



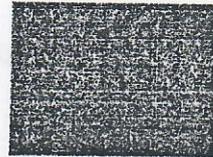
RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

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



stratégie d'extension de la
couverture du risque maladie
des sénégalais

Version finale : Août 2008

GLOSSAIRE

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

CONCLUSION 40

Première partie.

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

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.2. Les agents des collectivités locales

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

1.1.3. Les Étudiants

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

1.1.4. La médecine d'entreprise

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

1.1.5. Les accidentés de la circulation

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

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

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

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

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

1.2.1. Le Plan SESAME

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

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

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

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

2. Régimes contributifs d'assurance à caractère obligatoire

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

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

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

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

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

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

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

3. Régimes contributifs volontaires

3.1. Les mutuelles de santé

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

Tableau 2. Évolution du nombre de mutuelles par région

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

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

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

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

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

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

3.2. Les assurances privées à but lucratif

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Deuxième partie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.1. La création d'une structure faïtière des IPM

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

Les missions assignées à cette structure faïtière sont :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 11. Evolution du nombre des bénéficiaires

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

La mutuelle sociale des travailleurs des transports routiers reposera sur :

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

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

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

Tableau 12. Evolution du nombre des bénéficiaires

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

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

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

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

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

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

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

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

Domaine d'intervention 4 : Marketing social et communication

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

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

4.3.3. Durée du projet et budget

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

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

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

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

Dynamique d'extension du projet de 2009 à 2015

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

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

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

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

4.4.1. Contexte et justification

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII. ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS

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

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

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

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

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

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

CONCLUSION

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

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

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

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

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

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

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

| | | | | |
|--|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Subvention de mise en place de la phase pilote | 388000000 | 715000000 | - | 1103000000 |
| Part collectée auprès des bénéficiaires | 640000000 | 216000000 | 920000000 | 1200000000 |
| Part collectée auprès de l'État | 174000000 | 586000000 | 2496000000 | 3256000000 |
| Total FCFA | 626000000 | 1517000000 | 3416000000 | 5559000000 |

1.3. Mutuelle sociale des Transporteurs routiers

| | | | | |
|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Subvention d'investissement | 124000000 | 124000000 | 62000000 | 698500000 |
| Subvention fonctionnement | 200000000 | 150000000 | 80000000 | 595000000 |
| Dotations aux réserves | 161000000 | 407000000 | 635000000 | 1205000000 |
| Total FCFA | 485000000 | 681000000 | 777000000 | 2498500000 |

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

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

| | | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Appui aux institutions mutualistes existantes | 655500000 | 983250000 | 983250000 | 2622000000 |
| | 928200000 | 868200000 | 1001200000 | 2797600000 |