

2567

République du Sénégal
Un Peuple – Un But – Une Foi



MINISTÈRE DE LA FEMME, DE L'ENFANCE ET DE L'ENTREPRENARIAT FÉMININ

CELLULE DE SUIVI OPERATIONNEL DES PROGRAMMES
DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE (CSO-PLCP)

**ATELIER D'ELABORATION D'UN PLAN D'ACTION POUR LA MISE
EN PLACE D'UNE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE DE
BASE A TRAVERS LES MUTUELLES DE SANTE**

Période du 20 au 22 mars 2013 à Saly (Palm Beach)

Rapport de l'atelier

Présenté par Mme Mame Khady NDOUR

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES) 2013-2017 a clairement défini les orientations politiques du Gouvernement du Sénégal pour l'extension de la protection sociale en général, la couverture du risque maladie en particulier. Les objectifs stratégiques poursuivis pour le renforcement de la protection sociale sont les suivants : (i) renforcer la sécurité sociale des travailleurs et des retraités ; (ii) améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables ; (iii) étendre la protection sociale aux acteurs du secteur informel et aux groupes vulnérables. Les lignes d'action ou mesures à prendre en rapport avec ce troisième objectif stratégique portent sur *(i) la mise en place d'une couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé ; (ii) l'amélioration des mécanismes de ciblage et la mise en place d'un dispositif d'information et de suivi-évaluation ; (iii) la mise en application de la Loi d'orientation sociale pour la protection des personnes handicapées ; (iv) la mise en place de cadres financiers d'appui (CAPSU, FNSS) et (v) l'extension de la gratuité en soins sanitaires en faveur des groupes vulnérables.*

On peut considérer que la vision sur laquelle repose le plan national de développement sanitaire (PNDS 2009-2018) prend totalement en ligne de compte cette orientation vers l'instauration d'un système de couverture universelle contre le risque maladie. « *Un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif* ».

Les principaux axes d'intervention de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie élaborée en 2008 par le Ministère de la Santé, s'intègrent parfaitement dans cette nouvelle vision gouvernementale. Cette stratégie s'appuie sur le principe que l'accès aux soins de santé relève d'un droit dont l'exercice est garanti par la Constitution sénégalaise. Elle est sous-tendue par le développement progressif d'un système de protection contre la maladie des populations vulnérables et la promotion des mutuelles de santé communautaires qui sont, à l'état actuel du niveau de couverture et de l'ampleur des secteurs informels et ruraux, les seules à disposer de potentiels pour couvrir la majorité de la population sénégalaise.

La Stratégie d'Extension de la Couverture du Risque Maladie au Sénégal, comprend trois composantes dont la plus importante porte sur le Développement de la Couverture du Risque maladie dans le Contexte de la Décentralisation à travers les mutuelles de santé (DECAM). L'objectif visé est de porter le taux de couverture du risque-maladie de la population à au moins 50 % d'ici 2015. Par rapport à la contribution attendue des mutuelles de santé, les cibles fixées pour atteindre cet objectif global sont respectivement de 27,70% en 2013 ; 46,32% en 2014 ; 50,50% en 2015 ; 60,30% en 2016 et 65,5% en 2017. Les progrès à réaliser pour atteindre ces objectifs sont énormes quand on sait qu'à l'heure actuelle, le taux de couverture de la population sénégalaise par les mutuelles de santé demeure toujours faible malgré les efforts fournis.

Cependant, dans cette politique de mise en place d'un socle de protection sociale basée sur la couverture maladie universelle et un meilleur accès aux services essentiels pour les groupes vulnérables, le Sénégal peut s'appuyer sur les initiatives en cours au plan mondial et au niveau sous régional pour mettre en œuvre sa stratégie de développement de la couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé. Au niveau sous régional, la CEDEAO et l'UEMOA ont mis en place des plateformes pour créer un environnement favorable à l'extension de la couverture du risque maladie. Dans son plan stratégique 2009-2013, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) de la CEDEAO s'est fixée comme objectif stratégique de faciliter la promotion de nouveaux mécanismes de financement et de faire le plaidoyer pour l'accroissement des allocations budgétaires pour la santé. Par ailleurs,

le Conseil des Ministres de l'UEMOA a adopté en juin 2009 un Règlement portant réglementation des mutuelles sociales au sein des pays membres de l'union. L'objectif visé par ce règlement est de mettre en place une réglementation uniforme et efficace pour assurer la promotion des mutuelles sociales, dont les mutuelles de santé, dans l'espace UEMOA.

Au plan national, la nécessité d'harmoniser et de coordonner les différentes interventions dans le domaine de la protection sociale a amené le Gouvernement du Sénégal à mettre en place une Délégation générale à la Protection sociale et à la Solidarité nationale dont la mission principale est d'assister le Président de la République dans la définition et la mise en œuvre de la politique en matière de protection sociale et de solidarité nationale.

La volonté des nouvelles autorités gouvernementales d'inscrire la protection sociale et plus particulièrement la couverture maladie universelle comme course d'action prioritaire, a amené le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a organisé des concertations nationales sur la santé et l'action sociale dont l'une des recommandations phares est l'accélération de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie. Lors de ces concertations, des options de mesures stratégiques entre autres ont été prises dans le cadre de la promotion des mutuelles de santé. Il s'agit des subventions générales à les allouer pour étendre leurs paquets de bénéfices, des subventions ciblées pour la prise en charge des indigents, le plan de communication, le renforcement du système de suivi-évaluation, la professionnalisation... Ce niveau d'engagement politique, a amené plusieurs partenaires techniques et financiers a manifesté leur intérêt d'appuyer la mise en œuvre de la couverture maladie universelle au niveau national à travers les différentes stratégies qui sont mises en place.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes a organisé un atelier d'élaboration d'un plan d'action pour la mise en place d'une couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé.

II. OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE L'ATELIER

2.1. Objectifs :

- L'objectif général de cet atelier **est de contribuer à l'accélération de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie.**

Vers cet objectif général, l'atelier vise à atteindre l'objectif spécifique suivant :

- **Élaborer un plan d'action pour la mise en place d'une couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé au profit du secteur informel et rural.**

2.2. Résultats attendus

RA1 : Les cadres juridiques et institutionnels d'appui à la mise en place d'une couverture maladie universelle à travers les mutuelles de santé sont identifiés ;

RA2 : Les fonctions et les interrelations entre ces différents cadres sont définies ;

RA3 : Les systèmes et les supports pour le renforcement des capacités techniques des acteurs sont identifiés ;

RA4 : Les étapes et les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la phase de démonstration et de la phase d'extension du projet DECAM sont identifiées et évaluées ;

RA5 : Les mécanismes de prise en charge des indigents et groupes vulnérables sont identifiés ;

RA6 : Les éléments clés du plan d'action sont identifiés et validés par les parties prenantes.

III DEROULEMENT

L'atelier s'est déroulé selon les séquences suivantes :

- Cérémonie d'ouverture ;
- Séances plénières de présentation des thèmes retenus suivies de discussions;
- Travaux de groupe sur les domaines retenus;
- Restitution des travaux de groupes ;
- Adoption des recommandations et des prochaines étapes ;
- Cérémonie de clôture.

3.1 Cérémonie d'ouverture

Cette cérémonie présidée par le Directeur de cabinet du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale est marquée par :

✦ L'allocution du représentant des unions des mutuelles de santé :

Après avoir remercié les organisateurs, le représentant des unions des mutuelles de santé a salué l'importance des thèmes et la qualité des participants qui permettront de sortir un plan d'action opérationnel. Il a par ailleurs expliqué que les unions disposent d'outils en matière d'organisation, administrative et de suivi-évaluation pour apporter leur contribution dans la mise en œuvre du DECAM.

✦ L'allocution du représentant des élus locaux :

Au nom du président des associations des élus locaux, son représentant a remercié, le MSAS pour l'implication des collectivités locales dans toutes les actions. Il a aussi réitéré l'engagement des 25000 conseillers répartis à travers le territoire national à jouer un rôle important dans la couverture maladie universelle car la santé est un domaine transféré.

✦ L'allocution du représentant de l'OMS :

Selon le représentant de l'OMS qui est le chef de fil des partenaires au développement dans le domaine de la santé, La CMU de base à travers la Mutuelle de Santé est un moyen pour lever les entraves liées à l'accès aux soins. Il a aussi réaffirmé la disponibilité des partenaires pour accompagner le gouvernement dans ces efforts en matière de santé.

✦ L'allocution du représentant de la commission santé de l'Assemblée Nationale :

Pour le parlementaire, La Protection Sociale à travers la CMU est un moyen de lutte contre les injustices sociales.

✦ L'allocution du secrétaire général de la Délégation à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale :

Il a salué le rôle très important de la CMU dans la protection sociale qui constitue une priorité pour les nouvelles autorités. Le Secrétaire Général a saisi cette opportunité pour plaider un statut de coorganisateur compte tenu des missions de la DPSSN.

✦ Le Discours d'ouverture du Directeur de Cabinet du MSAS :

Le Directeur de cabinet a commencé son discours en remerciant tous les participants d'avoir répondu à l'invitation de Mme le Ministre empêchée par un conflit d'agenda (conseil interministériel à Matam).

Il a ensuite expliqué les réformes actuelles en matière de CMU et les rôles et responsabilités de chaque acteur institutionnel.

Il a terminé par la déclinaison des objectifs et des résultats attendus de l'atelier tout en réitérant l'engagement de Mme le Ministre de la santé à appliquer les conclusions qui seront issues des travaux.

3.2 Présentations et discussions

Les thèmes qui ont fait l'objet de présentations sont :

- Le projet DECAM : architecture et orientations stratégiques, ses relations avec les cadres juridiques et institutionnels d'appui, et les options de mesures stratégiques pour le développement des mutuelles de santé qui ont été adoptés lors des concertations nationales ;
- Le cadre juridique, institutionnel et réglementaire (CACMU, ONAMS, FNGMS, CAPSU/CMU) ;
- Les expériences de prise en charge des indigents et groupes vulnérables (Fonds d'équité, expériences de Louga et Saint Louis, expériences des talibés de Thiès, parrainage des enfants par Word Vision à Kolda) et les orientations du PAODES.

cf (différentes présentations jointes en annexes).

Quant aux discussions, elles sont liées à des suggestions qui sont ainsi définies

- Revoir la recommandation consistant à limiter les IVG ;
- Eviter le concept IGV ;
- Repréciser le rôle des unions régionales car tout se passe à ce niveau ;
- Expliquer les difficultés rencontrées dans l'expérience pilote des 4 départements ;
- Rendre obligatoire la participation des collectivités locales pour l'émergence des mutuelles de santé ;
- Créer une synergie entre la DGAS et la CACMU pour la politique de gratuité ;
- Partager les expériences de MS dans la sous région ;
- Mettre en exergue la contribution des populations dans le financement du DECAM ;
- Veiller sur l'aspect préventif et promotionnel dans la prise en charge ;
- Intégrer les malades mentaux dans la cible des groupes vulnérables.

3.3 Travaux de groupe

- ✓ Il s'agissait pour chaque groupe de travail de :
- ✓ Analyser et valider les résultats attendus du domaine d'intervention ;
- ✓ Définir les lignes d'action du domaine d'intervention ;
- ✓ Identifier des activités clés pour chaque ligne d'action ;
- ✓ Définir les arrangements de mise en œuvre.

Les thèmes des travaux de groupe étaient ainsi libellés :

Groupe I : Cadres juridiques et institutionnels d'appui aux mutuelles de santé

Cadres d'appui financier (CAPSU/CMU, FNSS, Fonds d'équité) ;

Cadre d'appui à la réglementation (ONAMS, FG, CACMU, règlement UEMOA) ;

Elaboration d'un schéma de financement.

Groupe II : Renforcement des capacités techniques des acteurs

Système et outils de gestion administrative et financière des mutuelles de santé et des réseaux ;

Système et outils de suivi-évaluation des mutuelles de santé et des réseaux ;

Modèle de contractualisation entre les acteurs (mutuelles de santé, réseaux de mutuelles de santé, prestataires de soins, cadres institutionnels et financiers d'appui, collectivités locales) ;

Stratégies et outils de formation des acteurs (modules de formation) ;

Stratégies et outils de communication ;
Formation de pools de formateurs dans chaque région.

Groupe III : Mise en œuvre d'une couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé

Choix des départements de démonstration ;

Etapas et ressources du processus d'implantation (phase de démonstration, phase d'extension) ;

Mécanismes de renforcement des capacités d'intervention des Unions régionales de mutuelles de santé

Evaluation de la phase de démonstration (leçons apprises, adaptation du modèle).

Groupe IV : Mécanismes de prise en charge médicale des plus démunies

Inventaire des initiatives existantes ;

Stratégies de ciblage et identification des bénéficiaires ;

Prise en charge des indigents et groupes vulnérables par l'Etat et les collectivités locales ;

Prise en charge des indigents et groupes vulnérables par les partenaires.

3.4 Restitution des travaux de groupes

Groupe 1 : Cadre Juridique et Institutionnel d'appui

Résultat attendu : Un cadre institutionnel et juridique est mis en place pour stimuler l'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs ruraux et informels.

- **Sous groupe 1 :** financement

Produits à acheter

- Mécanisme d'assistance à travers:
- Une subvention partielle de la cotisation des membres des mutuelles de santé non indigents (50%=3500) selon l'étude de faisabilité entre CACMU, OMS et Ab ;t
- Une subvention totale des groupes vulnérables et indigents (y compris le ticket modérateur) ;
- Une subvention des couts d'administration de démarrage (assurer par les PTF).
- Acteurs
- Source de financements des subventions : Etat, Collectivité locale, PTF
- Autres acteurs, Populations, Prestataires
- Produits financés par Acteurs

Produits	Acteurs (sources de financements)
1.1 Subvention partielle de la cotisation des membres des mutuelles de santé non indigents	Etat, et PTF
1.2 Subvention total des groupes vulnérables et indigents	Etat, PTF, Collectivité local,
1.3 Subvention des couts d'administration de démarrage	PTF, collectivité local

Destinataires : Récipiendaire principal (Union régional)
Bénéficiaires (Union régionale, Union départementale / District, Mutuelle individuelle).

Processus

- 3 principaux acteurs: MSAS – MEF – URMS
- MSAS: bon d'engagement, décision de versements, convention entre MSAS et URM, contrat MSAS URMS, demande d'ouverture d'un compte de dépôt ;
- MEF (trésor) : ouverture d'un compte de dépôt, virement vers les comptes ouverts à l'union régionale ouvert dans les livres.
- URMS : mission de service public, copie contrat MSAS URMS, liste des Mutuelles membres de l'union certifiées, liste de prestataires, liste certifié des indigents, services fournis attestés (ticket modérateur indigents), état des cotisations recouvrés, Paquet de service pris en charge validé par le MSAS.

Schéma

- l'Etat verse à l'union régionale une subvention annuelle représentant 50% (3500 cfa par personnes) des cotisations des adhérents non indigènes et 100% pour les indigents majoré du ticket modérateur soit 9000 cfa par indigent ciblé ;
- L'union régionale assure le paiement des factures des malades ayant droits référé du CS ou de l'EPS 1 vers l'hôpital ;
- L'union régionale transfère aux mutuelles de santé un montant équivalent à 3500 pour chaque indigents inscrits dans la mutuelle sans dépassé le total des indigents et groupes vulnérable ciblés ;
- Elle paie les factures transmises par l'union départemental pour les ayant droits référés des postes de santé vers les centres de santé ;
- l'union régionale rembourse aux mutuelles le ticket modérateur.
- Perspectives
- Elaboration d'instruments suivants:
 - Manuel de procédure ;
 - Convention type ;
 - Contrat type ;
 - Ouverture d'un compte de dépôt au trésor ;
 - Mise en place des Outils de gestion.

Sous groupe 2 : Mise en place d'un cadre institutionnel

Extrants	Lignes d'actions	Activités
1.1: les mécanismes d'intervention de l'Etat dans le financement des mutuelles de santé sont fonctionnels	1 Mise en place d'un comité régional et d'un comité départemental chargés de coordination et de suivi des mécanismes de prise en charge des groupes vulnérables et indigents et subvention d'un paquet minimum de service ;	Elaboration d'avant projets de textes ; Organisation d'ateliers d'information et de partage.
	2 Elaborer un manuel de procédure du mécanisme ;	Constitution d'un groupe de travail
	3 Tenir des CDD de lancement des activités du comité ; 4 Mise en place d'un plan de communication et de formation ;	Organisations de CDD ; Réunion d'élaboration de TDR et recrutement d'un spécialiste.

Groupe III : Mise en œuvre au niveau régional et local

Résultat Attendu 3 : L'extension de la couverture maladie universelle de base est lancée dans au-moins un département de démonstration dans chaque région avant la fin de l'année **2013** pour soutenir l'extension à l'ensemble des départements de chaque région avant la fin de l'année 2017.

Extrants	Lignes d'actions	Activités
3.1 : Une adhésion accrue des populations aux mutuelles de santé de chaque département de démonstration soutenue par l'implication effective de l'Etat, des collectivités locales, des partenaires et du personnel de santé dans la promotion de la mutualité dans le secteur de la santé	Mise en place de mutuelles de santé dans les collectivités locales qui n'en ont pas	Organiser un CDD de lancement du DECAM ; Organiser des CLD d'information sur le DECAM ; Mettre en place un comité d'initiative impliquant les parties prenantes clés de la communauté pour porter le projet de mutuelle dans chaque collectivité locale.
3.2 Des mutuelles de santé attractives, solvables et fonctionnelles au niveau de toutes les collectivités locales de chaque département de démonstration	Restructuration des MS dans les collectivités locales qui en ont	Mettre en place un comité de restructuration impliquant les parties prenantes clés de la communauté pour porter le projet de mutuelle dans chaque collectivité locale ; Former les membres du CRM sur les concepts de base de la mutualité, le processus de mise en place et les paramètres fondamentaux ; Mettre en œuvre les activités de sensibilisation au niveau des collectivités locales des départements enrôlés pour recruter des adhérents.
3.3 : Une union départementale des mutuelles de santé effective et affiliée à l'union régionale pour assurer la mise en commun des gros risques et l'intermédiation sociale au niveau de chaque département de démonstration	Renforcement des capacités de gestion	Doter les unions de sièges fonctionnels et de moyens d'intervention ; Appuyer les unions régionales à assurer le suivi appui conseil trimestriel des unions départementales ; Appuyer les unions départementales à assurer le suivi bimensuel des mutuelles de santé.
3.4 : Un fonds départemental de solidarité santé soutenu conjointement par l'Etat et les collectivités locales disponible dans chaque département pour appuyer l'extension des paquets de bénéfices et la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables	Communication et sensibilisation	Réactualiser le Plan national de communication pour le développement des mutuelles de santé ; Elaborer les outils et supports de communication ; Mettre en œuvre le Plan de communication à tous les niveaux.
3.5 : Les capacités techniques d'appui, de supervision, et de communication des unions de mutuelles de santé sont renforcées à tous les niveaux	Mise en place du Fonds départemental de solidarité dans la santé (y compris l'unité technique de gestion) ;	Elaborer un texte juridique pour régir le fonds départemental de solidarité santé ; Produire un manuel de procédures pour la gestion du fonds départemental de solidarité santé ; Alimenter le fond départemental de solidarité santé dans chaque département.
	Renforcement de la coordination des interventions	Mettre en place les organes de coordination et de suivi des interventions

Groupe 4 : Mécanisme de prise en charge des indigents et groupes vulnérables

Résultats Attendus : Les indigents et les groupes vulnérables représentent au moins 10% des bénéficiaires des Mutuelles de Santé qui rentrent dans le cadre de collaboration formelle avec les Collectivités Locales et les programmes de filets sociaux avant la fin de l'année 2017.

Extrants	Lignes D'action	Activités	Acteurs
4.1. L'efficience de la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables dans le secteur de la santé est améliorée à travers des approches et systèmes communs de ciblage avec les autres secteurs.	Harmonisation de la stratégie de ciblage des indigents et des groupes vulnérables	Mettre en place un comité de suivi de la stratégie de ciblage ; Organiser un atelier de finalisation et de validation technique du document de stratégie de ciblage des IGV à la lumière des recommandations de l'atelier de Thiès ; Faire valider au plan politique le document par les autorités ministérielles ; Diffuser et partager le document avec les acteurs concernés.	MSAS, MEF, MCL, MFEEF, PTF, ONG, so, Société civile
	Mise en œuvre de la stratégie harmonisée de ciblage des IGV.	Finaliser et valider les outils de ciblage (y compris la collecte de données) ; Elaborer un manuel de procédure d'identification des IGV ; Elaborer un plan de communication sur le mécanisme de prise en charge des IGV ; Valider et diffuser les outils d'identification des IGV. Mettre en place des comités locaux de ciblage des IGV ; Former les acteurs des structures d'appui techniques Présélection des IGV ; Mener des enquêtes sociales d'identification des IGV ; Valider les listes des IGV par les comités locaux, départementaux et régionaux ; Créer une base de données nationale des indigents et des groupes vulnérables, gérée par l'Action Sociale.	MSAS, MEF, MCL, MFEEF, PTF, ONG, so, Société civile et tous les autres Ministères impliqués
4.2. Des cadres de collaboration formels sont établis entre les collectivités Locales et les Mutuelles de Santé pour la gestion de proximité de la prise en charge des indigents et les groupes vulnérables.	Mise en place d'un cadre de collaboration formel entre MS /CL	Elaborer une convention cadre C.L/MS ; Organiser un atelier de Validation de la convention cadre ; faire valider les conventions par les autorités administratives ; Mise en place des cadres de coordinations et de suivi de la convention CL/MS (local, départemental et régional).	MSAS, MCL, Union des mutuelles
4.3. Des cadres de collaboration formels sont établis entre les programmes nationaux de filets sociaux (bourses de solidarité familiale, Plan Sésame, enfants de moins 5ans, handicapés etc.) et les Unions régionales de Mutuelles de Santé pour la gestion de proximité de la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables.	Mise en place d'un cadre de partenariat entre les programmes nationaux et les Unions Régionales des Mutuelles de santé.	Faire l'inventaire exhaustif des programmes nationaux de filets sociaux intervenant au niveau régional ; Elaborer une convention de partenariat entre les Programmes nationaux /URMS ; Valider la convention cadre ; Mettre en place des cadres de coordinations et de suivi de la convention entre les Programmes nationaux /URMS).	MSAS, MCL, Union des mutuelles
	Accompagnement des cadres de collaboration	Elaborer un manuel de procédure des cadres de collaboration ; Apporter un appui institutionnel aux structures techniques ; apporter des subventions effectives aux Indigents et Groupes Vulnérables	MSAS, MCL, Programmes de Filets Sociaux

3.5 Discussions sur les travaux de groupe

Elles sont accès sur des observations et des suggestions :

✓ Observations

Les moyens de mise en contribution des collectivités locales dans le financement des Mutuelles de santé ne sont pas définis;

Pour le réseautage des Mutuelles de santé, les fédérations ne sont pas prises en compte.

✓ Suggestions

Voir réellement l'interface entre les MS et les Filets sociaux ;

Approfondir le ciblage géographique ;

Clarifier l'approche du DECAM (départementale ou district).

3.6 Recommandations et perspectives

○ Recommandations

1. Améliorer l'offre de soins à travers l'organisation d'un atelier diagnostic de la qualité offre (définition du paquet d'activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, renforcement du financement, harmonisation des tarifs, cadre de référence/contre référence) ;
2. Capitaliser l'expérience de mise en œuvre de la phase pilote du DECAM ;
3. Intégrer le suivi des mutuelles dans la supervision des districts ;
4. Mettre à contribution le secteur privé dans le financement de la CMU ;
5. Diligenter la mobilisation des ressources de l'Etat inscrite dans le budget 2013 destinées aux subventions (générales et ciblées) prioritairement dans les départements pilotes à travers la mise en place d'un dispositif formel de transition ;
6. Accélérer la mise en œuvre du DECAM dans le département de St Louis ;
7. Créer une coalition forte autour de la CMU à tous les niveaux ;
8. Renforcer les capacités de tous les acteurs impliqués dans la CMU ;
9. Redynamiser le processus de mise en place de la fédération nationale des MS ;
10. Prévoir des mécanismes d'autonomisation des ménages indigents ;
11. Mettre en place dans les meilleurs délais l'ensemble des mécanismes de mise en œuvre de la CMU pour répondre aux attentes des populations.

○ perspectives

Finaliser l'élaboration du premier draft du plan d'action pour la mise en place d'une couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé au profit du secteur informel et rural sur la base des résultats de l'atelier de planification du 20-22 mars 2013 par un Comité de Rédaction qui sera chargé de :

- Rédiger le draft d'avant-propos du plan ;
- Rédiger le résumé exécutif du plan ;
- Rédiger les sections du plan portant sur (le contexte et les cadres de politique) ;
- Assurer que le but et les objectifs du plan d'action 2013-2017 sont bien alignés avec les orientations stratégiques et les cibles de la SNDES 2013-2017 portant sur l'extension de la CMU de base dans le secteur informel ;
- Harmoniser la rédaction des axes stratégiques, des résultats attendus, des extrants et des lignes d'action et des activités issus de l'atelier en se basant sur le format des documents de planification du MSAS ;
- Rédiger une section portant sur le cadre institutionnel de mise en œuvre et de suivi ;

- Rédiger une section de suivi et évaluation et une annexe portant sur le cadre logique et les indicateurs clés du plan d'action 2013-2017 ;
- Convertir budgétairement le plan d'action 2013-2017 et élaborer le cadre de dépenses à moyen terme ;
- Produire le premier draft du plan d'action 2013-2017 avant la fin du mois d'avril 2013 ;
- Présenter le premier draft du plan d'action 2013-2017 à la MSAS/CACMU à la fin du mois d'avril 2013 ;
- Définition du processus de validation du plan par le MSAS.

3.7 Cérémonie de clôture

Elle s'est effectuée avec les mêmes acteurs qu'à l'ouverture avec comme discours marquant la fin des travaux, celui du Directeur de Cabinet du MSAS qui au nom de Mme le Ministre a remercié les participants pour leur engagement et leur disponibilité. Selon le Directeur de Cabinet, la composante Mutuelle de Santé est essentielle dans la CMU.

Il a terminé son discours en précisant que les textes sur l'ONAMS et le FNSS sont déjà ficelés et sont soumis aux différents services concernés pour observations.