



Programme SANTE

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi

Ministère de la Santé
et de la Prévention



Abt Associates Inc.

COMPOSANTE
FINANCEMENT ET POLITIQUES DE SANTE

Financée par l'USAID et exécutée par Abt en collaboration avec Africare, Groupe ISSA et HKI

**ATELIER NATIONAL DE CONCERTATION SUR LA STRATEGIE
NATIONALE D'EXTENSION DE LA COUVERTURE DU RISQUE
MALADIE AU SENEGAL**

HOTEL TERANGA SALY/MBOUR du 26 au 28 Octobre 2010

RAPPORT DE SYNTHESE DES TRAVAUX

1. Rappel du Contexte

A cinq ans de l'horizon 2015, le Sénégal est confronté à plusieurs défis relativement à la contribution du secteur de la santé à l'atteinte des OMD, dont l'amélioration de l'accès aux soins de santé et la réduction des risques d'appauvrissement associés aux dépenses liées à la maladie pour la majorité des ménages Sénégalais. Pour relever ces défis, le secteur de la santé doit engager des réformes profondes pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé, et protéger les revenus des ménages dans la santé.

Dans la situation actuelle, le nombre de personnes couvertes par un système de sécurité sociale reste très faible au Sénégal. Dans un rapport au Conseil Économique et Social du Sénégal, Faye et al. (2001) estimaient à 13,3% de la population totale le nombre de personnes protégées (les travailleurs des secteurs privé et public et leurs familles). Les estimations faites dans les documents de politique nationale sont dans le même ordre : 12,3 % de la population sont couverts (SNPS/GR, 2005) et moins de 15% de cette même population selon le DSRP II (2006). Une récente étude du BIT abonde dans le même sens en évaluant le nombre de personnes couvertes entre 12 et 13% de la population (BIT, 2007). Cette même étude fait le constat suivant : « *Les travailleurs ruraux et ceux de l'économie informelle (70 à 80% de la population) ne bénéficient d'aucune forme de protection sociale organisée, sauf ceux qui sont membres d'une mutuelle de santé* ».

Les efforts en cours pour augmenter les ressources allouées au secteur de la santé à hauteur de 15% du budget de l'Etat à l'horizon 2015 vont sans nul doute contribuer à faire face au défi. Ces efforts devraient être combinés, cependant, avec des réformes majeures des mécanismes de financement et d'allocation des ressources dans le secteur pour accroître l'efficacité des dépenses publiques relativement à l'accessibilité aux services de santé et la protection des revenus des ménages dans la santé.

Plusieurs réformes ont été initiées et ont permis une amélioration du fonctionnement des structures sanitaires en termes de disponibilité en médicaments et de leur viabilité financière. Malheureusement, ces réformes ont également eu un impact négatif sur l'accessibilité financière aux soins de santé dont les déterminants les plus importants sont : (i) La mise en œuvre du recouvrement des coûts suite à l'initiative de Bamako qui a créé une première barrière notamment pour les pauvres ; (ii) Les réformes des statuts des structures sanitaires les incitant à faire de l'équilibre financier une priorité nécessitant une bonne politique de recouvrement des coûts.

Ces difficultés d'accès aux soins de santé ont amené le Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal qui a développé des programmes et des projets facilitant l'accès aux soins de santé surtout pour les groupes vulnérables il s'agit notamment de : (i) La gratuité des accouchements et césariennes ; (ii) La gratuité des soins aux personnes âgées (carte Sésame); (iii) L'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) et aux médicaments antituberculeux; (iv) La subvention abaissant les coûts des traitements : antipaludéens ; diabétiques (insuline), anticancéreux, de l'insuffisance rénale, des cardiopathies ; (v) La subvention pour la prise en charge des indigents

Ces différents programmes qui facilitent l'accès aux soins par une solvabilisation de la demande permettent également une amélioration de la santé financière des structures de santé de l'Etat mais ils concernent une proportion relativement faible de la population non solvable. En dépit de toutes ces initiatives, la problématique de l'accessibilité aux soins de santé reste encore aujourd'hui posée du fait de la faiblesse du pouvoir d'achat des populations en général. En effet, depuis les réformes ayant instauré les régimes d'assurance maladie pour les employés du secteur formel et leurs ayants-droits au milieu des années 70, le Sénégal n'a pas engagé de réforme majeure pour étendre l'assurance maladie dans les secteurs informels et

ruraux. Sur leur propre initiative, les organisations socioprofessionnelles et les organisations communautaires de base ont mis en place des mutuelles de santé en se fondant sur les valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle ambiantes dans le pays. C'est dans cette perspective, que l'extension de la protection sociale a été inscrite comme un axe prioritaire du deuxième document de stratégies de réduction de la pauvreté du Sénégal.

Le Sénégal s'est doté en 2005 d'une Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques dont les principales orientations stratégiques sont intégrées comme un des axes stratégiques du Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté de 2006. En conséquence, 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. Ces réflexions ont abouti à l'élaboration d'une Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie dont l'objectif est de porter le taux de couverture en assurance maladie de 20% à 50% en 2015.

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.

Depuis l'atelier de validation tenu en août 2008, plusieurs activités ont été menées en perspectives de la mise en œuvre de la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie. Il s'agit de :

- L'élaboration d'une feuille de route qui identifie les axes prioritaires d'intervention et les stratégies de leur mise en œuvre ;
- Le partage de cette feuille de route avec quelques partenaires techniques et financiers (OMS, P4H, BM, BAD, USAID) ;
- La signature d'un arrêté interministériel mettant en place le cadre institutionnel de pilotage de la mise en œuvre de la stratégie (comité national de pilotage et commissions techniques).

Malgré toutes ces initiatives, la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie reste très peu connue des acteurs nationaux qui doivent cependant contribuer à sa mise en œuvre. L'atelier national de concertation sur cette stratégie que doit organiser le Ministère de la Santé sur financement de Abt Associates s'inscrit dans ce cadre.

2. RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ATELIER

2.1. Objectif général

L'objectif général de cet atelier était de contribuer à l'accélération de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie afin d'atteindre 50% de couverture d'ici à 2015.

2.2. Objectifs spécifiques:

- Faire le point sur la couverture actuelle du risque maladie tout en identifiant les contraintes qui retardent son extension et les mesures correctrices à prendre ;
- Présenter la situation de l'assurance maladie dans deux pays considérés comme pilotes en Afrique: le Ghana et le Rwanda ;
- Procéder à l'analyse des résultats enregistrés dans la mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie depuis son adoption ;

- Proposer un plan d'accélération de la mise en œuvre de la stratégie ;
- Identifier les sources de financement du plan d'accélération de la mise en œuvre de la stratégie ;
- Elaborer un système de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie.

3. Organisation

Cet atelier s'est tenu du 26 au 28 Octobre 2010 à l'Hôtel TERANGA de Saly à Mbour. Il a regroupé une soixantaine de participants représentant :

- L'Assemblée nationale
- La Primature
- Les ministères (Santé, Développement Social, Travail, Finances, Décentralisation et Collectivités locales, Micro-Finance)
- Le réseau des élus locaux (UAEL)
- Les réseaux de mutuelles de santé
- Les mutuelles de santé
- Les structures d'appui aux mutuelles de santé (Pacte, PROMUSAF, GRAIM World Vision)
- Les prestataires de soins
- Les partenaires techniques et financiers (USAID, BIT, BM, Lux-Développement,)
- Des personnes ressources

La cérémonie d'ouverture était présidée par Monsieur Docteur Madi BA, Conseiller Technique N° 2 du Ministre de la Santé et de la Prévention. Au cours de cette cérémonie les participants ont entendu les allocutions de :

- Dr Filyfing TOUNKARA WAGUE, Coordinatrice de la CAFSP
- Dr Malick NIANG, Chef d'Equipe de Abt/Associates;
- Mme Marème DIOP, représentant la Primature
- Mr Bayal NIANG, représentant du Ministre de l'Economie et des Finances ;
- L'honorable Député Aissa Mama KANE, représentant l'Assemblée Nationale

Dans leur allocution, ces différentes personnalités ont insisté sur la nécessité d'élargir la couverture du risque maladie à un nombre plus important de sénégalais, particulièrement les couches vulnérables. Elles ont exprimé leur volonté d'appuyer la mise en œuvre de la stratégie dans leurs domaines de compétences.

Dans son allocution d'ouverture, Dr Mady BA a rappelé le contexte et le processus d'élaboration de la stratégie d'extension de la couverture du risque maladie qui est devenu aujourd'hui un document du Gouvernement du Sénégal même si le ministère de la santé a plus intérêt à ce qu'elle soit mise en œuvre pour réduire le nombre de personnes non solvables et accroître ainsi la fréquentation des structures sanitaires publiques par les populations. Dr BA a remercié tous les acteurs qui ont contribué à son élaboration et particulièrement l'USAID à travers son Programme Santé, pour son appui technique et financier mais également tous les autres partenaires techniques et financiers qui ont manifesté leur volonté à contribuer à sa mise en œuvre

4. Contenu de l'atelier

À la suite de cette cérémonie d'ouverture, l'atelier s'est poursuivi à travers les séquences suivantes :

- Des séances plénières de présentation des thèmes retenus
- Des travaux d'ateliers sur les composantes de la stratégie à partir de termes de références préparés par le comité scientifique ;
- Des plénières de restitution des travaux d'ateliers

Les thèmes introduits en plénières ont porté sur :

- La Stratégie d'Extension de la Couverture du Risque Maladie au Sénégal, par Mr Mbaye SENE, Point focal Assurance Maladie à la CAFSP;
- Le Projet d'Appui au Développement de la Micro-Assurance Santé (PAMAS) par Mr Babacar LO, Conseiller technique national PAMAS 2 ;
- La réforme des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) par Mr Cheikh Ibra FALL, Coordonnateur Association des gérants d'IPM au Sénégal
- Systèmes d'Assurance Maladie Basée sur la Communauté (SAMBC): Vers la Couverture Universelle au Rwanda par Mr François Pathé DIOP, *PhD* Economiste Principal de la Santé Banque Mondiale, HSO Dakar Hub
- La mise en place et l'opérationnalisation de l'assurance maladie (NHIS) au GHANA par Mr Chris Atim, *PhD* Banque Mondiale, AFTHE/HSO, Dakar

Les communications ont été suivies de discussions générales. Concernant la Stratégie d'Extension de la Couverture du Risque Maladie, elles ont principalement porté sur :

- Les éventuelles difficultés à mobiliser la contribution de l'Etat au financement du Fonds National de Solidarité Santé ;
- Le rôle attendu des collectivités locales dans l'appui à la promotion des mutuelles de santé ;
- Les relations fonctionnelles entre les mutuelles de santé et le Fonds National de Solidarité Santé ;
- Les prestations à couvrir par le système assurantiel à mettre à place, les modalités et les niveaux de prise en charge ;
- Le sort des mutuelles de santé existantes dans la structuration proposée par le DECAM ;
- Le rôle et la place des mutuelles d'envergure nationale dans le dispositif.

S'agissant des expériences rwandaise et ghanéenne, les principales leçons apprises sont les suivantes :

- L'adaptation de l'organisation des Systèmes d'Assurance Maladie à Base Communautaire à l'environnement institutionnel de la décentralisation politique et administrative est importante pour mobiliser le support interne
- L'engagement des parties prenantes aux niveaux central et local est nécessaire pour l'extension de l'assurance maladie sur la base des mutuelles de santé communautaires

- La forte volonté politique est nécessaire pour maintenir les systèmes d'assurance maladie à base communautaires dans l'agenda du gouvernement
- Les mécanismes de financement basés sur la subvention de l'extension des paquets de bénéficiaires permet la couverture médicale des pauvres
- Les nouvelles technologies de l'information facilitent la gestion et le suivi de l'assurance maladie et les relations fiscales entre les mutuelles de santé et l'Etat
- La subvention significative des mutuelles motive fortement les populations à s'inscrire
- Un système d'exemption pour les couches vulnérables intégré à l'assurance communautaire facilite la coordination des initiatives de gratuité.

Après les prestations en plénières suivies de discussions, les participants se sont répartis en trois groupes de travail :

- GROUPE I : Politiques de gratuité/création d'un Fonds National de Solidarité Santé
- GROUPE II : Mise en œuvre de la phase pilote du projet « extension de la Couverture du Risque Maladie dans le Cadre de la Décentralisation (DECAM) »
- GROUPE III : Réforme des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM)

Il leur été demandé, en s'appuyant sur (i) les orientations contenues dans les présentations introductives à cet atelier, (ii) le niveau de développement actuel des mécanismes de couverture du risque maladie existants et (iii) le potentiel d'extension des mécanismes existants ou d'autres à mettre en place :

- 1) Analyser la situation actuelle de votre Composante dans la couverture de l'assurance maladie au Sénégal et déterminer le niveau de contribution qui peut en être attendue pour réaliser l'objectif de 50% fixé par le DSRP pour l'horizon 2015;
- 2) Décrivez la démarche à utiliser pour une contribution accrue de votre composante à l'accélération de la l'extension de la couverture du risque maladie d'ici 2015 ;
- 3) Proposer un plan d'action d'urgence pour mettre en œuvre cette nouvelle démarche.

Les productions des trois groupes de travail sont annexées au présent rapport.

GROUPE DE TRAVAIL N°1 : Politiques de gratuité : Fonds National de Solidarité Santé

I. Analyse situationnelle

L'Etat a manifesté une ferme volonté politique de lutte contre la pauvreté traduite à travers les documents de stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP1 et 2). Dans le secteur de la santé, elle se traduit entre autres par la prise d'initiatives fortes de gratuité d'accès à certaines prestations de soins, à l'exemple des accouchements et Césariennes, de la prise en charge des personnes âgées (Plan Sésame).

Des sommes importantes, destinées à prendre en charge diverses pathologies, ont été, depuis, inscrites dans le budget de l'Etat et s'évaluent aujourd'hui à environ six milliards (6.000.000.000) FCFA réparties entre lesdites pathologies.

Avec ces initiatives, disposant de dotations assez substantielles (Etat et partenaires) permettant de disposer d'un paquet de soins élargi, certaines couches, jusqu'alors exclues du système, ont ainsi pu bénéficier d'un accès aux prestations de soins.

Cependant, pour saluaires qu'elles soient, ces initiatives ne manquent pas de connaître certains dysfonctionnements de divers ordres qui se résument essentiellement à travers la faiblesse dans les mécanismes de gestion des ressources, la mauvaise application de textes réglementaires, le déficit de communication, la restriction de l'intervention à certaines pathologies, l'absence de critères d'éligibilité à l'indigence, la faible proportion allouée à la santé dans le cas de fonds globaux.

Une analyse plus poussée a permis de constater que cette politique de gratuité est gérée à des niveaux divers aussi bien dans les départements ministériels qu'au sein d'un même département (Ministère de la santé). Aussi, par rapport à la mission, il a été remarqué que seules certaines pathologies ont été prises en compte à la place du paquet global.

L'existence de mécanismes de gestion différents adossés à des cadres réglementaires inadaptés ont dans une certaine mesure fragilisé la mise en œuvre de cette politique.

II. Démarche proposée pour rationaliser les politiques de gratuité

Au cours des rencontres ayant réuni les acteurs pour l'élaboration du plan stratégique d'extension de la couverture du risque maladie et s'appuyant sur les expériences rwandaises et ghanéennes, il a été suggéré de mettre en place un Fonds de solidarité fédérant toutes les subventions et politiques de gratuité en application des règles communautaires en la matière.

Cette démarche devrait conduire vers une gestion plus rationnelle, un meilleur contrôle et une meilleure identification de la cible. Sous l'angle de la couverture, elle permettra d'élargir l'offre.

Des études déjà commanditées permettront d'étayer la mission du fonds, l'ancrage institutionnel, son mode de financement et sa gestion.

Les subventions et garanties offertes aux mutuelles et unions de mutuelles et, éventuellement, aux IPM ainsi que les appuis institutionnels qui leur sont servis permettraient des les stabiliser, d'accroître leurs capacités d'intervention et d'étendre le taux de couverture.

Il est proposé dans ce cadre de subordonner le bénéfice des prestations du Fonds à l'adhésion à une mutuelle.

GROUPE DE TRAVAIL N°II : Mutuelles de santé/ DECAM

I. Analyse de la situation de référence

La situation de référence est faite sur la base d'informations issues de la Revue de documentation de l'Atelier et d'autres sources, de l'expérience diverse des Mutualistes. Elle est structurée en deux parties : les faits stylisés et le scénario tendanciel.

1.1. Les faits stylisés

Ils peuvent être résumés sur la base de l'éclairage des statistiques sur l'Assurance Maladie au Sénégal (CNS 2005).

La contribution de l'Assurance Maladie dans la Dépense nationale de Santé au Sénégal est de 20 443 000 000 F CFA sur un montant global de 254 196 425 119 F CFA.

La part des Mutuelles de Santé dans la contribution de l'Assurance Maladie est de 1 325 000 000 F CFA, soit 6%.

La couverture nationale est de 20% (CNS 2005). La contribution à cette couverture des Mutuelles de Santé est de 27%.

Il convient de noter que les données de 2005 ont été retenues pour servir d'hypothèses à l'analyse de la situation de référence de 2010 pour une population de 12 000 000 habitants en attendant qu'elles soient actualisées par des études commanditées à cet effet.

1.2 Scénario tendanciel:

Le scénario tendanciel a pour objet de déterminer les tendances lourdes c'est-à-dire la situation des statistiques de performances des Mutuelles de santé si rien n'était fait.

Les facteurs de simulation de ce scénario tendanciel sont (i) l'évolution de la population sénégalaise de 2011 à 2015 suivant un taux d'accroissement démographique de 2,9%, pour une population estimée en 2010 de 12 000 000 habitants, (ii) la part de la population couverte selon l'objectif de 50% fixé par le Gouvernement et (iii) la contribution des mutuelles de santé dans la couverture du risque maladie durant cette période. Les résultats de ces simulations sont consignés dans le tableau suivant :

	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>
Population annuelle	12348000	12358092	12716476	13085253	13464725
50% Population annuelle	6174000	6179046	6358238	6542626,5	6732362,5
Population couverte	1234800	1235809,2	1271647,6	1308525,3	1346472,5
Part de Couverture MS	333339,6	333668,484	343344,852	353301,831	363547,575
Population non Couverte	493920	4943236,8	5086590,4	5234101,2	5385890
Dépenses MS	1000188000	1001005452	1030034556	1059905493	1090642725

Sur les cinq prochaines années, la couverture des Mutuelles de santé est estimée à 1 427 202 bénéficiaires, soit 21,20% de l'objectif de couverture de 50% de la population sénégalaise en 2015, estimée à 6 732 362 habitants.

Par ailleurs, les dépenses des Mutuelles de santé passent de 2011 à 2015, à un plus de 9%, tandis que d'une année à l'autre, l'accroissement se fait à un taux constant de 2,9%.

II. Détermination du niveau de contribution de la Composante

Les tendances lourdes montrent une contribution de 1 427 202 bénéficiaires, soit 21,20%. Or, l'objectif de couverture de 50% de la population sénégalaise en 2015 correspond à 6 732 362 habitants.

En doublant la capacité contributive des Mutuelles de santé sur la période de 2011 à 2015, le résultat attendu est estimé 3 454 517 bénéficiaires, soit 51% de l'objectif de 2015. Cette ambition est d'autant plus réaliste que les Mutuelles de santé semblent bénéficier d'un meilleur taux de pénétration sur le potentiel de 80% de couverture disponible. Le scénario désiré est résumé par les données du tableau suivant :

	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>
50% Population annuelle	617400	6179046	6358238	6542626,5	6732362,5
Population couverte	123480	1235809,2	1271647,6	1308525,3	1346472,5
Part de Couverture MS	666792	667337	686690	706604	727095
Dépenses MS	2000376000	2002010904	2060069112	2119810986	2181285450

III. Démarche méthodologique pour l'accélération de l'extension de la Couverture de l'Assurance Maladie à travers les mutuelles de santé:

La démarche méthodologique peut être déclinée en trois phases :

PHASE1: Etat des lieux de la couverture du risque maladie à base communautaire

Cette phase permet d'actualiser le décompte physique et la cartographie des Mutuelles sur l'ensemble du territoire national et de procéder systématiquement à leur diagnostic institutionnel et organisationnel (DIP) à partir duquel sont élaborés des stratégies de structuration des mutuelles de santé existantes et d'appui à la mise en place de nouvelles mutuelles dans les localités qui n'en disposent pas selon le schéma proposé par le DECAM (une mutuelle de santé/une collectivité locale). Cet inventaire prendra également en compte les organisations communautaires et socioprofessionnelles à large base d'implantation ainsi que les réseaux de systèmes financiers décentralisés susceptibles de gérer un produit santé. Cette phase prendra en charge l'évaluation des expériences passées et en cours du couplage Micro crédit et Micro Assurance Santé pour un passage à l'échelle.

Cet état des lieux permettra de choisir les départements administratifs devant abriter la phase d'expérimentation du projet DECAM à partir de critères validés par le comité national de pilotage.

PHASE2 : Mise en place des sections et Organisations faitières communautaires

Cette étape concerne la mise place de sections de Mutuelles et de leurs organisations faitières dans les trois (03) départements pilotes selon le schéma de structuration contenu dans le projet DECAM. Cette phase de structuration intégrera tous les systèmes de financement solidaire existants dans les départements pilotes.

PHASE 3: Elaboration de plan de développement de la Mutuelle

A partir de critères de performance acceptés d'accord partie entre les responsables des mutuelles de santé et le ministère de tutelle, le Gouvernement du Sénégal met en place des mécanismes de subvention aux mutuelles de santé à travers les prestations du Fonds National de Solidarité Santé. Chaque Mutuelle de santé retenue élabore un plan de développement axé sur les critères de performance. Le plan de développement doit intégrer des éléments de qualité ainsi qu'un système d'information et de communication tenant compte des indicateurs administratif et financier testés et validés au Sénégal.

Le montant de transfert du Fonds vers la Mutuelle doit être égal au montant des cotisations annuelles des bénéficiaires. En partant du tableau du scénario désiré, les pouvoirs publics doivent informés les Mutuelles du montant de l'enveloppe financière destinée au financement du plan de développement.

Par ailleurs, il est particulièrement attendu que les prestataires de soins et des officines privées contribuent à la pérennisation de la Mutualité en :

- Appuyant la création de mutuelles de santé ;
- Favorisant un partenariat à travers la signature de Conventions entre, d'une part les Mutuelles et les prestataires de services et d'autre part avec les officines privées ;
- Capacitant les relais dans les domaines de la mutualité santé.

Cette disposition milite en faveur de la survie des Mutuelles de santé en réglant les problèmes d'accessibilité et de solvabilité d'un point de vue curatif. Cependant, le rôle des prestataires doit aller plus loin, par exemple le préventif et l'accompagnement en termes d'appui conseils au sein des Conseils d'administration dans les domaines de la gestion pour une meilleure rationalisation des coûts et dans celui de la sensibilisation (IEC).

GROUPE DE TRAVAIL N° III : Les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM)

En 1975, le Sénégal a mis en place un système d'assurance maladie obligatoire au profit des salariés des secteurs du privé et du parapublic. Notre pays assez prospectif a ainsi anticipé sur les recommandations de l'initiative de Bamako de 1987 invitant les Etats, en réponse aux crises budgétaires aiguës, à asseoir des mécanismes alternatifs de financement de la santé à travers notamment des systèmes contributifs basés sur une solidarité communautaire locale ou socioprofessionnelle.

Le ministère de la santé a très tôt perçu le rôle important que jouent les IPM dans la couverture sanitaire d'une bonne frange de la population à savoir les travailleurs salariés et les membres de leur famille et a intégré les IPM dans toutes ses stratégies d'extension de la couverture médicale à l'horizon 2015 fixé par les OMD.

C'est dans ce cadre que notre groupe de travail a été chargé suivant les termes de référence de l'atelier a exploré les voies et moyens pour consolider et renforcer la contribution des IPM dans la prise en charge médicale des populations cibles.

I. Analyse de la situation actuelle des IPM dans la couverture du risque maladie au Sénégal

1.1 Rappel du cadre juridique des IPM :

- La convention 102 de juin 1952 de l'organisation internationale du travail OIT ratifiée par notre pays en 1962 qui édicte 9 branches de sécurité sociale dont la maladie,
- La constitution du Sénégal en son article 8 qui garantit à chaque citoyen le droit à la santé,
- La loi cadre 75-50 du 3 avril 1975 qui constitue le cadre juridique commun à toutes les IPS dont font partie les IPM,
- Le décret 75-895 du 14 août 1975 qui rend obligatoire la création des IPM et organise leur fonctionnement,
- Le décret 2006-1310 du 13 novembre 2006 qui permet à la femme salariée de prendre en charge son mari chômeur,
- L'arrêté 9176 du 31 juillet 1976 fixant les modèles types de statut et de règlement intérieur des IPM ainsi que le paquet de prestations prises en charge

- L' arrêté 9174 du 31 juillet 1973 fixant la liste des fournitures qui ne donnent pas lieu a prise en charge par les IPM,

Ces différents textes font de l'IPM une branche obligatoire de notre système de sécurité sociale au même titre que l'IPRES et la CSS donc non substituable par un quelconque autre système.

La création d'une IPM est obligatoire dans toute entreprise comptant au moins 100 travailleurs et en deçà du seuil fixé l'entreprise est tenue de s'affilier à une IPM interentreprises.

1-2 Objet et fonctionnement :

- L'IPM assure la prise en charge partielle des frais médicaux occasionnés par la maladie du travailleur et des ses ayants droits ceci dans le cadre du territoire national et pour des soins non préventifs et non professionnels.
- Les arrêtés 9174 et 9176 du 31 juillet 1976 fixent les taux de prise dans une fourchette allant de 40% à 80% et définissent le panier de soins et les soins, fournitures et actes exclus.
- A base contributif, le financement de l'IPM est assuré par une cotisation mensuelle paritaire au taux de 6% appliqué sur une assiette plafonnée à 60000 francs soit un maximum de 3.600 francs part patronale et part salariale.
- Il est a noté que dans la pratique courante l'IPM préfinance intégralement au premier franc les soins garantissant ainsi à ses bénéficiaires un accès permanent

1.2. L'état des lieux

L'état des lieux fait par le groupe de travail s'articule autour des axes suivants:

- la population couverte,
- les prestations offertes
- et les dépenses engagées par les IPM.

a) Population couverte

L'IPM, fondée sur une solidarité socioprofessionnelle, a exclusivement comme cible les salariés des secteurs du privé formel et ceux des sociétés et établissements para public.

Aujourd'hui constat est fait que les IPM ne couvrent environ 120.000 salariés sur une population cible estimée d'après les données statistiques de la caisse de sécurité de sociale à quelques 200.000 travailleurs soit un taux de couverture de 60%.

Le gap relevé de 80.000 personnes sans couverture devient plus criard sur la base des données tirées de l'ESAM produit par l'ANDS qui recensent quelques 400.000 les salariés dans le secteur privé.

D'après les comptes nationaux de la santé base 2005 on note que pour les 91 IPM fonctionnelles enquêtées le nombre de salariés est de 71 922 avec 219 898 ayant droits, soit une population sociale d'environ 291.810 dégageant une taille moyenne de 4 personnes par famille.

Sur une population sociale cible potentielle de 1.600.000 obtenue par considération d'un quotient familial de 4 personnes pour les 400.000 salariés, les IPM assurent réellement la couverture de quelques 700.000 bénéficiaires soit 24% des personnes disposant d'une assurance.

Le groupe de travail fait noter que les IPM disposent encore d'une large marge de manœuvre en termes de couverture effective et complète de sa cible en somme à l'extension de la couverture à plus de 600.000 nouveaux bénéficiaires.

b) Dépenses engagées

Selon les CNS base 2005, la part des IPM dans les dépenses de santé s'élèvent à 8 414 000 FCFA soit 41% de la dépense totale des systèmes assurantiels estimée à 20 443 000 000 CFA.

c) Quelques unes des causes de l'écart de couverture

- La faiblesse de l'information, de la sensibilisation et de la communication auprès des employeurs et des salariés ;
- l'inconsistance du contrôle et du suivi par la tutelle dû à un déficit de ressources humaines, financières et matérielles
- l'obsolescence de nombreux points du cadre réglementaire, notamment :
 - la fixité et la rigidité des paramètres techniques : par exemple, la cotisation qui est fixée à un maximum de 3.600 patronale et salariale depuis 1975 et ceci quelque soit la taille de la famille
 - Le non effectivité du fonds de garantie prévu de façon imminente
- Absence d'un organe de coordination et de régulation qui demeure un impératif pour les systèmes décentralisés

II. Détermination du niveau de contribution des IPM pour la réalisation de l'objectif de couverture de 50% à l'horizon 2015

La population sénégalaise est estimée à 12.000.000 d'habitants. L'objectif de la stratégie se projette de couvrir 50% de cette population soit 6.000.000 de personnes à l'horizon 2015 en chiffre constant.

Les IPM avec les nouvelles dispositions décret 2006-1310 du 23 novembre 2006 ordonnant désormais la prise en charge des époux des femmes travailleuses ont déjà élargi la base sociale des bénéficiaires de façon significative.

Aujourd'hui, les IPM sont à 700.000 bénéficiaires sur une population cible de 1.280.000 personnes. Pour combler le gap et assurer la couverture totale de la cible, les IPM sont appelées à une première contribution de 21,33% ($1.280.000 : 6.000.000 * 100 = 21,33\%$) en valeur relative et 580.000 en valeur absolue.

La deuxième niche de la contribution se trouvent être:

- les entreprises du secteur formel non connues des IPM ;
- et les entreprises du secteur informel.

L'apport de ces deux nouvelles sources peut être estimé à 30% des bénéficiaires cibles.

Soit, $1.280.000 * 30 : 100 = 384.000$ personnes qui représente 8% des 6.000.000 fixés comme objectif.

L'extension de la couverture peut déjà compter sur l'élargissement de la couverture à quelques 964.000 nouveaux membres.

D'ici à 2015 les IPM vont assurer réellement la couverture de 1.664.000 personnes soit 27,73 % de l'objectif fixé à 50% de la population en cette période projeté à 6.000.000 de personnes.

III. Démarche à utiliser pour une contribution accrue des IPM à l'accélération de l'extension de la couverture du risque maladie

3.1. Amélioration de l'existant

Points identifiés par le projet de réforme des IPM :

1. Réactualisation du cadre réglementaire pour l'adapter aux réalités socio économiques du pays
2. Adaptation des paramètres techniques (taux et assiette des cotisations ...)
3. Accentuation et la régularité du contrôle à la base avec la participation active et soutenue des inspections du travail
4. Création d'une unité faitière baptisée ICAMO (institution de coordination de l'assurance maladie obligatoire) qui constitue la pierre angulaire de la réforme ;
5. Campagne d'information et de sensibilisation afin d'avoir le maximum d'IPM d'entreprise ou d'interentreprises,
6. Effectivité du fonds de garantie

7. Mobilisation de l' Etat et des PTF pour un appui au financement du fonds de garantie
8. Renforcement de la médecine d' entreprise dans son rôle de prévention
9. Campagne de formation et de mise à niveau des acteurs

3.2 Les possibilités d'extension de la couverture

- **Extension au niveau interne de l'entreprise :**

Assurer la couverture des travailleurs atypiques (journaliers, saisonniers, travailleurs sous CDD...)

- **Extension au niveau externe de l'entreprise mais toujours interne au monde du travail**

- Assurer la couverture des entreprises formelles non identifiées
- Couverture des travailleurs du secteur informel.
- Lutter contre l'évasion sociale.

Plan d'accélération de la mise en œuvre de la Stratégie d'extension de la Couverture du risque maladie au Sénégal

Composantes	Lignes d'actions	Activités	Période	Responsables	Coût en FCFA
Politiques de gratuité/Fonds national de Solidarité Santé	Etudes et recherches	Mener une étude d'ingénierie technique, financière et juridique sur le fonds		MSP/Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP)	42 126 000
		Mener une enquête nationale sur les coûts des prestations (matrice des coûts)		MSP/ CAFSP	150. 000.000
		Elaborer une stratégie nationale de ciblage des plus pauvres pour leur prise en charge médicale		MSP/ CAFSP	50.000.000
	Communication	Informers les acteurs : les collectivités locales, les régions médicales, les districts sanitaires, les ONG, sur le fonds national de solidarité		MSP/Comité national de pilotage	15.000.000
	Plaidoyer	Plaidoyer auprès des institutions <ul style="list-style-type: none"> • Le Gouvernement à travers l'organisation d'un conseil interministériel sur le fonds national de solidarité ; • Le Parlement et le CES à travers 		<ul style="list-style-type: none"> • Ministre de la Santé et de la Prévention • Comité de pilotage présidé par le Ministère de l'Economie et des Finances 	PM 7.500.000

		des ateliers de partage des projets de textes régissant le FNSS			2.500.000
	Mise en place du Fonds National de Solidarité Santé	• Les PTF en travers l'organisation d'une table ronde			
		Mettre en place les organes de gestion du FNSS		Ministères et structures concernés	PM
		Mobiliser le budget du FNSS		Ministères concernés et PTF	A déterminer
		Apporter un appui institutionnel au FNSS (logistique, informatique, bureautique, etc.)		Ministères concernés et PTF	100.000.000
		Organiser une journée de lancement des activités du FNSS		• MSP/CAFSP • Direction du FNSS	15.000.000
		Procéder à une évaluation à mi-parcours du Fonds à An +2		• Direction du FNSS	15.000.000
Extension de la couverture maladie à base communautaire/DECAM	Plaidoyer	Organiser des rencontres avec : <ul style="list-style-type: none"> • Les ministres sectoriels • Le Parlement • Le CES • Les CL • La société civile 		• Comité national de pilotage	PM
		Organiser un conseil interministériel sur la couverture du risque maladie au Sénégal		• Primature • MSP	PM
	Communication	Organisation un atelier de finalisation		• SNEIPS • CAFSP	7.500.000

		des outils de mise en œuvre du Plan de Communication pour le développement des Mutuelles de santé			
		Mettre en œuvre le plan de communication pour le développement des mutuelles de santé		<ul style="list-style-type: none"> • SNEIPS • CAFSP • Unions régionales des mutuelles de santé 	156. 396. 250
	Etat des lieux de la couverture du risque maladie communautaire	Réaliser une étude sur les différents mécanismes de financement des soins de santé au Sénégal		<ul style="list-style-type: none"> • CASFP • Unions régionales MS 	15. 000.000
		Faire la cartographie de la couverture du risque maladie communautaire		CAFSP	PM
		Faire le Diagnostic Institutionnel Participatif (DIP) des mutuelles de santé existantes dans les départements pilotes		CAFSP	9.000.000
		Evaluer les expériences de couplage MAS/SFD		CAFSP	6.500.000
	Mise en œuvre de	Choisir les départements pilotes		Comité de pilotage de la stratégie	PM
		Organiser des missions de prise de contact avec les acteurs des départements pilotes		Comité de pilotage de la stratégie	15.000.000
		Appuyer la structuration des mutuelles de santé existantes dans les départements pilotes		Comité de pilotage de la stratégie	5.000.000

	la phase pilote du DECAM	Appuyer à la mise en place de nouvelles mutuelles de santé dans les collectivités locales non pourvues dans les départements pilotes		Comité de pilotage de la stratégie	15.000.000
		Elaborer les critères de performance pour les mutuelles de santé des départements pilotes		Comité de pilotage de la stratégie	PM
		Appuyer l'élaboration de plans de développement des mutuelles de santé dans les départements pilotes		Comité de pilotage de la stratégie	9.000.000
		Mettre en place les mécanismes de subvention aux mutuelles de santé		<ul style="list-style-type: none"> • MEF • MSP • PTF 	A déterminer
		Organiser des ateliers départementaux d'harmonisation et de renforcement des pratiques contractuelles entre les acteurs		CAFSP	36.000.000
		Organiser des ateliers départementaux de renforcement des capacités des acteurs sur le processus contractuelles		CAFSP	54.000.000
		Mettre en place un système d'information de gestion des mécanismes de couverture maladie (mutuelles de santé, IPM, gratuités)		<ul style="list-style-type: none"> • Ministères techniques concernés • Gestionnaires des mécanismes 	60.000.000
		Procéder à une évaluation à mi-parcours de la phase pilote du DECAM à An +3		•	9.000.000

Réforme des IPM	Cadre juridique et institutionnel	Réactualiser le cadre législatif et réglementaire des IPM		MTOP, MSP, MEF	10.000.000
		Mettre en place l'ICAMO		MTOP, MSP, MEF	600.000.000
		Renforcer les capacités de la division des IPM (humaines, financières, logistiques ...)		MEF, MTOP	50.000.000
		Accentuer la régularité du contrôle à la base avec la participation active et soutenue des inspections du travail		IRTSS ICAMO	15.000.000
	Information Plaidoyer	Appuyer les campagnes d'information et de sensibilisation afin d'avoir le maximum d'IPM d'entreprise ou d'interentreprises		MTOP, ICAMO	10.000.000
		Plaidoyer pour la mobilisation de l'Etat et des PTF pour un appui au financement du fonds de garantie		MTOP, ICAMO, MSP	5.000.000
	Formation	Formation et mise à niveau des acteurs (syndicats travailleurs		ICAMO	20.000.000

