions prioritaires suivantes pour compléter la matrice des mesures du DSRPII :

- ✓ l'adoption des textes réglementaires
- ✓ la mise en place du dispositif de financement par l'Etat
- ✓ la mise en œuvre du plan d'action

4.2- Mutuelle Sociale du secteur des transports routiers

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

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

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

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

Pour la mise en œuvre de la mutuelle sociale, il s'agit d'abord de tester les mécanismes de fonctionnement au sein d'une aire géographique limitée. Le choix a été porté sur les travailleurs des Groupements d'Intérêts Economique (GIE) de l'Association de financement des professionnels du transport urbain (AFTU) de la région de Dakar. Cette population est estimée aujourd'hui à près de 42.000 personnes (travailleurs et leur famille).

La mutuelle se propose d'assurer dans un premier temps un produit d'assurance santé. Sa mise en place passe par une phase pilote sur la région de Dakar (qui concentre les plus grand nombre de travailleurs du secteur) afin de tester l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle avant d'entreprendre son déploiement sur l'ensemble du territoire.

La mutuelle sociale des travailleurs des transports routiers repose sur :

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

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

4.2.1- Les avancées

La démarche concertée utilisée dans la mise en place de la mutuelle sociale sous le pilotage du CNDS et l'accompagnement technique et financier du BIT/STEP a abouti à la réalisation de l'étude de faisabilité qui a confirmé l'acuité du besoin de protection sociale dans ce secteur, le potentiel organisationnel des acteurs et leur attachement aux valeurs de solidarité. Le schéma de fonctionnement de la mutuelle sociale a été adopté avec l'identification des groupes cibles pour la phase pilote. Ainsi, comme autres avancées dans le processus, on peut retenir :

- ✓ la définition du système de financement du régime
- ✓ la disponibilité d'un plan d'action 2007-2010 pour la phase pilote
- ✓ la tenue de l'Assemblée Générale de la Mutuelle
- ✓ le démarrage effectif des activités avec les travailleurs de AFTU

4.2.2- Difficultés/Limites

Les difficultés relevées ont trait particulièrement à la mobilisation des ressources financières nécessaires au déroulement de la phase pilote. Il est fortement attendu de l'Etat un appui pour résorber le gap de 249,8 tel que indiqué dans le plan de financement de la mutuelle. Sans ces ressources, les effets attendus de ce régime sur l'amélioration du taux de couverture des populations du secteur informel en matière de protection sociale ne seraient que pures illusions. De plus, malgré l'inscription dans la matrice des mesures du DSRPII, aucun soutien n'a été apporté par l'Etat. La mutuelle a été créée suite à l'AG qui s'est tenue en février 2008 suite aux efforts des groupes professionnels des transports routiers et de l'appui du BIT. La mutuelle a un besoin urgent d'un appui. Il est donc nécessaire qu'un Ministère de tutelle soit désigné le plus rapidement possible.

4.2.3- Perspectives

Une prise en compte de ce régime dans les priorités du DSRPII est une urgence afin d'éviter toute cassure dans la bonne dynamique en cours où les acteurs bénéficiaires ont déjà fait montre de leur engagement en faveur de la mise en place de la mutuelle sociale. Des campagnes de sensibilisation ont été même initiées auprès de donateurs potentiels avec des réactions favorables ayant permis le financement de certaines étapes clefs relatives au démarrage comme la tenue de l'Assemblée Générale Constitutive de la mutuelle sociale.

Ainsi, il convient de compléter la matrice des mesures du DSRPII par les actions prioritaires suivantes :

- ✓ Appui financier de l'Etat pour la mise en place du dispositif conformément au plan de développement du régime (249 850 000F)
- ✓ Extension/diffusion aux autres catégories de la population cible
- ✓ Mise en place d'un système de conventionnement avec les structures sanitaires
- ✓ Mise en place d'un centre de gestion professionnel devant être opérationnel en fin 2008.

4.3- Initiatives de mise en place de régimes pour les autres corps de métiers

Les cibles sont les acteurs culturels (musiciens, artistes, ...), les sportifs, les artisans, les commerçants, etc. Ce volet est à sa phase embryonnaire avec un portage par la CAFPS du Ministère de la Santé qui n'en est qu'à l'étape de prise de contact et d'information avec les secteurs cibles.

V- Leçons apprises

Le défi lié à l'extension de la protection sociale a suscité une réelle dynamique dans la recherche de réponses innovantes et appropriées à la fois au niveau des décideurs politiques, des acteurs de la société civile, des partenaires d'appui et des populations cibles elles-mêmes. Beaucoup de ces réponses ont déjà fait l'objet d'une systématisation à travers les instruments de politiques de référence tels que le DSRP, la Stratégie Nationale de Protection sociale, le Plan Stratégique de développement des Mutuelles de Santé, etc. Beaucoup d'initiatives ont été mises en œuvre pour

matérialiser les orientations stratégiques indiquées dans ces documents mais force est de reconnaître aujourd'hui qu'on est encore loin de triompher des défis soulevés par l'exclusion de l'écrasante majorité de la population des systèmes actuels de protection sociale. L'urgence de palier cela, dans un contexte où la pauvreté et la précarité sociale ne cesse de gagner du terrain, montre tout l'intérêt et la pertinence de l'option de faire de l'extension de protection sociale un objectif stratégique à atteindre à travers la mise en œuvre du DSRPII.

Qui plus est, il ressort aujourd'hui qu'en regard de l'acuité des risques sociaux, relevés comme facteurs déterminants de basculement ou de maintien dans la pauvreté, la protection sociale devient non plus seulement un moyen de lutte contre la pauvreté mais plus que cela, elle apparaît comme un levier de développement dont la non prise en charge adéquate compromettrait tout progrès dans les autres secteurs de développement. De ce fait, aussi bien l'Etat, les partenaires au développement que les autres acteurs de la société civile autant que les populations à la base, devraient lui accorder plus de place dans leurs préoccupations prioritaires mais surtout dans leur arbitrage budgétaire.

De façon plus spécifique, l'analyse de la situation actuelle de protection sociale à la suite du lancement du DRSP II permet de relever des constats et des enseignements qui peuvent se formuler ainsi qu'il suit :

➤ *Sur la situation actuelle de la protection sociale*

- Même si la protection sociale couvre un champ varié qui va au-delà de la couverture du risque maladie, celle-ci semble être retenue partout comme échelon prioritaire sur lequel tous les efforts actuels concentrés dans le cadre des systèmes de protection sociale existants et cours de mise en place (mutuelles de santé, nouveaux régimes, initiatives en direction des groupes vulnérables, etc.).
- Le taux de couverture du risque maladie n'a connu qu'une légère évolution suite à la mise en œuvre effective du Plan SESAME qui a permis d'étendre cette couverture à toutes les personnes âgées de 60 ans et plus. Le poids social de cette cible est estimé à 556 milles personnes. Toutefois, l'approche individualisée appliquée ici n'est pas sans soulever quelques questionnements quant à l'impact que cela produit sur la situation du ménage par rapport à la pauvreté. Ce dispositif qui en est encore à sa phase expérimentale devrait faire l'objet d'une évaluation concertée pour en tirer les leçons et voir les possibilités et les conditions de sa pérennisation. L'étude commanditées à cet effet par la CAFSP en partenariat avec l'USAID mérite d'être partagée et plus approfondie avec tous les acteurs concernés.
- Des acquis significatifs sont notés sur le cadre institutionnel et réglementaire relatif à la micro assurance maladie (existence : d'une loi sur les mutuelles de santé, d'un projet de loi sur les mutuelles à l'échelle UEMOA, d'une loi d'orientation agro-sylvo-pastorale, etc.) mais beaucoup de faiblesses sont relevées relativement aux lenteurs dans la définition des conditions et modalités d'application des textes législatifs et réglementaires (projet de décret sur mutuelles de santé qui peine à franchir la dernière étape de son adoption depuis deux ans).
- Des ressources financières importantes sont mobilisées à travers une pluralité d'initiatives d'assistance de groupes vulnérables face à certaines maladies en l'absence d'un mécanisme approprié pour leur coordination et leur articulation

efficace aux objectifs de protection sociale. Les ressources injectées à travers les initiatives de gratuité des soins sont estimées à 3,6 milliards¹⁰ en 2006.

- Certaines structures d'appui développent des initiatives en faveur du renforcement des mutuelles de santé existantes et de l'implantation de nouvelles mutuelles de santé sans que celles-ci soient articulées avec la programmation budgétaire de l'Etat. Ainsi, il est difficile de les capitaliser financièrement dans le cadre de la mise en œuvre du PAP. Parmi ces structures d'appui, on peut citer entre autres à titre d'exemple, l'USAID à travers le projet Financement et Politiques de Santé (FPS) qui intervient dans les régions de Thiès, de Louga, de Kaolack, de Ziguinchor et de Kolda, et la Coopération Technique Belge qui intervient dans les régions de Diourbel, de Fatick, de Kaffrine et de Kaolack. De même, le nouveau programme de la coopération luxembourgeoise en cours de mise en place, prévoit un important volet santé qui pourrait contribuer à la réalisation de l'objectif stratégique sur le renforcement des mutuelles de santé.
- Les initiatives communautaires n'ont cessé de se développer à travers les mutuelles de santé malgré les difficultés énormes rencontrées dans leur fonctionnement, liées surtout à l'insuffisance voire l'absence d'un accompagnement technique et financier approprié de la part de l'Etat, des Collectivités Locales et des partenaires au développement. Dans ce contexte difficile, certaines d'entre elles ont réussi tant bien que mal à assurer pour leur membre la fonction d'atténuation ou de protection face certains chocs liés à la maladie.
- Le besoin d'une présence forte de l'Etat se fait sentir à tous les segments où existe des initiatives de protection sociale, qu'il s'agisse des projets d'expérimentation de régimes de protection sociale de grande envergure que ceux portés par les communautés de base. A l'heure actuelle où il n'existe pas encore de systèmes suffisamment éprouvés pour être retenus comme la solution devant le défi de l'extension de la protection sociale, l'Etat se devra de soutenir toutes les initiatives en respect du principe d'équité dans l'affectation des subventions.

➤ ***Sur les réponses stratégiques préconisées dans le DSRP***

La pertinence des réponses stratégiques préconisées est largement confirmée par la situation de pauvreté qui caractérise les populations cibles, notamment celles du monde rural et du secteur informel. Cependant, il faut souligner, à quelques exceptions près, qu'elles tardent encore à bénéficier de tout le portage politique et technique nécessaire au niveau ministériel pour passer dans les priorités gouvernementales et faire l'objet de projets ou programmes avec des ressources inscrites dans le budget annuel du gouvernement.

➤ ***Sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des régimes de protection sociale ciblés***

Des avancées importantes sont notées sur le plan de leur conception et la définition des modalités de mise en œuvre de leur phase pilote ; cela grâce à une approche concertée et participative. La dynamique créée semble avoir suscité beaucoup d'enthousiasme et des attentes du côté des acteurs.

¹⁰ Ce montant inclut la subvention pour le Plan SESAME (700 millions)

Le défi consiste maintenant à prendre à temps les mesures nécessaires pour répondre à ces attentes conformément aux engagements pris par les différentes parties prenantes. Du côté de l'Etat, il s'agira particulièrement de libérer à temps opportun les subventions attendues et d'assurer efficacement son rôle de veille et d'appui technique pour la mise en œuvre de ces régimes.

➤ *Sur les mécanismes de ciblage, de suivi et évaluation*

Le mode de ciblage des bénéficiaires appliqué ou prévu par les régimes de protection sociale existants ou en cours de mise en place se réfère essentiellement :

- au statut de la personne selon l'âge (Plan SESAME)
- au statut de la personne selon l'appartenance socioprofessionnelle (régimes ruraux/routiers)

L'une des limites de cette approche se trouve dans sa tendance d'uniformisation dans une même catégorie homogène plusieurs individus ou ménages qui peuvent être très différenciés dans la réalité du point de vue du degré de vulnérabilité ou de pauvreté. Si de tels régimes doivent prétendre à des subventions au nom de la pauvreté, la question est de savoir s'ils ne devraient pas tenir en compte cette dimension dans le ciblage des bénéficiaires. Par exemple, le Plan SESAME profite à toutes les personnes âgées de 60 ans et plus qu'elles soient pauvres ou riches

Les expériences développées par certaines ONG avec les Mutuelles de Santé¹¹ en matière de ciblage et de rationalisation de l'utilisation des ressources financières par le biais de schémas de parrainage de groupes cibles, méritent plus d'attention dans le cadre de la réflexion sur l'amélioration des mécanismes de ciblage et d'identification de bénéficiaires de l'assistance médicale.

➤ *Sur les possibilités de répliquabilité à d'autres corps de métiers*

A ce stade d'évolution de ces régimes il est encore prématuré de se prononcer les possibilités de leur répliquabilité au profit d'autres corps socioprofessionnels.

➤ *Sur la participation des acteurs concernés*

L'institution de comité de pilotage pour chaque régime impliquant les acteurs concernés d'une part et d'autre part la formation de groupes de travail désigné en leur sein pour porter les différentes étapes de la réflexion, ont permis d'obtenir un niveau de participation relativement satisfaisant. L'implication plus forte dans les prochaines étapes de mise en œuvre de certains acteurs comme les collectivités locales et ceux issus du mouvement coopératif en phase de relance est souhaitée pour faciliter l'ancrage communautaire de ces régimes et leur articulation avec le processus de décentralisation.

¹¹ Voir Rapport d'étude sur la prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé, USAID/CAFSP, oct.2007

VI- RECOMMANDATIONS GENERALES

En regard des enseignements tirés plus haut, il s'agira de poursuivre la dynamique indiquée à travers les objectifs stratégiques unanimement confirmés comme réponses pertinentes par rapport au défi de l'extension de la protection sociale. Pour ce faire les recommandations suivantes sont préconisées en direction des décideurs politiques et des partenaires d'appui :

Du côté de l'Etat

- Instituer un mécanisme permanent de coordination et suivi de la mise en œuvre des stratégies. Il aura pour mandat de veiller à l'harmonisation et la mise en cohérence des actions initiées dans le cadre de la stratégie ; d'identifier et de documenter régulièrement les actions et programmes initiées par des acteurs autres que l'Etat et qui s'inscrivent dans la stratégie ; de faciliter la mise à niveau des autorités concernées ; veiller à l'articulation de mesures retenues dans la matrice et les processus d'inscription budgétaire. Ce dispositif devrait être doté de ressources humaines, matérielles et financières suffisantes pour assumer son mandat avec efficacité ;
- Instituer un mécanisme d'évaluation et de partage d'information sur les dispositifs de protection sociale avec tous les acteurs concernés. Il s'agit, en effet, de favoriser les conditions d'échange et de réflexion concertée sur l'impact des mesures initiées et la prise en compte des résultats de la recherche dans le cadre de la définition des politiques.
- Instaurer un mécanisme de contrôle de la fiabilité des données. L'absence de système centralisé de production de données dans le secteur de la protection sociale est un handicap réel qui affecte la fiabilité des statistiques existantes. Les données traitées proviennent de sources multiples qui ne réfèrent pas forcément aux mêmes paramètres pour la collecte et la mise à jour. Sur beaucoup d'aspects, les données statistiques sont produites à partir d'estimation qui n'offre aucune garantie sur leur objectivité et leur correspondance à la réalité. La correction de ce manquement est une nécessité pour permettre un suivi rigoureux de l'évolution des indicateurs sur l'extension de la protection sociale.
- Renforcer les critères de ciblage des bénéficiaires des systèmes de gratuité et de protection sociale en général en intégrant la dimension pauvreté. La réflexion en cours doit être élargie aux acteurs ayant déjà capitalisé des expériences sur des mécanismes d'identification des groupes les plus en besoin d'être assistés. En ce sens, il convient de tenir en compte davantage la dimension communautaire dans le processus de ciblage à l'instar des expériences développées par certaines ONG avec les mutuelles de santé.
- Mettre en œuvre les plans d'action relatifs aux nouveaux régimes de protection sociale pour les personnes exerçant les métiers de l'agriculture et les travailleurs du secteur des transports routiers. A ce niveau, davantage d'efforts doivent se faire pour la mise à disposition des moyens attendus conformément aux engagements des différentes parties prenantes.

- Veiller à la traduction des mesures d'actions prioritaires en projets ou programmes opérationnels pris en compte dans le budget du gouvernement. Pour cela, le portage institutionnel de ces mesures par les ministères concernés doit être suffisamment assuré.
- Veiller à l'articulation du régime de protection sociale pour les personnes exerçant les métiers de l'agriculture et le système d'assurance contre les risques agricoles en cours de mise en place avec l'appui de la Banque Mondiale. Ces projets doivent s'intégrer en cohérence avec la vision du Document de Politique Nationale de développement Coopératif du Sénégal.
- Veiller à la prise en compte de la dimension genre dans le montage et la mise en oeuvre des systèmes de protection sociale. Cela doit davantage être mis en relief dans les mécanismes de ciblage qui nécessitent encore beaucoup d'amélioration.

Du côté des partenaires d'appui

- Accompagner de manière plus soutenue la mise en œuvre des plans d'action qui s'inscrivent dans la matérialisation des mesures d'actions prioritaires.
- Soutenir techniquement et financièrement les processus de formulation de projets en lien avec les objectifs stratégiques et appuyer leur mise en œuvre.
- Favoriser une synergie entre les différents projets existants d'une part et d'autre part entre les initiatives de gratuité pour une meilleure optimisation des ressources.
- S'impliquer dans davantage comme partie prenante du dispositif institutionnel de suivi de la mise en œuvre des mesures prioritaires du DSRPII.
- Appuyer la mise sur pied d'un système d'information pour le suivi des indicateurs sur l'extension de la protection sociale au niveau national.