



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi



**Ministère de la Santé
et de l'Action Sociale**



Mondiale de la Santé



**PROGRAMME SANTE
COMPOSANTE
RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE**

PROJET DECAM

**RAPPORT DE SYNTHESE DES ETUDES DE FAISABILITE POUR
L'IMPLANTATION/LA RESTRUCTURATION DES MUTUELLES DE
SANTE DANS UNE PERSPECTIVE DE LEUR MISE EN RESEAU AU
NIVEAU DEPARTEMENTAL**

**DEPARTEMENTS DE SAINT- LOUIS, KAOLACK,
LOUGA ET KOLDA**

Résumé Exécutif :

Le projet « Développement de la Couverture Universelle par l'Assurance Maladie dans le contexte de la Décentralisation » (DECAM) est conçu pour opérationnaliser les orientations stratégiques d'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux à travers les mutuelles de santé. L'objectif du projet est d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité parmi les populations de ces secteurs. La stratégie qui sous-tend le projet DECAM est la mise en place d'un partenariat effectif entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat pour impulser les progrès vers la couverture maladie universelle. Ce présent rapport résume les résultats des études de faisabilité des réseaux départementaux de mutuelles de santé réalisées pour soutenir l'élaboration et l'harmonisation des paquets de bénéfiques, des politiques de cotisation, des politiques de subvention dans le cadre de la mise en œuvre du projet DECAM dans les départements pilotes de Kaolack, Kolda, Louga et St Louis.

La capacité de payer des ménages est une des dimensions clés dans l'élaboration des paquets des bénéfiques et des politiques de cotisation des mutuelles de santé. La capacité de payer des ménages des départements pilotes a été estimée sur la base des données de l'Enquête de Suivi de la Pauvreté réalisée par l'ANSD en 2005/2006 (ANSD/ESPS 2005/2006). Le département de St Louis est parmi les cinq départements aux revenus les plus élevés du pays où les dépenses moyennes annuelles par tête des ménages sont supérieures à 300.000 FCFA. Le département de Kaolack se situe dans un groupe intermédiaire de départements où les dépenses moyennes annuelles par tête des ménages avoisinent 200.000 FCFA. Les départements de Louga et de Kolda sont parmi les quinze départements les plus pauvres du pays : les dépenses moyennes annuelles par tête des ménages s'y situent respectivement à 160.000 FCFA et 135.000 FCFA. Dans le département de St Louis, les dépenses annuelles par tête parmi les 20% des ménages les plus aisés sont cinq (5) fois plus élevées que les dépenses annuelles par tête parmi les 20% des ménages les plus pauvres. Ce ratio se situe à 4,5 dans le département de Kaolack ; cinq (5) dans le département de Louga ; six (6) dans le département de Kolda. En somme, les inégalités en termes de capacité de payer des ménages et de supporter les contributions aux mutuelles de santé entre les départements pilotes sont à l'image des inégalités observées sur l'ensemble du pays.

Les capacités financières des collectivités locales sont très variables entre les types de collectivités locales dans les départements pilotes. En général, les chefs-lieux de département disposent de capacités financières relativement plus importantes qui constituent une base solide pour une intervention sanitaire plus ou moins systématique. Dans la majorité des autres communes et des communautés rurales, cependant, l'essentiel des interventions sanitaires est supportée par les transferts de l'Etat central à travers le Fonds de Dotation de la Décentralisation en raison de la faiblesse de leurs capacités financières. Par conséquent, à l'état actuel des capacités financières des collectivités locales, le financement des subventions aux mutuelles de santé et de la prise en charge des indigents dans la santé ne peut être assuré de façon significative et équitable que par l'Etat central. Dans ce cadre, les collectivités locales peuvent jouer un rôle important dans les modalités de distribution de subventions ciblées aux plus pauvres, l'identification des indigents et l'administration de la prise en charge en collaboration avec les mutuelles de santé, les organisations communautaires de base et les prestataires de soins.

Les dépenses annuelles de santé des ménages sont importantes dans les départements pilotes. Les dépenses annuelles de santé des ménages s'élèvent à 2,4 Milliards de FCFA dans le département de Kaolack en 2005/2006; 1,9 Milliards de FCFA dans le département de St Louis ; 1,1 Milliards de FCFA dans le département de Kolda ; 656 millions de FCFA dans le département de Louga. Entre 70% et 80% de ces dépenses sont constituées de dépenses en médicaments. Etant donnée la faiblesse de la couverture du risque maladie dans les départements, la quasi-totalité des dépenses de santé des ménages sont des paiements directs au moment du besoin. Les mutuelles de santé sont en train d'émerger dans les départements pilotes pour recycler les dépenses de santé des ménages à travers des mécanismes de financement de la santé basés sur le prépaiement et le partage des risques.

Les mutuelles de santé ont émergé dans les départements pilotes après l'année 2000 à l'image des mutuelles de santé communautaires qui ont émergé dans la région de Thiès dans les années 90s. Cependant, les mutuelles de santé des départements pilotes n'offrent jusque là que des paquets de services limités aux services des postes de santé et des centres de santé et à des taux de prise compris entre 50% et 75%. En raison

de la jeunesse des mutuelles de santé, des paquets de bénéfices relativement étroits, et de la faiblesse de la capacité de payer des populations, les taux de pénétration des mutuelles de santé sont relativement faibles: les taux de pénétration sont à 3% dans le département de Kaolack; 6% dans le département de Louga; 4% dans le département de Kolda.

Pour étendre la couverture maladie dans les secteurs informels et ruraux sur la base des mutuelles de santé, la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie repose sur l'amélioration de l'attractivité des paquets des bénéficiés des mutuelles de santé et l'abordabilité des cotisations pour les ménages soutenues par des mesures de subventions de l'Etat. L'amélioration de l'attractivité des paquets des bénéficiés des mutuelles de santé s'articule sur l'extension des paquets de bénéfices pour couvrir les soins aux niveaux des postes de santé, des centres de santé et des hôpitaux, l'inclusion des prestataires privés, et l'augmentation des taux de prise en charge par les mutuelles de santé pour réduire les niveaux de copaiements des bénéficiaires. Des options de paquets de bénéfices des mutuelles de santé ont été simulées sur la base des caractéristiques de l'offre et de la demande des soins de santé dans les départements pilotes. Dans le cadre du statu quo où l'Etat ne subventionne pas les mutuelles de santé, ces options de paquets de bénéfices, qui coûteraient entre 6 500 FCFA et 8 000 FCFA par bénéficiaire par an, ne seraient abordables que pour la moitié des ménages les plus aisés dans les départements pilotes.

Pour assurer des paquets de services attractifs et abordables pour les ménages au niveau des départements pilotes, il est nécessaire de subventionner les cotisations aux mutuelles de santé. Une subvention de 50% des taux de cotisation aux mutuelles de santé, qui coûterait entre 3 500 FCFA et 4 000 FCFA par bénéficiaire par an aux pouvoirs publics, garantirait l'abordabilité des cotisations à la majorité de la population. Elle devrait être combinée, cependant, avec *une subvention ciblée* aux plus pauvres pour assurer la prise en charge des indigents. Etant donnée la faiblesse des capacités financières de la majorité des collectivités locales des départements pilotes, l'Etat devrait jouer un rôle primordial dans le financement des politiques de subvention.

Le tableau ci-dessous résume les projections des dépenses et de ressources des réseaux départementaux de mutuelles de santé sous une politique de subvention de 50% des taux de cotisation au niveau des quatre départements selon le taux de couverture de la population. A un taux de pénétration de 50%, la moitié des populations départementales pilotes seraient bénéficiaires des mutuelles de santé, soit 645 000 bénéficiaires. Les ménages contribueraient 2,1 Milliards de FCFA pour leurs cotisations ; 2,5 Milliards de FCFA seraient attendus des pouvoirs publics pour la subvention, y compris la subvention pour prendre en charge 65 000 indigents.

Projections des dépenses et des ressources des réseaux départementaux de mutuelles de santé sous une politique de subvention de 50% des taux de cotisation au niveau des quatre départements selon le taux de couverture de la population, ensemble des quatre départements				
	Proportion de la population couverte / Taux de pénétration (%)			
	20	30	40	50
Nombre de bénéficiaires	258 111	387 167	516 223	645 279
Dépenses totales (FCFA)	1 916 170 354	2 675 505 532	3 434 840 709	4 194 175 886
Ressources (FCFA)				
Cotisations des ménages	820 081 991	1 230 122 987	1 640 163 983	2 050 204 978
	1 822 404 426	2 733 606 638	3 644 808 851	4 561 011 054

Les arrangements institutionnels des mutuelles de santé sont conçus pour s'adapter aux conditions économiques et sociales des populations employées dans les secteurs informels et ruraux. La population cible des mutuelles de santé communautaires couvre toutes les personnes résidentes des collectivités locales des départements pilotes à l'exception des personnes assujetties aux régimes d'assurance maladie obligatoire basée sur l'emploi. Les résidents peuvent adhérer aux mutuelles de santé selon l'option d'adhésion familiale ou l'option d'adhésion en groupe (coopératives, groupements d'intérêt économique, groupements féminins,

sociétaires des institutions de micro finance, daara, etc.). L'exception de l'adhésion individuelle est admise dans le cadre d'arrangements contractuels entre les organismes qui gèrent des initiatives de gratuités ciblées sur des catégories de population et les mutuelles de santé pour la prise en charge des bénéficiaires des initiatives de gratuités. Etant donné le caractère saisonnier du cycle de revenus des ménages dans la population rurale, il est recommandé de laisser le choix de la périodicité des cotisations aux adhérents au moment de l'adhésion entre une option de cotisation semestrielle et une option de cotisation annuelle afin de minimiser les coûts de collecte des cotisations des ménages et les coûts de transaction des politiques de subvention.

Les institutions mutualistes sont organisées à deux niveaux dans le cadre du DECAM. Les mutuelles de santé communautaires et l'union départementale des mutuelles de santé remplissent des rôles complémentaires dans les fonctions de collecte des revenus, d'assurance maladie et de mise en commun des risques, et d'achat des soins de santé, et l'organisation des institutions mutualistes sur la base du principe de subsidiarité. Les mutuelles de santé communautaires sont responsables de la prise en charge du paquet de base (services des postes de santé et des centres de santé) et signent des conventions spécifiques avec les postes et centres de santé de leurs zones d'intervention. L'union départementale des mutuelles de santé, qui est responsable de la prise en charge du paquet complémentaire (services des hôpitaux), entretient des relations contractuelles avec les hôpitaux qui desservent le département et les hôpitaux nationaux. La référence des postes et des centres de santé est obligatoire pour accéder aux bénéfices du paquet complémentaire.

1. Contexte :

Le Sénégal s'est doté en 2005 d'une stratégie nationale de protection sociale et de gestion des risques dont les principales orientations constituent le contenu de l'axe stratégique d'extension de la protection sociale du document de stratégies de réduction de la pauvreté de 2006. Le Ministère chargé de la santé a engagé depuis 2007, avec l'ensemble des ministères et des parties prenantes impliqués dans les différents systèmes d'assurance maladie, des réflexions sur la couverture du risque maladie des sénégalais. Les travaux diligentés par le Ministère chargé de la santé ont identifié plusieurs axes stratégiques pour étendre la couverture du risque maladie dont (i) la réforme des politiques de gratuité des soins pour les rendre plus pérennes à travers la création d'un fonds national de solidarité Santé, (ii) la réforme des institutions de prévoyance maladie (IPM), et (iii) l'extension de la couverture du risque maladie à travers les mutuelles de santé dans le contexte de la décentralisation. Le premier axe et le troisième axe constituent la trame stratégique du projet « **Développement de la Couverture Universelle par l'Assurance Maladie dans le contexte de la Décentralisation** » (DECAM)

Le projet DECAM est conçu pour opérationnaliser les orientations stratégiques d'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux à travers les mutuelles de santé.

Il s'inscrit dans une approche incrémentielle pour étendre la couverture de l'assurance maladie dans les secteurs informels et ruraux. **L'objectif à long-terme** du projet de démonstration de l'extension de l'assurance maladie est **d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité parmi les populations des secteurs ruraux et informels**. Pour atteindre cet objectif général, le projet DECAM vise les **objectifs spécifiques** suivants: (i) développer un modèle d'institutions mutualistes au niveau local pour soutenir l'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux; (ii) augmenter le taux de couverture de l'assurance maladie à au moins 50% dans les cinq départements pilotes à l'horizon 2015; (iii) rationaliser la prise en charge des bénéficiaires des initiatives de gratuité (accouchements et césariennes, bénéficiaires du plan sésame) à travers des contrats de performance entre le Fonds National de Solidarité Santé et les réseaux locaux de mutuelles de santé; (iv) assurer la prise en charge gratuite des soins de santé des indigents à hauteur de 10% des bénéficiaires des mutuelles de santé dans les cinq départements pilotes à l'horizon 2015.

La stratégie qui sous-tend le projet de démonstration du DECAM est la mise en place d'un partenariat effectif entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat pour étendre l'impact de l'assurance maladie en perspective de la couverture maladie universelle. Le but recherché à travers cette synergie d'interventions entre ces différents acteurs est de s'appuyer sur les mutuelles de santé pour assurer une couverture maladie à la majorité de la population sénégalaise employée dans les acteurs des secteurs informels et ruraux. La phase pilote du projet DECAM couvre cinq départements, à savoir Saint-Louis, Louga, Diourbel, Kaolack et Kolda.

Les activités de la phase pilote sont menées dans le cadre de la collaboration entre le Ministère de la santé et de l'action sociale, à travers la Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle, P4H à travers l'OMS Bureau Pays, et la Composante Renforcement du Système de Santé du Programme Santé de l'USAID.

Pour appuyer le démarrage de cette phase pilote, une étude de faisabilité est réalisée dans chacun des départements pilotes. **La première section du présent document résume les résultats des études de faisabilité des réseaux départementaux de mutuelles de santé de Kaolack, Kolda, Louga et St Louis.** La deuxième section résume la raison d'être, les objectifs, l'étendue et les sources de données des études de faisabilité. La troisième section discute de la capacité de payer des ménages et des collectivités locales, de l'offre et de la demande et de l'utilisation des soins de santé, et de la situation des mutuelles de santé dans les quatre départements. La quatrième section résume les options de paquets de bénéfices, de politiques de subventions, cotisations, et d'adhésions, et de l'organisation des mutuelles de santé qui ont servi de bases de discussion pour l'harmonisation et la restructuration des mutuelles de santé au niveau des quatre départements pilotes. Enfin, la cinquième section résume les recommandations portant sur les paramètres clés des mutuelles de santé.

2. Approche des études de faisabilité

2.1. Raison d'être :

La Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie (SNECRM) adoptée en 2008 a inscrit le développement des mutuelles de santé parmi les piliers stratégiques pour étendre la couverture du risque maladie sous l'impulsion de l'Etat. A l'état actuel de leur développement, les organisations de mutuelles de santé, sont des organisations sans but lucratif, conçues, détenues et gérées par leur membres afin d'améliorer l'accès financier aux services de santé. S'appuyant sur les principes sous-jacents de solidarité et de démocratie, les paquets de prestations des mutuelles de santé, les politiques de contribution et la politique d'adhésion sont conçus par leurs membres en fonction de leurs préférences et de leur capacité de payer. Pour impulser le développement des mutuelles de santé, la SNECRM a défini une course d'action politique : (i) l'implantation d'une mutuelle de santé au moins dans chaque collectivité locale (commune et communauté rurale) et (ii) la mise en réseau des mutuelles au niveau départemental pour promouvoir la professionnalisation de la gestion et la mise en commun des gros risques. En outre, des subventions générales et des subventions ciblées seront testées à travers la création d'un Fonds national de Solidarité Santé pour d'une part supporter les dépenses de prestations les plus coûteuses et d'autre part assurer la prise en charge médicale des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé.

La phase pilote du projet DECAM est une première étape pour bâtir les organisations de base d'un système national d'assurance maladie pour étendre la couverture du risque dans les secteurs informels et ruraux de la population. Le démarrage du projet DECAM est soutenu par une étude de faisabilité qui est réalisée dans chacun des départements pilotes pour appuyer le processus d'adaptation et d'harmonisation de la conception des mutuelles de santé. L'étude de faisabilité doit fournir une base d'informations pour soutenir l'élaboration de scénarios de paramètres fondamentaux des mutuelles de santé et des unions départementales (paquet de prestations, politique d'adhésion, politique de contribution, mesures de gestion des risques, structure organisationnelle) et leur adaptation dans les départements pilotes. Les options de politique de subventions générales et de subventions ciblées et la contribution attendue des pouvoirs publics sont également élaborées sur la base des résultats des études de faisabilité départementales. Cette base d'information permet aux Comités Départementaux de Suivi (CDS) d'encadrer la détermination des options de paramètres pour la mise en place et la restructuration des mutuelles de santé et leur mise en réseau dans les départements pilotes.

2.2. Objectifs :

L'objectif général de l'étude de faisabilité départementale est de fournir des informations d'ordre social, économique, institutionnel et sanitaire permettant la mise en œuvre de la phase pilote du DECAM, à travers ces différents piliers dans les cinq départements de concentration. L'étude de faisabilité départementale vise à atteindre les objectifs spécifiques suivants : (i) compiler des informations générales sur la situation démographique, économique et sociale, les institutions financières, les sources et les niveaux de revenus des ménages dans les départements pilotes ; (ii) compiler des informations générales sur la disponibilité et l'offre de services de santé dans les départements pilotes ; (iii) analyser les niveaux et les schémas d'utilisation des services de santé et les dépenses de santé sur la base des sources de données existantes ; (iv) faire l'état des lieux du niveau de fonctionnalité des mutuelles de santé existantes dans les départements pilotes ; et (iv) élaborer des scénarios de paramètres fondamentaux harmonisés des mutuelles de santé et des réseaux départementaux adaptés à l'environnement socio-économique et sanitaire des départements pilotes.

Quatre résultats sont attendus de l'étude de faisabilité au niveau de chaque département pilote. Premièrement, il est attendu que les parties prenantes de la mise en œuvre du projet DECAM dans les départements pilotes disposent d'une base d'information pour appuyer les décisions sur les paquets de bénéfices, les niveaux de cotisations et autres paramètres fondamentaux des mutuelles de santé et de l'union départemental des mutuelles de santé. Deuxièmement, il est attendu que les niveaux de cotisation des mutuelles de santé soient basés sur la capacité de payer des populations employées dans les secteurs informels et ruraux des départements pilotes. Troisièmement, il est attendu que les niveaux de subvention générale nécessaires pour l'extension des paquets de bénéfices et améliorer l'attractivité des mutuelles de santé soient estimés. Enfin, il est attendu que les niveaux de subvention ciblée nécessaires pour la prise en charge des groupes vulnérables et des indigents à travers les mutuelles de santé soient estimés.

2.3. Méthodologie :

L'étude de faisabilité couvre le territoire de chacun des quatre départements pilotes. Les informations sur la situation démographique, économique et sociale, et les sources et les niveaux de revenus des ménages sont compilées à partir des sources de données existantes dans les départements pilotes. Les informations générales sur les caractéristiques démographiques, économiques et la situation sociale sont recueillies sur la base de la littérature grise du ministère chargé de la santé, des services statistiques nationaux et régionaux et de documents existants dans les départements pilotes. Les composantes régionales des enquêtes nationales existantes sur les conditions de vie domestiques et des enquêtes régionales ou départementales spécifiques auprès des ménages sont utilisées pour analyser les sources, les niveaux et la répartition des revenus ou dépenses des ménages comme bases pour évaluer la capacité de payer des ménages pour les services de santé dans les départements pilotes. L'analyse des niveaux et des schémas d'utilisation des services de santé et des dépenses liées à la santé reposent sur les sous-échantillons départementaux des enquêtes auprès des ménages existants. Au sein des départements pilotes, les informations générales sur la disponibilité et la fourniture des services de santé sont recueillies. Enfin, la collecte et l'analyse des informations sur le niveau de fonctionnalité des mécanismes d'assurance communautaires concernent les mutuelles de santé existantes dans les départements de concentration.

Des scénarios de paramètres fondamentaux des mutuelles de santé adaptés à l'environnement départemental sont développés sur la base des informations compilées. Au moins trois scénarios ou options de paramètres fondamentaux spécifiques des mutuelles de santé sont élaborées et leurs avantages et inconvénients par rapport au contexte départemental, dont la capacité des ménages à payer, sont analysés afin de fournir une base pour la prise de décisions des acteurs départementaux concernant les options de politique à mettre en œuvre dans les départements pilotes.

3. Résultats clés 1: Situation de base :

3.1. Situation générale des départements cibles :

Les activités économiques sont très diverses au niveau des départements étudiés, avec une prédominance des activités relevant du secteur primaire. Les activités industrielles occupent encore une place marginale dans l'économie locale pour la plupart des départements. Les activités commerciales et industrielles sont, cependant, relativement plus importantes dans les départements dont les chefs-lieux ont occupé des fonctions administratives élevées dans leur histoire.

Relativement aux activités agricoles, les départements de Kaolack et de Kolda sont les mieux lotis. Le département de Kaolack, bastion du bassin arachidier, est caractérisé par la prédominance du secteur agricole rural qui occupe 75 % de la population, avec comme cultures dominantes l'arachide, les pastèques, le niébé, les mil sounas, le sorgho, le maïs, le sésame, le riz, le fonio et les cultures maraîchères. Dans le département de Kolda, l'agriculture constitue l'activité économique dominante, avec comme principales productions : le mil, le sorgho, le maïs, le riz (pour les cultures vivrières), l'arachide, le coton, le sésame (pour les cultures de rente). Dans le département de Saint Louis, l'agriculture est essentiellement maraîchère (avec une dominante de légumes et d'oignons). Elle est pratiquée surtout par les trois communautés rurales qui gravitent autour de la commune de Saint Louis (principal marché pour l'écoulement des produits). On note l'existence d'une agriculture péri urbaine pratiquée dans la zone de Bango.

L'élevage est pratiqué dans tous les départements pilotes. Dans le département de Louga, l'élevage constitue l'une des activités clés de la région en raison de l'appartenance d'une grande partie de son territoire (65%) à la zone sylvo-pastorale. Dans le département de Saint Louis, l'élevage est pratiqué sous forme de quatre types prédominants : élevage des ruminants, aviculture, apiculture, cuniculiculture. Dans le département de Kaolack, l'élevage occupe une place importante : le département constitue le principal fournisseur de la viande de bovins à l'échelle régionale et concentre une grande part de la production de cuirs et peaux.

La pêche est essentiellement pratiquée dans le département de Saint Louis, avec trois types de pêche : pêche maritime, pêche continentale et aquaculture. Elle constitue une activité pourvoyeuse de richesse et d'emplois et contribue à la réalisation de l'objectif d'autosuffisance alimentaire de la région. La pêche maritime, pratiquée dans la zone côtière du département de Saint-Louis, contribue à la formation du PIB départemental à hauteur de 10 milliards de F CFA, soit environ 6% en valeur relative.

Le secteur du commerce est assez dynamique dans l'ensemble des départements pilotes. Dans le département de Saint Louis, le secteur est caractérisé par la prédominance de l'informel, avec un apport de plus de 20% au produit local brut du départemental. Dans le département de Louga, le commerce connaît un essor certain notamment au niveau des matériaux de construction, sans occulter les autres activités de services nées de l'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (télé centres, cyber café, services de bureautique etc.) émergent et qui occupent une bonne partie des jeunes. Le département de Kolda, au regard de sa position géographique (frontalier à la Gambie au nord et à la Guinée Bissau au sud), connaît des échanges commerciaux importants avec ces pays limitrophes à travers le marché hebdomadaire international de Diaobé.

Relativement aux activités industrielles, le département de Saint Louis est le mieux pourvu comparé aux autres départements pilotes. Le département concentre 61% des industries et PME/PMI de la région. Le département de Louga se caractérise par un potentiel assez important et un savoir-faire dans le secteur de l'artisanat, notamment dans les domaines de la menuiserie, de la tapisserie, de la confection de chaussures, d'objets d'art et d'instruments de musique et de la poterie (pour les femmes). Les transferts d'argent effectués par les émigrés ont un poids important sur l'économie locale. Le département compte seulement trois (3) unités industrielles : la SPIA, l'INDOSEN et la SONACOS. Dans le département de Kolda, on assiste à la naissance de petites entreprises (unités de transformation) telles que les laiteries, mielleries, unités de productions de noix de cajou, de pâte d'arachide, d'huile de palme etc. Ce développement de la micro entreprise est fortement encouragé par les ONG locales et les divers programmes régionaux et nationaux qui viennent stimuler une économie locale assez fragile.

La diversité des activités économiques entre les quatre départements reflète dans une large mesure leur histoire administrative. A un extrême, la ville de St Louis est l'ancienne capitale de l'Afrique Occidentale

Française ; elle est restée la capitale de l'ancienne région du Fleuve pendant plusieurs décennies après les indépendances. Par ailleurs, Kaolack a été pendant plusieurs décennies la capitale de l'ancienne région du Sine-Saloum et du bassin arachidier. A l'autre extrême, les régions de Louga et de Kolda sont de création plus récente : les deux villes ont été pendant longtemps des chefs-lieux de département avant leur mutation récente en capitales régionales. Cette diverse histoire administrative explique la plus forte urbanisation du département de St Louis, suivi par le département de Kaolack ; les deux autres départements étant jusqu'à présent des départements ruraux.

La taille des collectivités locales est très variable dans les quatre départements. Dans le département de Saint Louis, en dehors de la commune de Saint-Louis qui compte 206 879 habitants, toutes les autres collectivités locales ont une population variant entre 7 600 et 20 000 habitants à l'exception de la communauté rurale de Gandon qui compte 36 000 habitants. Dans le département de Kaolack, la commune de Kaolack, qui compte 200 000 habitants, concentre près de la moitié de la population du département. Les quatre autres communes du département sont de taille relativement réduite comprise entre 6 600 et 10 600 habitants. Parmi les neuf communautés rurales du département, la taille de la population varie de 10 800 habitants à 30 000 habitants.

La population du département de Louga est relativement dispersée. La commune de Louga ne concentre que 92 800 habitants, soit le quart de la population du département. Le reste de la population est distribuée entre 14 communautés rurales dont la taille varie entre 5 000 habitants et 30 000 habitants ; la moitié des communautés rurales a une population inférieure à 16 000 habitants.

Dans le département de Kolda, à l'exception de la commune de Kolda, la majorité des communautés rurales comptent une population comprise entre 4 000 et 17 000 habitants. De création récente, les trois autres communes du département comptent chacune moins de 2 500 habitants.

Tableau 1. Répartition de la population selon le département cible et le milieu de résidence en 2011

Données démographiques	Saint Louis	Louga	Kaolack	Kolda
Population totale du département	279 428	366 629	410 578	233 500
Population urbaine	214 481	92 807	221 633	79 226
Population rurale	64 947	273 822	188 945	154 274
Taux d'urbanisation (%)	76,8	25,3	54,0	33,9
Chef-lieu du département	206 879	92 807	193 899	73 625
Autres Communes				
Nombre d'autres communes	1	-	4	3
Taille médiane des autres communes	7 602	-	10 533	2 194
Taille minimum des autres communes	7 602	-	6 606	1 016
Taille maximum des autres communes	7 602	-	10 595	2 391
Communautés Rurales (CR)				
Nombre de CRs	3	14	9	11
Taille médiane des CR	19 757	16 068	21 253	14 980
Taille minimum des CR	9 111	4 989	10 812	4 375
Taille maximum des CR	36 078	30 335	29 361	16 982

Source : Projections démographiques (ANSD)

La combinaison de la diversité des activités économiques, l'histoire et les fonctions administratives des départements contribuent à une large variabilité de la capacité à payer des ménages des départements pilotes. Par ailleurs, la variabilité de la taille des collectivités locales a des implications importantes sur l'organisation des mutuelles de santé qui serait envisagée dans chaque département relativement à la stratégie « une collectivité locale, au-moins une mutuelle de santé ».

3.2. Capacité de payer des ménages

Encadré 1 : Capacité de payer des ménages

Les dépenses des ménages sont généralement utilisées pour évaluer leurs capacités de payer des biens et services nécessaires à la consommation de leurs membres. *Les dépenses de consommation* sont obtenues en retranchant des dépenses globales, les dépenses versées à des tiers et non consommées par les membres du ménage (impôts et taxes versés, transferts versés) et les dépenses effectuées sous forme d'investissement (construction). Les dépenses annuelles par tête des ménages sont utilisées dans cette étude comme une approximation de la capacité de payer des ménages. Les données de l'ESPS de 2005/2006 sont utilisées dans le cadre des études de faisabilité : en d'autres termes, les données fournissent une estimation basse de la capacité de payer des ménages.

Dans la présente étude, les ménages sont classés suivant l'ordre croissant de la dépense de consommation, du premier au dernier, c'est-à-dire, de la dépense la plus faible à la plus élevée. Etant donné que la consommation totale du ménage est rapportée à la taille du ménage exprimée en nombre de personnes, les individus d'un même ménage ont la même consommation par tête. Ensuite, ces ménages sont répartis dans cet ordre, en cinq catégories de 20% chacune. Ainsi le premier quintile correspond aux 20% des ménages les plus pauvres et le dernier quintile aux 20% des ménages les plus riches.

La **figure 1** résume les tendances nationales de la capacité de payer des ménages sur la base des données de l'Enquête de Suivi de la Pauvreté réalisée par l'ANSD en 2005/2006 (ANSD/ESPS 2005/2006). Le département de St Louis et les quatre départements de la région de Dakar sont les cinq départements aux revenus les plus élevés du pays : les dépenses moyennes annuelles par tête des ménages sont supérieures à 300.000 FCFA dans ces cinq départements. Le département de Kaolack se situe dans une position intermédiaire à l'image des départements de Thiès, de Mbour et de Tivaouane : dans ce groupe intermédiaire, les dépenses moyennes annuelles par tête des ménages avoisinent 200.000 FCFA.

Les départements de Louga et de Kolda sont parmi les quinze départements les plus pauvres du pays : les dépenses moyennes annuelles par tête des ménages se situent respectivement à 160.000 FCFA et 135.000 FCFA dans les deux départements. En d'autres termes, les inégalités de la capacité de payer des ménages dans les départements pilotes sont aussi profondes que les inégalités observées parmi l'ensemble des départements du pays.

Les inégalités de la capacité de payer des ménages sont aussi importantes à l'intérieur des départements pilotes (voir **figure 2**). Dans le département de St Louis, les dépenses annuelles par tête parmi les 20% des ménages les plus aisés (quintile 5) sont cinq (5) fois plus élevées que les dépenses annuelles par tête parmi les 20% des ménages les plus pauvres (quintile 1). Dans le département de Kaolack, les dépenses annuelles par tête parmi les 20% des ménages les plus aisés sont 4,5 fois plus élevées que les dépenses annuelles par tête parmi les 20% des ménages les plus pauvres. Dans le département de Louga, les dépenses annuelles par tête parmi les 20% des ménages les plus aisés sont cinq (5) fois plus élevées que les dépenses annuelles par tête parmi les 20% des ménages les plus pauvres. Enfin, dans le département de Kolda, les dépenses annuelles par tête parmi les 20% des ménages les plus aisés sont six (6) fois plus élevées que les dépenses annuelles par tête parmi les 20% des ménages les plus pauvres. Les inégalités de la capacité de payer observées dans les départements pilotes sont à l'image des inégalités dans les autres départements du Sénégal.

Figure 1. Départements pilotes dans les tendances de la capacité de payer des ménages des départements du Sénégal

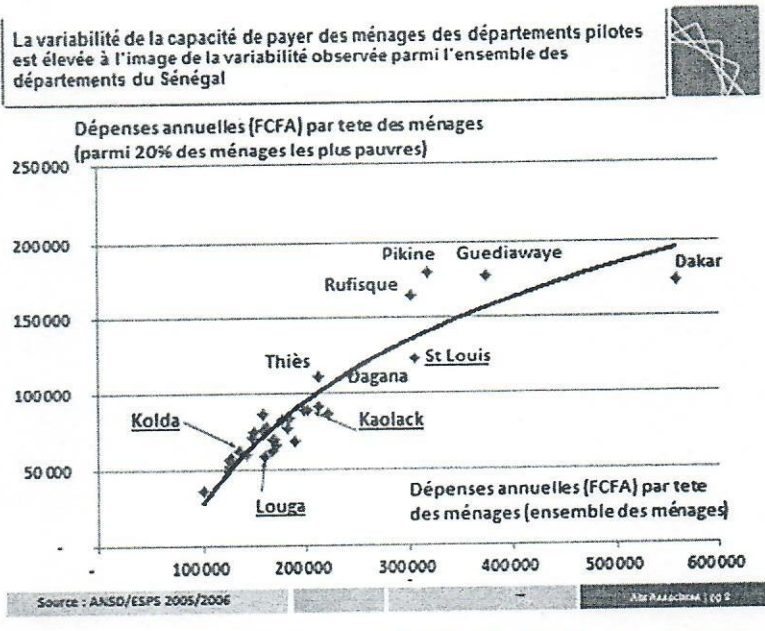
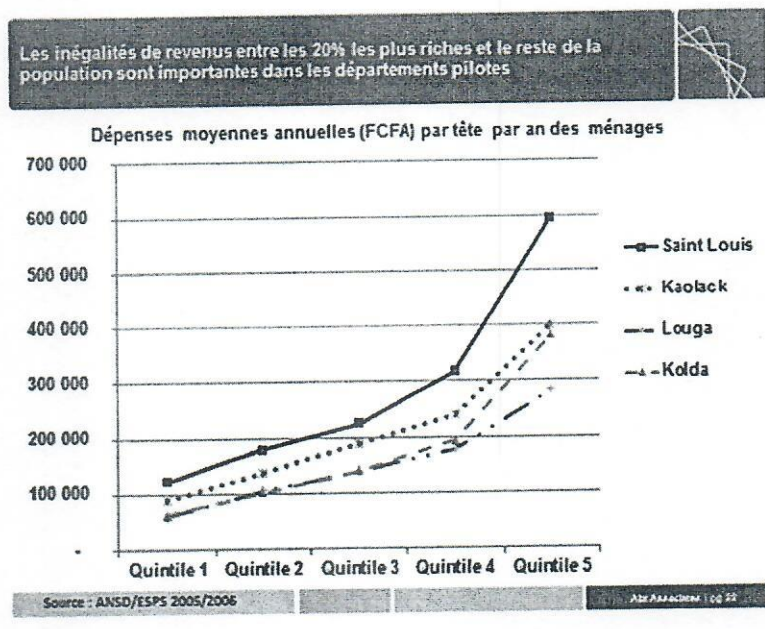


Figure 2. Inégalités de la capacité de payer des ménages dans les départements pilotes



3.3. Capacité de payer des collectivités locales :

Les capacités financières des collectivités locales sont très variables entre les types de collectivités locales. En général, les chefs-lieux de département disposent de capacités financières relativement plus importantes qui constituent une base pour une intervention sanitaire plus ou moins systématique. Leurs efforts internes de santé sont, cependant, très variables : si la commune de St Louis alloue 8% de ses dépenses sur ressources propres aux services de santé, la commune de Louga n'alloue que moins de 1% de ses dépenses sur ressources propres aux services de santé. A l'exception de la communauté rurale de Gandon, dans le département de St Louis, dont les dépenses totales sur ressources propres sont d'environ 650 millions de FCFA, les capacités financières des autres collectivités locales des départements sont faibles. Dans le département de Kaolack, la moitié des communautés rurales ont des dépenses totales sur ressources propres inférieures à 26 millions de FCFA ; dans le département de Louga, moins de 8 millions de FCFA ; dans le département de Kolda, moins de 1,5 millions de FCFA. Dans la majorité des communautés rurales, l'essentiel des interventions sanitaires est supportée par les transferts de l'Etat central à travers le Fonds de Dotation de la Décentralisation.

Les communes de St Louis et de Louga et les communautés rurales du département de St Louis disposent de mécanismes de prise en charge des indigents dans la santé : jusqu'ici, cependant, ces mécanismes ne couvrent qu'un nombre relativement limité de personnes en raison de la faiblesse des budgets alloués à cette fonction. De telles pratiques sont inexistantes dans les autres collectivités locales.

Tableau 2 : Capacités financières des collectivités locales : quelques indicateurs (FCFA) en 2011				
Dépenses	St Louis	Kaolack	Louga	Kolda
Chef-lieu du département				
Dépenses totales sur ressources propres	1 899 009 814	ND	641 149 100	ND
Dépenses santé sur ressources propres	158 533 517	ND	6 789 000	ND
Dépenses santé sur FDD	9 910 511	3 721 000	18 000 000	ND
Secours aux indigents - dépenses santé	6 500 000	0	5 821 205	ND
Autres Communes (Médiane)				
Nombre d'autres communes	1	4	-	3
Dépenses totales sur ressources propres	30 724 947	22 299 846	-	8 891 250
Dépenses santé sur ressources propres	2 699 560	1 250 000	-	0
Dépenses santé sur FDD	1 656 000	1 250 000	-	900 000
Secours aux indigents - dépenses santé	1 500 000	0	-	0
Communautés Rurales (Médiane)				
Nombre de communautés rurales	3	9	15	10
Dépenses totales sur ressources propres	3 000 000	25 540 606	7 865 237	1 395 191
Dépenses santé sur ressources propres	500 000	500 000	0	0
Dépenses santé sur FDD	1 500 000	2 330 000	2 330 000	2 330 000
Secours aux indigents - dépenses santé	800 000	0	0	0

Par conséquent, à l'état actuel des capacités financières des collectivités locales, le financement de la prise en charge des indigents dans la santé ne peut être assuré de façon significative et équitable que par l'Etat central. Dans ce cadre, les collectivités locales peuvent jouer un rôle important dans les modalités de distribution de subventions ciblées aux plus pauvres, l'identification des indigents et l'administration de la prise en charge en collaboration avec les mutuelles de santé et les organisations communautaires de base.

3.4. Offre et demande de soins de santé :

Les départements de Saint Louis et Kaolack possèdent des caractéristiques (urbanisation, capacité de payer des ménages, fonctions administratives, poids démographique) qui se reflètent dans les spécificités de la santé à travers la diversité de l'offre de soins dont une gamme variée de prestataires, y inclus tous les échelons de l'offre publique de soins et la croissance de l'offre privée.

Type d'organisation	St Louis	Kaolack	Louga	Kolda
Hôpitaux publics	1	1	1	1
Centres de santé publics	2	2	1	1
Postes de santé publics	26	41	36	27
Cases de santé	-	71	145	-
Cliniques et cabinets privés	15	17	7	2

Le secteur privé compte pour près de 20% des soins ambulatoires dans le département de Saint Louis et pour 18% dans le département de Kaolack. Le département de Louga se caractérise par un recours important des populations aux prestataires du secteur privé : 34% des individus ayant déclaré être malades ont eu recours à des prestataires privés contre 16% qui se font consulter auprès des centres de santé et des hôpitaux publics et 22% auprès des postes de santé publics ; l'importance relative du choix des prestataires privés est observée aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, reflétant sans doute les effets induits des transferts de fonds des émigrés. Par conséquent, les options de paquets de services des mutuelles de santé devraient envisager l'inclusion des services des prestataires privés au niveau de ces trois départements.

Pourcentage (%) de malades ayant choisi un prestataire donné au premier recours				
Type de prestataire	St Louis	Kaolack	Louga	Kolda
Hôpital/Clinique/Dispensaire Privé	11,3	18,3	33,5	10,6
Hôpital/Centre de Santé Public	29,3	29,5	16,0	11,3
Dispensaire/Poste de Santé Public	20,3	16,0	21,6	32,6
Médecin/Dentiste Privé	2,0	0,6	0,8	0,2
Guérisseur/Marabout	5,2	2,9	11,0	6,2
Sage-Femme/Infirmier de Quartier	0,8	0,8	0,2	1,2
Chrétien/ONG	1,6	2,0	0,5	0,5
Pharmacie/Pharmacien	1,0	0,1	0,0	0,1
Case de Santé	0,5	1,5	0,0	5,9
Autre	0,7	0,1	0,6	0,0
N'ont pas fréquenté	27,4	28,3	15,8	31,4

Source : ANSD/ESPS 2005/2006

Les paiements directs de soins de santé des ménages sont importants en terme absolu dans chacun des quatre départements. Les dépenses annuelles de santé des ménages s'élèvent à 2,4 Milliards de FCFA dans le département de Kaolack ; 1,9 Milliards de FCFA dans le département de St Louis ; 1,1 Milliards de FCFA dans le département de Kolda ; 656 millions de FCFA dans le département de Louga. Entre 70% et 80% de ces dépenses sont constituées de dépenses en médicaments. En plus des médicaments, les consultations, l'hospitalisation et les examens constituent les autres postes de dépenses de santé des ménages. Au-delà des niveaux, une des caractéristiques principales des dépenses de santé des ménages est qu'elles sont effectuées directement au moment du besoin. Par ailleurs, la variabilité des dépenses de santé des ménages est très importante avec une concentration des dépenses de santé parmi les ménages ayant connu des dépenses catastrophiques de santé.

Nature de la dépense	Saint Louis	Louga	Kaolack	Kolda
Consultations médicales	251 000 000	113 000 000	380 000 000	117 000 000
Médicaments et pharmacopée	1 391 000 000	440 000 000	1 725 000 000	839 000 000
Hospitalisation	104 000 000	42 000 000	123 000 000	37 000 000
Examens et soins médicaux	137 000 000	51 000 000	125 000 000	41 000 000
Lunettes et prothèses	10 000 000	2 000 000	2 000 000	4 000 000
Matériels de traitement	20 000 000	8 000 000	18 000 000	18 000 000
Ensemble	1 914 000 000	656 000 000	2 373 000 000	1 055 000 000

Source : ESPS2006 (ANSD)

Les dépenses annuelles de santé par tête des ménages augmentent plus que proportionnellement avec le niveau de revenus des ménages (voir tableau 6 ci-dessous). En moyenne, les dépenses de santé annuelles par tête des ménages sont plus élevées dans les départements les plus urbanisés et aux niveaux de revenus les plus élevés de St Louis et de Kaolack comparés aux départements ruraux de Kolda et de Louga aux revenus les plus faibles. A l'intérieur des départements, les dépenses de santé annuelles par tête des 20% des ménages les plus riches sont près de huit (8) fois plus élevées que les dépenses de santé annuelles par tête des 20% des ménages les plus pauvres dans le département de St Louis ; plus de cinq (5) fois dans le département de Kaolack ; plus de dix (10) fois dans le département de Louga ; près de six (6) fois dans le département de Kolda. Comparée à la variabilité des niveaux des dépenses totales annuelles par tête des ménages selon le quintile de revenus, la variabilité des dépenses annuelles de santé par tête suggère que la santé est un bien de luxe dans les départements pilotes.

En somme, les dépenses de santé des ménages sont importantes dans les départements pilotes. Etant donnée la faiblesse de la couverture du risque maladie dans les départements, la quasi-totalité des dépenses de santé sont des paiements directs des ménages au moment du besoin. Les paiements directs pour les médicaments constituent de loin la première source des dépenses de santé des ménages, suivis des frais de consultations, des frais liés à l'hospitalisation et aux examens. Les dépenses moyennes des ménages sont plus élevées dans les départements les plus riches comparés aux départements les plus pauvres. A l'intérieur des départements, les dépenses de santé des ménages augmentent significativement avec la capacité de payer des ménages. L'importance des dépenses directes de santé est un des principaux défis de la couverture du risque maladie dans les départements. Les mutuelles de santé sont en train d'émerger dans les départements pilotes pour recycler les dépenses de santé des ménages à travers des mécanismes de financement de la santé basés sur le prépaiement et le partage des risques.

Tableau 6. Dépenses de santé annuelles par tête (FCFA) des ménages

Niveau de revenus	St Louis	Kaolack	Louga	Kolda
1er quintile	2 147	2 279	503	1 587
2eme quintile	4 806	4 128	1 431	2 903
3eme quintile	6 755	5 142	1 216	3 468
4eme quintile	6 674	6 115	2 393	4 117
5eme quintile	16 424	12 466	5 245	9 132
Ensemble	7 906	5 703	2 355	3 336

Source : ESPS2006 (ANSD)

3.5. Situation des mutuelles de santé :

Les mutuelles de santé ont émergé dans les départements pilotes après l'année 2000 à l'image des mutuelles de santé communautaires qui ont émergé dans la région de Thiès dans les années 90s. Cependant, elles n'offrent jusqu'à présent que des paquets de services relativement étroits dans les départements pilotes, avec des paquets limités aux services des postes de santé et des centres de santé. Les mutuelles de santé offrent des garanties plafonnées à 2000 FCFA dans le département de St Louis. Dans le département de Kaolack, les mutuelles de santé offrent des paquets de services relativement homogènes qui reflètent l'influence du réseau émergent de Oyofal Paj, comparée à la diversité observée dans d'autres départements du pays. Contrairement au département de Saint Louis, la majorité des mutuelles localisées dans le département de Kaolack offrent des paquets de services relativement larges et entretiennent des relations contractuelles avec les postes de santé et les centres de santé. A noter, par ailleurs, que les taux de prise en charge des mutuelles de santé sont relativement homogènes et se situent entre 50% et 75% selon la prestation.

Tableau 7. Situation des mutuelles de santé en 2011

	St Louis	Kaolack	Louga	Kolda
Population du département	279 428	410 577	366 629	233 500
Nombre de mutuelles de santé	9	8	14	6
Nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé	ND	12 595	21 833	8 985
Taux de pénétration des mutuelles de santé (%)	ND	3,07%	5,96%	3,85%
Nombre de collectivités locales sans mutuelles	5	6	6	6

Dans le département de Kolda, les mutuelles de santé existantes couvrent essentiellement les services offerts au niveau des postes de santé et des centres de santé ; seule une mutuelle de santé, sur les cinq mutuelles de santé existantes du département, couvre des services au niveau des hôpitaux et les médicaments de spécialité, et entretient des relations contractuelles avec l'hôpital régional et le dépôt privé de médicament. Par ailleurs, les taux de prise en charge par les mutuelles de santé existantes du département sont compris entre 60% et 70% selon la prestation couverte, à l'exception des médicaments de spécialité qui sont couverts à hauteur de 15% par les mutuelles.

En raison de la jeunesse des mutuelles de santé, des paquets de bénéfices relativement étroits, et de la faiblesse de la capacité de payer des populations, les taux de pénétration des mutuelles de santé sont relativement faibles. Le taux de pénétration des mutuelles de santé est de 3% dans le département de Kaolack ; 6% dans le département de Louga ; 4% dans le département de Kolda. Beaucoup de collectivités locales ne disposent pas encore de mutuelles de santé. Le taux de pénétration des mutuelles de santé est encore plus faible dans le département de St Louis comparés aux taux observés dans les autres départements.

Par conséquent, pour étendre la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux des départements pilotes, il faut non seulement étendre la couverture géographique des mutuelles de santé, mais il faut aussi améliorer l'attractivité des paquets de bénéfices des mutuelles de santé des départements.

4. Résultats clés 2: Options de paramètres des mutuelles de santé

Le paquet de soins et de services et les cotisations sont les deux paramètres fondamentaux clés des mutuelles de santé. Plus la composition du paquet de services répond aux besoins et préférences de la population cible, plus il est attractif et plus la volonté des ménages pour adhérer aux mutuelles de santé est élevée. Plus le paquet de services est large, cependant, plus il coûte chère et peut aller au-delà de la capacité de payer d'une frange importante de la population aux niveaux de revenus les plus faibles. Ainsi, les options de paquets de services devraient être appréciées conjointement avec les options de politique de cotisation, la capacité de payer de la population cible et les niveaux de subventions attendues des pouvoirs publics. D'autres paramètres fondamentaux importants incluent la périodicité des cotisations, la période d'attente, et d'autres traits organisationnels de la mutuelle qui sont conçus pour améliorer la gestion des risques. Les options de paramètres sont élaborées conformément à l'architecture du projet DECAM résumée dans la page suivante.

4.1. Paquets de services :

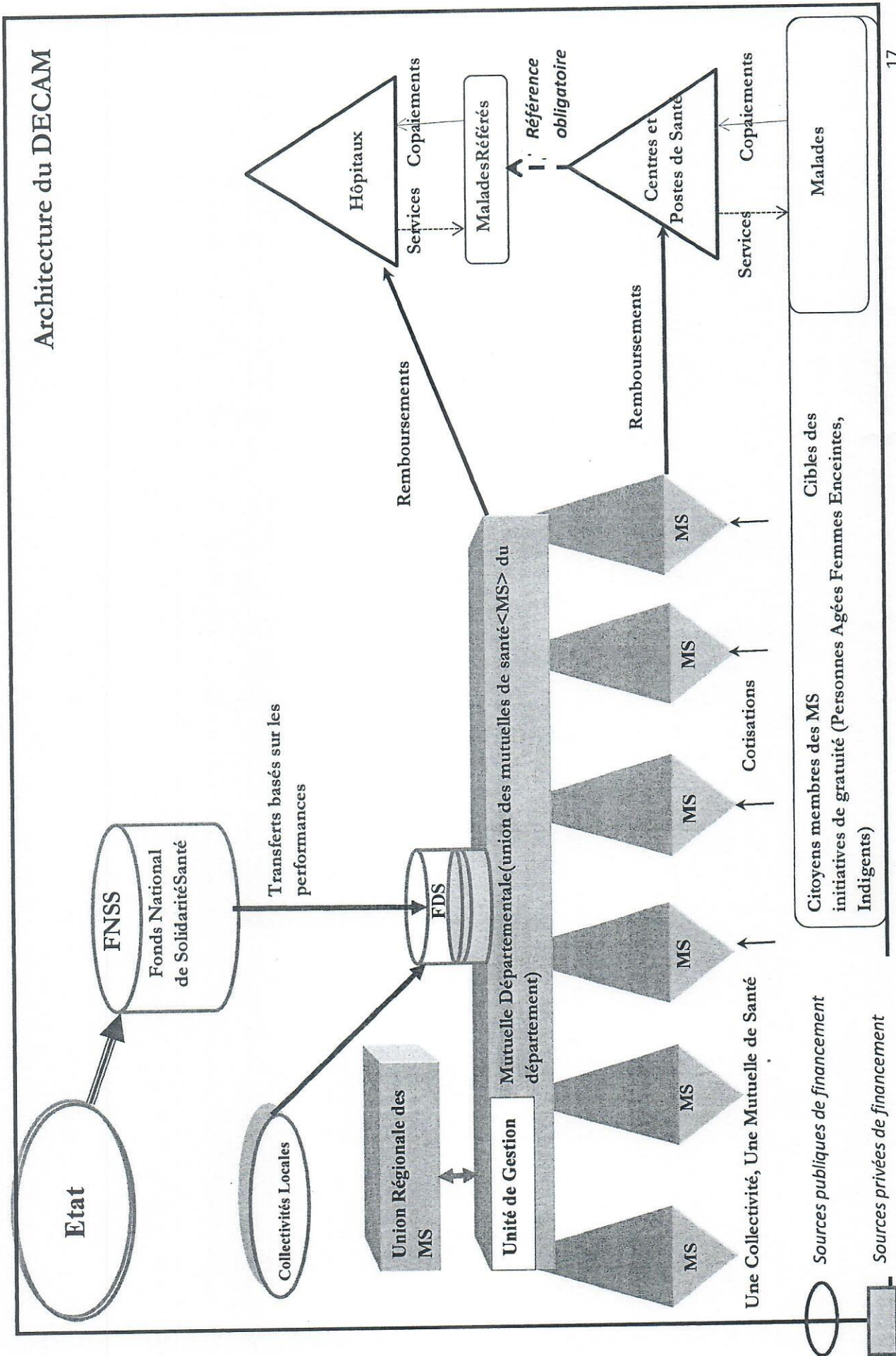
L'amélioration de l'attractivité des paquets des bénéficiaires des mutuelles de santé s'articule sur (i) l'extension des paquets de bénéfices pour couvrir les soins aux niveaux des hôpitaux, (ii) l'inclusion des prestataires privés, et (iii) l'augmentation des taux de prise en charge par les mutuelles de santé pour réduire les niveaux de copaiements des bénéficiaires. Des options de paquets de bénéfices des mutuelles de santé ont été simulées sur la base des caractéristiques de l'offre et de la demande des soins de santé dans les départements pilotes. Ces options de paquets de bénéfices, qui coûteraient entre 6 500 FCFA et 8 000 FCFA par bénéficiaire par an, ne seraient pas abordables pour la moitié des ménages les plus pauvres dans les départements pilotes sans subvention des pouvoirs publics.

Sur la base des orientations du projet DECAM et de la situation de l'offre de soins dans les départements étudiés, quatre options de paquets de services sont proposées. Pour respecter le principe de simplicité, les quatre options de paquet partagent la même structure. Elles sont constituées de deux paquets alignés à la pyramide sanitaire : (i) un paquet de base qui couvre les services offerts au niveau des postes et des centres de santé ; (ii) un paquet complémentaire qui couvre les services offerts au niveau des hôpitaux. Les options de paquets de services sont différenciées, cependant, par deux dimensions : (i) l'inclusion des services des prestataires privés et (ii) le taux de prise en charge par les mutuelles de santé.

- Dans l'option A1, le paquet de services n'inclut pas les services des prestataires privés et le taux de prise en charge par la mutuelle est à hauteur de 80% des coûts des services à l'exception des médicaments de spécialités qui sont pris en charge à 50%.

- Dans l'**option A2**, le paquet de services n'inclut pas les services des prestataires privés et le taux de prise en charge par la mutuelle est à hauteur de 90% des coûts des services à l'exception des médicaments de spécialités qui sont pris en charge à 50%.
- Dans l'**option A3**, le paquet de services inclut les services des prestataires privés et le taux de prise en charge par la mutuelle est à hauteur de 80% des coûts des services à l'exception des médicaments de spécialités et des services des prestataires privés qui sont pris en charge à 50%.
- Enfin, dans l'**option A4**, le paquet de services inclut les services des prestataires privés et le taux de prise en charge par la mutuelle est à hauteur de 90% des coûts des services à l'exception des médicaments de spécialités et des services des prestataires privés qui sont pris en charge à 50%.

Architecture du DECAM



Etant donné le recours fréquent des populations aux prestataires privés dans les départements de Saint Louis, Louga et Kaolack et la faiblesse de l'offre privée dans le département de Kolda, il a été retenu d'analyser, dans le cadre de la présente étude, les quatre options proposées (A1, A2, A3, A4) pour les trois départements que sont Saint Louis, Louga et Kaolack et de ne s'intéresser qu'aux deux premières options (A1 et A2) pour le cas spécifique du département de Kolda. Les options de paquets de bénéfices sont résumées dans le **tableau 8**

Tableau 8. Description des options de paquets de services des mutuelles de santé				
Services, produits et procédures	Taux (%) de prise en charge de la mutuelle (quote-part de la mutuelle de santé)			
	Option A1	Option A2	Option A3	Option A4
Paquet de Base (Postes et Centres de Santé)				
Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)	80	90	80	90
Médicaments génériques	80	90	80	90
Médicaments de spécialités	50	50	50	50
Maternité (consultations pré/post natales, planification familiale, accouchement simple)	80	90	80	90
Hospitalisation	80	90	80	90
Transport (références)	80	90	80	90
Soins ambulatoires (privé lucratif)	0	0	50	50
Paquet Complémentaire (Hôpitaux)				
Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)	80	90	80	90
Soins ambulatoires (analyses et examens, radiographie)	80	90	80	90
Médicaments génériques	80	90	80	90
Médicaments de spécialités	50	50	50	50
Maternité (consultations pré/post natales, planification familiale, accouchement simple)	80	90	80	90
Césarienne, interventions chirurgicales, hospitalisation	100	100	100	100
Transport (références)	100	100	100	100
<i>Exclusions : Antirétroviraux, Lunettes de vue, Lentilles de contact, Prothèses (dentaires inclus), Orthèses, Soins hors du Sénégal</i>				

Le **tableau 9** résume les coûts des options de paquets de bénéfices des mutuelles de santé au niveau des départements pilotes. L'augmentation du taux prise en charge de 80% à 90% se traduit par une augmentation du niveau de contribution de base par bénéficiaire entre l'option A1 et l'option A2, avec une incidence similaire entre l'option A3 et l'option A4.

Par ailleurs, l'inclusion des services des prestataires privés, au niveau des départements de Saint Louis, Louga et Kaolack, augmente les opportunités de choix des bénéficiaires des mutuelles de santé entre les types de prestataires. En raison de la faiblesse du taux de prise en charge des services des prestataires privés par les mutuelles de santé, cependant, l'incidence d'une telle option sur les niveaux de contribution de base est relativement faible.

Ainsi, pour les départements de Saint Louis, Louga et Kaolack, l'option A3 est recommandée pour la définition et l'harmonisation des paquets de services des mutuelles de santé. L'option A1 est recommandée pour la définition des paquets de services des mutuelles de santé dans le département de Kolda.

Tableau 9. Coûts des options de paquets de services des mutuelles de santé (coût unitaire par bénéficiaire par an) selon le département et l'option (en unités de francs FCFA)

	Option A1	Option A2	Option A3	Option A4
Département de Saint Louis				
Paquet de base	3 332	3 686	3 652	3 996
Paquet complémentaire	2 834	3 039	2 834	3 039
Contribution de base par personne par an	7399	8070	7783	8442
Département de Kaolack				
Paquet de base	2 816	3 106	3 216	3 506
Paquet complémentaire	2534	2714	2534	2714
Contribution de base par personne par an	6 420	6 983	6 900	7 463
Département de Louga				
Paquet de base	2 552	2 809	2 925	3 209
Paquet complémentaire	2864	3079	2864	3039
Contribution de base par personne par an	6 499	7 066	6 979	7 498
Département de Kolda				
Paquet de base	3102	3396		
Paquet complémentaire	2 403	2 576		
Contribution de base par personne par an	6606	7166		
<p>Note : La contribution de base par personne par an est égale à la somme S du coût unitaire du paquet de base et du coût unitaire du paquet complémentaire, plus les frais administratifs (10% de S) et la marge de sécurité (10% de S)</p>				

4.2. Options de subventions :

Pour assurer des paquets de services attractifs et abordables pour les ménages au niveau des départements pilotes, il est nécessaire de subventionner les cotisations aux mutuelles de santé. Une subvention de 50% des taux de cotisation aux mutuelles de santé, entre 3 500 FCFA et 4 000 FCFA par bénéficiaire par an, garantirait l'abordabilité des cotisations à la majorité de la population. Elle devrait être combinée, cependant, avec une subvention ciblée aux plus pauvres. Etant donnée la faiblesse des capacités financières de la majorité des collectivités locales, l'Etat devrait jouer un rôle primordial dans le financement des politiques de subvention.

Quelle que soit l'option de paquet de services, sans subvention des pouvoirs publics, les niveaux de contribution de base aux mutuelles de santé se traduisent par un lourd fardeau pour les ménages au niveau des départements. Le **tableau 10** résumé l'incidence de la contribution de base aux mutuelles de santé (Option 3) sur les ménages dans le cadre d'une politique d'aucune subvention aux mutuelles de santé. La contribution de base aux mutuelles de santé (Option 3) représente en moyenne entre 2,5% et 4,9% des dépenses moyennes par tête des ménages dans les quatre départements. L'incidence sur le 3^{ième} quintile varie de 3,5% à St Louis à 5,1% à Louga. En outre, l'incidence parmi les 20% des ménages les plus pauvres (1^{er} quintile) varie de 6,4% à St Louis à 11,9% à Louga. En d'autres termes, sans subvention, les niveaux de contribution ne seraient abordables que pour les 40% des ménages les plus aisés du département de Saint Louis et les 20% des ménages les plus aisés des départements de Louga, Kaolack et Kolda.

Tableau 10. Incidence de la contribution de base sur la capacité des ménages de contribuer aux mutuelles de santé selon département et le niveau de revenus

Département	Quintiles de revenus	Ratio (%) de la contribution de base par personne de l'Option 3 sur:	
		Dépenses totales moyennes par tête des ménages	Dépenses de santé moyennes par tête des ménages
Saint Louis	1er quintile	6,4	362,5
	3eme quintile	3,5	115,2
	5eme quintile	1,3	47,4
	Ensemble	2,5	98,4
Kaolack	1er quintile	7,8	302,8
	3eme quintile	3,7	134,2
	5eme quintile	1,7	55,4
	Ensemble	3,4	121,0
Louga	1er quintile	11,9	1387,5
	3eme quintile	5,1	573,9
	5eme quintile	2,5	133,1
	Ensemble	4,4	296,4
Kolda	1er quintile	10,6	416,3
	3eme quintile	4,8	190,5
	5eme quintile	1,7	72,3
	Ensemble	4,9	198,0

Le **tableau 11** résume l'incidence de trois options de politique de subvention générale des cotisations des mutuelles de santé sur l'abordabilité des cotisations pour les ménages au niveau des départements : (i) le statut quo d'une subvention de 0% [option B1], (ii) une subvention générale de 50% [Option B2], et (iii) une subvention générale de 70% [Option B3].

A un niveau de subvention de 70%, les contributions aux mutuelles de santé vont être abordables pour la majorité des ménages, quelque soit le niveau de revenus du ménage : à ce niveau de subvention générale, il ne serait pas nécessaire d'avoir une politique de subvention ciblée, notamment pour les départements de Saint Louis et Kaolack. Ce niveau de subvention générale coûterait 5 448 FCFA par bénéficiaire et par an pour le département de Saint Louis ; 4 830 FCFA pour le département de Kaolack ; 4 624 FCFA pour le département de Kolda ; 4 885 FCFA pour le département de Louga. Pour les départements de Louga et de Kolda, il serait nécessaire d'y associer une politique de subvention ciblée aux ménages les plus pauvres afin de leur faciliter l'accès aux mutuelles et aux soins.

A un niveau de subvention de 50%, les contributions aux mutuelles de santé vont être abordables pour la majorité des ménages, quel que soit le niveau de revenus du ménage à l'exception des 20% des ménages les plus pauvres des départements de Saint Louis et Kaolack et des 40% ménages les plus pauvres des départements de Louga et de Kolda. A un tel niveau de subvention générale, il serait nécessaire d'associer une politique de subvention ciblée pour assurer la couverture aux plus pauvres de la population. Dans le département de Saint Louis, le niveau de subvention générale coûterait 3 892 FCFA par bénéficiaire et par an ; 3 490 FCFA pour le département de Louga ; 3 450 FCFA pour le département de Kaolack ; 3 303 FCFA pour le département de Kolda. En d'autres termes, le niveau de subvention générale serait plus abordable pour les pouvoirs publics et assurerait l'accessibilité des cotisations pour la majorité des ménages des départements de St-Louis, Kaolack, Louga et Kolda.

Tableau 11. Ratio (%) de la contribution de base sur les dépenses totales moyennes des ménages selon le département, le niveau de revenus et l'option de taux de subvention générale

Département	Quintiles de revenus des ménages	Taux de subvention générale de:		
		Option B1: 0%	Option B2: 50%	Option B3: 70%
Saint Louis	1er quintile	6,4	3,2	1,9
	3eme quintile	3,5	1,7	1,0
	5eme quintile	1,3	0,7	0,4
	Ensemble	2,5	1,3	0,8
	Contribution de base par bénéficiaire par an après subvention (FCFA)	7 783	3 892	2 335
	Subvention par bénéficiaire (FCFA)	0	3 892	5 448
Kaolack	1er quintile	7,8	3,9	2,4
	3eme quintile	3,7	1,8	1,1
	5eme quintile	1,7	0,9	0,5
	Ensemble	3,4	1,7	1,0
	Contribution de base par bénéficiaire par an après subvention (FCFA)	6 900	3 450	2 070
	Subvention par bénéficiaire (FCFA)	0	3 450	4 830
Louga	1er quintile	11,9	6,0	3,6
	3eme quintile	5,1	2,5	1,5
	5eme quintile	2,5	1,2	0,7
	Ensemble	4,4	2,2	1,3
	Contribution de base par bénéficiaire par an après subvention (FCFA)	6 979	3490	2094
	Subvention par bénéficiaire (FCFA)	0	3490	4885
Kolda	1er quintile	10,6	5,3	3,2
	3eme quintile	4,8	2,4	1,4
	5eme quintile	1,7	0,9	0,5
	Ensemble	4,9	2,4	1,5
	Contribution de base par bénéficiaire par an après subvention (FCFA)	6 606	3 303	1 982
	Subvention par bénéficiaire (FCFA)	0	3 303	4 624

L'option B2 est recommandée pour la politique de subvention générale des mutuelles de santé au niveau des départements. Au niveau de Saint Louis, les collectivités locales sont en train de mettre en œuvre des politiques de prise en charge des indigents dans la santé. Ces politiques pourraient être rationalisées en améliorant le ciblage et l'identification des indigents et leur prise en charge à travers les mutuelles de santé. Aussi, l'efficacité des politiques de subvention ciblées aux indigents devraient être régulièrement évaluées pour apprécier le niveau de fuites aux autres catégories de la population, le niveau de couverture des indigents, mais aussi les coûts d'administration du processus de ciblage.

Pour les départements de Kaolack et Kolda, l'option B2 résulterait à un niveau de cotisation qui est proche des niveaux de contribution déjà appliqués par les mutuelles de santé existantes. Il serait cependant nécessaire d'instituer, dans le cadre de cette option, une politique de subvention ciblée pour assurer la couverture aux plus pauvres de la population en mettant à profit les potentialités excitantes (existence du fonds PAMAS à Kaolack, prise en charge des enfants par World Vision à travers les mutuelles à Kolda).

Pour le département de Louga, une politique de subvention générale des mutuelles de santé entre l'option B2 et l'option B3, selon les contraintes fiscales en vigueur, est recommandée. La commune de Louga est en train de mettre en œuvre des politiques de prise en charge des indigents dans la santé à travers les mutuelles de santé. L'expérience de la commune de Louga devrait être évaluée afin de permettre à la commune d'apprécier les performances du mécanisme de prise en charge, de tirer des leçons pour l'amélioration de l'administration, mais aussi pour partager les leçons apprises avec les autres collectivités locales du département.

L'analyse des capacités financières des collectivités locales des quatre départements a montré, cependant, que la majorité des collectivités locales, les communautés rurales où vivent la majorité des pauvres du pays en particulier, n'ont pas les moyens financiers pour assurer le financement de la prise en charge des indigents. Par conséquent, à l'état actuel des capacités financières des collectivités locales, le financement de la prise en charge des indigents dans la santé ne peut être assuré de façon significative et équitable que par l'Etat central. Le tableau 12 ci-dessous résume les projections des dépenses et de ressources des réseaux départementaux de mutuelles de santé sous une politique de subvention de 50% au niveau des quatre départements selon le taux de couverture de la population.

Tableau 12. Projections des dépenses et des ressources des réseaux départementaux de mutuelles de santé selon le niveau de pénétration de la population				
	Proportion de la population couverte / Taux de pénétration (%)			
	20	30	40	50
Département de St Louis				
<i>Nombre de bénéficiaires</i>	55 886	83 828	111 771	139 714
Dépenses totales (FCFA)	467 474 002	648 711 002	829 948 003	1 011 185 004
Ressources (FCFA)				
Cotisations des ménages	195 735 961	293 603 941	391 471 922	489 339 902
Subventions	239 232 841	358 849 262	478 465 682	598 082 103
Total	434 968 802	652 453 203	869 937 604	1 087 422 005
Département de Kaolack				
<i>Nombre de bénéficiaires</i>	82 200	123 300	164 400	205 500
Dépenses totales (FCFA)	570 150 000	806 475 000	1 042 800 000	1 279 125 000
Ressources (FCFA)				
Cotisations des ménages	255 231 000	382 846 500	510 462 000	638 077 500
Subventions	311 949 000	467 923 500	623 898 000	779 872 500
Total	567 180 000	850 770 000	1 134 360 000	1 417 950 000
Département de Louga				
<i>Nombre de bénéficiaires</i>	73 326	109 989	146 652	183 315
Dépenses totales (FCFA)	531 462 853	744 694 279	957 925 706	1 171 157 132
Ressources (FCFA)				
Cotisations des ménages	230 289 941	345 434 911	460 579 881	575 724 851
Subventions	281 465 483	422 198 224	562 930 966	703 663 707
Total	511 755 423	767 633 135	1 023 510 847	1 279 388 558
Département de Kolda				
<i>Nombre de bénéficiaires</i>	46 700	70 050	93 400	116 750
Dépenses totales (FCFA)	347 083 500	475 625 250	604 167 000	732 708 750
Ressources (FCFA)				
Cotisations des ménages	138 825 090	208 237 635	277 650 180	347 062 725
Subventions	169 675 110	254 512 665	339 350 220	424 187 775
Total	308 500 200	462 750 300	617 000 400	771 250 500
Ensemble des Départements Pilotes				
<i>Nombre de bénéficiaires</i>	258 111	387 167	516 223	645 279
Dépenses totales (FCFA)	1 916 170 354	2 675 505 532	3 434 840 709	4 194 175 886
Ressources (FCFA)				
Cotisations des ménages	820 081 991	1 230 122 987	1 640 163 983	2 050 204 978
Subventions	1 002 322 434	1 503 483 651	2 004 644 868	2 505 806 085
Total	1 822 404 425	2 733 606 638	3 644 808 851	4 556 011 063

4.3. Politiques de cotisation :

Etant donné le caractère saisonnier du cycle de revenus des ménages dans l'ensemble des départements, il est recommandé de laisser le choix de la périodicité des cotisations aux adhérents au moment de l'adhésion entre l'option de cotisation semestrielle et l'option de cotisation annuelle.

Les sections 4.1 et 4.2 ont traité des paquets de bénéficiaires et des niveaux de subvention qui déterminent le niveau de contribution dans les mutuelles de santé qui doit être supporté par les ménages : le niveau de contribution est une donnée importante de la politique de cotisation. En plus du niveau de contribution, cependant, une dimension particulièrement importante de la politique de cotisation pour une population cible employée essentiellement dans les secteurs agricoles et informels est la périodicité de la cotisation.

Le choix de la périodicité des cotisations doit répondre à plusieurs critères. La périodicité de la cotisation doit être adaptée au cycle de revenus de la majorité des ménages dans la population cible des mutuelles de santé des départements. Par ailleurs, la collecte des cotisations a un coût qui peut être élevé au niveau des mutuelles de santé selon la périodicité de la cotisation : les coûts de collecte des cotisations doivent être minimisés. En outre, la périodicité doit contribuer à la réduction de la sélection adverse. Enfin, la périodicité de la cotisation doit minimiser les coûts administratifs associés à la politique de subvention.

Pour satisfaire à ces exigences, l'étendue du choix de la périodicité de la cotisation dans les mutuelles de santé est limitée à trois options : une cotisation sur une base trimestrielle, une cotisation sur une base semestrielle, ou une cotisation sur une base annuelle. Parmi ces options, la politique de cotisation sur une base annuelle est l'option à défaut.

Vue la diversité des activités économiques qui constituent des sources de revenus importantes pour les ménages dans l'ensemble des départements, il est recommandé de laisser le choix de la périodicité des cotisations aux adhérents au moment de l'adhésion entre l'option de cotisation semestrielle et l'option de cotisation annuelle. Par ailleurs, il est recommandé que la période de cotisation soit fixée selon le calendrier le plus approprié dans les départements afin de permettre de concentrer les activités de sensibilisation pour l'adhésion et la collecte des cotisations au cours de la période. Il faut également envisager la possibilité de payer les cotisations en plusieurs tranches (2 ou 3) durant les mois successifs durant la période de cotisation.

4.4. Politique d'adhésion :

La population cible des mutuelles de santé communautaires couvre toutes les personnes résidentes des collectivités locales respectives des départements pilotes à l'exception des personnes assujetties aux régimes d'assurance maladie obligatoire basée sur l'emploi. Ainsi la population cible exclut toutes les personnes résidentes des collectivités locales respectives du département qui sont assujetties au régime des institutions de prévoyance maladie et leurs ayants-droits ou les agents de l'Etat et leurs ayants-droits qui bénéficient du régime d'imputation budgétaire. Par conséquent, les mutuelles de santé communautaires couvrent essentiellement les populations employées dans les secteurs informels et ruraux qui résident dans les collectivités locales du département. **Les résidents peuvent adhérer aux mutuelles de santé selon l'option d'adhésion familiale ou l'option d'adhésion en groupe (coopératives, groupements d'intérêt économique, groupements féminins, sociétaires des institutions de micro finance, daara, etc.).**

Les résidents de chaque communauté rurale et chaque commune peuvent adhérer en toute liberté à leur mutuelle de santé communautaire respective. Cependant, ils ne peuvent adhérer à la mutuelle de santé que selon deux formules d'adhésion : l'adhésion familiale et l'adhésion en groupe. L'adhésion aux mutuelles de santé est organisée sur une base familiale : en d'autres termes, lorsqu'une famille adhère à la mutuelle de santé, ce sont tous les membres de la famille qui deviennent bénéficiaires de la mutuelle de santé. Pour un département donné, les résidents appartenant à des groupes organisés reconnus (coopératives, groupements d'intérêt économique, groupements féminins, sociétaires des institutions de micro finance, daara, etc.) peuvent s'associer pour adhérer

en groupe dans les mutuelles de santé. Dans ce cas d'espèce, les instances de décision du groupe constitué décident délibérément d'adhérer à la mutuelle de santé. Lorsqu'un groupe adhère à la mutuelle de santé, ce sont tous les membres du groupe et leurs dépendants qui deviennent bénéficiaires de la mutuelle de santé.

L'adhésion familiale ou l'adhésion en groupe sont la règle et l'adhésion individuelle est l'exception. L'exception de l'adhésion individuelle est admise dans le cadre d'arrangements contractuels entre les organismes qui gèrent des initiatives de gratuités ciblées sur des catégories de population (plan sésame par exemple, mécanisme de prise en charge des indigents par les collectivités locales) et les mutuelles de santé pour la prise en charge des individus qui sont bénéficiaires des initiatives de gratuités.

4.5. Relations avec les prestataires de soins :

Les relations avec les prestataires de soins sont gérées à deux niveaux. Une convention cadre est signée entre l'union départementale des mutuelles de santé et chacun des districts sanitaires pour harmoniser les arrangements contractuels entre les mutuelles de santé communautaires et les postes de santé et les centres de santé du district et les dispositions portant sur la référence obligatoire et la portabilité au sein du département. Cependant, les mutuelles de santé communautaires sont responsables de la prise en charge du paquet de base signent des conventions spécifiques avec les postes et centres de santé de leurs zones d'intervention.

L'union départementale des mutuelles de santé, qui est responsable de la prise en charge du paquet complémentaire, entretient des relations contractuelles avec les hôpitaux qui desservent le département et les hôpitaux nationaux. Pour harmoniser les relations contractuelles entre les unions départementales de mutuelles de santé et les hôpitaux, des conventions cadres seront mises en place entre les unions régionales de mutuelles de santé et les hôpitaux. Plusieurs modalités de paiement pourraient être expérimentées dans le cadre des relations contractuelles avec les postes et les centres de santé, y incluses des modalités de capitation, afin de minimiser les coûts de transaction et d'améliorer la qualité des services.

4.6. Organisation des mutuelles de santé :

Les institutions mutualistes sont organisées à deux niveaux dans le cadre du DECAM. Les mutuelles de santé communautaires et l'union départementale des mutuelles de santé remplissent des rôles complémentaires dans les fonctions de collecte des revenus, d'assurance maladie et de mise en commun des risques, et d'achat des soins de santé, et l'organisation des institutions mutualistes sur la base du principe de subsidiarité.

Les institutions mutualistes sont organisées à deux niveaux dans le cadre du DECAM sur la base des principes de solidarité, de responsabilisation et de participation. Au niveau local, une mutuelle de santé communautaire est mise en place au niveau de chaque collectivité locale (commune et communauté rurale). Au niveau départemental, une union départementale des mutuelles de santé communautaires est mise en place au niveau de chaque département administratif. Les mutuelles de santé communautaires et l'union départementale des mutuelles de santé remplissent des rôles complémentaires dans les fonctions (collecte des revenus, assurance maladie et mise en commun des risques, achat des soins de santé) et l'organisation des institutions mutualistes sur la base du principe de subsidiarité.

Mutuelles de santé communautaires : L'objectif « une collectivité locale, une mutuelle de santé » fixé par le ministère chargé de la santé signifie qu'au-moins une mutuelle de santé est mise en place dans chaque collectivité locale de base. Cependant, la taille de la population des collectivités locales des départements pilotes, varie largement de moins de 5.000 habitants dans les petites communautés rurales à plus de 200.000 d'habitants dans les chefs-lieux des départements. Par conséquent, la structuration des mutuelles de santé devrait s'adapter à cette diversité. Pour les communautés rurales et les communes de petite taille, une mutuelle de santé communautaire subdivisée en sections est mise en place. Pour les communautés rurales et les communes de taille relativement importante, une mutuelle de santé communautaire est mise en place dans chacune des subdivisions de la

collectivité locale : une mutuelle par secteur dans les communautés rurales ; une mutuelle par quartier dans les communes.

Union départementale des mutuelles de santé : La structuration et les fonctions de l'union départementale des mutuelles de santé communautaires sont identiques dans tous les départements pilotes. Elle est constituée de l'ensemble des mutuelles de santé du département et assure la sensibilisation de la population sur la mutualité et le plaidoyer auprès des autorités locales au niveau départemental. Elle joue le rôle d'intermédiation sociale entre les mutuelles de santé communautaires, les établissements publics de santé, les collectivités locales, les services déconcentrés de l'Etat, les réseaux de micro finance et les autres partenaires au développement au niveau du département. Elle assure aussi la mise en commun des gros risques au bénéfice des mutuelles de santé communautaires membres de l'union : elle est responsable de la prise en charge du *paquet de bénéfices complémentaires*, y inclus les soins offerts au niveau des hôpitaux régionaux et des hôpitaux nationaux.

En collaboration avec les représentants des collectivités locales du département, les services déconcentrés des ministères (ministères chargés de la santé, des finances, ...), l'union départementale des mutuelles de santé participe dans la supervision de la gestion du fonds départemental de solidarité santé. Une unité départementale de gestion est rattachée à l'union départementale pour assurer l'appui-conseil aux mutuelles de santé membres et la gestion quotidienne de l'union.