



République du Sénégal
Un Peuple – un But – une Foi

Ministère de la Santé

CAS/PNDS/Partenariat

Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal

Juillet 2004

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
PREMIERE PARTIE : DIAGNOSTIC DE LA MUTUALITE DANS LE SECTEUR DE LA SANTE AU SENEGAL.....	6
I. Contexte de l'émergence des mutuelles de santé au Sénégal	6
1.1 Contexte socio-démographique, économique et politique	6
1.2. Contexte spécifique des systèmes de santé et de protection sociale	7
1.3. Problématique de l'accessibilité financière aux soins de santé.....	9
II. Situation des mutuelles de santé au Sénégal.....	10
2.1. Définition et typologie	10
2.2. Historique	11
2.3. Panorama des mutuelles de santé	12
2.4. Paramètres fondamentaux des mutuelles de santé	15
III. Promotion de la mutualité dans le secteur de la santé.....	19
3.1. Rôle de l'Etat.....	19
3.2. Structures internes d'appui.....	21
3.3. Structures externes d'appui	22
IV. Changements de l'environnement.....	26
V. Forces et faiblesses des mutuelles de santé	27
5.1. Forces des mutuelles de santé	27
5.2. Faiblesses des mutuelles de santé.....	28
DEUXIEME PARTIE : PLAN QUINQUENNAL DE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE.....	31
I. But et objectifs du plan	31
1.1 But	31
1.2. Objectif général	31
1.3. Objectifs spécifiques	32
1.4. Résultats attendus	32
II. Stratégies	34
2.1 Stratégie générale du plan	34
2.2. Axes d'intervention	35
2.3. Axes d'intervention et contenu	36
III Activités	42
IV. Justificatif du budget.....	55
V Administration et Gestion du Plan	63
Système d'administration et de gestion du secteur de la santé	63
5.2 Les principaux partenaires	63
5.3 Gestion du plan.....	65
5.4 Exécution du plan.....	65
5.5 Suivi/évaluation.....	67
ANNEXES.....	69
Suivi et Evaluation–Matrices des Objectifs, Résultats Attendus et Indicateurs	69
Synthèse du budget.....	75
Annualisation du budget.....	79

INTRODUCTION

La dégradation des conditions économiques des années 80, s'est accompagnée dans les pays en développement, d'une détérioration de l'état de santé de la population, notamment des couches les plus pauvres. La réduction des dépenses publiques dans le secteur de la santé du fait de l'application des politiques d'ajustement structurel, a eu des conséquences négatives importantes sur la disponibilité et la qualité des soins offerts à la population (Kamdoun, 1994 ; Hugon, 1989). En effet, l'exigence pour ces pays de réaliser des équilibres macro-économiques et macro-financiers, suite à un recours excessif aux capitaux extérieurs, a entraîné nécessairement des coûts sociaux très élevés. Ces coûts sociaux qui sont intervenus principalement à court terme, c'est-à-dire au début de la mise en œuvre de ces politiques, n'ont pu être compensés à moyen et long terme par les effets financiers générés par ce processus.

Cette situation a connu une certaine exacerbation suite à la dévaluation du franc CFA qui s'est traduite par un renchérissement des coûts des services sociaux de base, réduisant de façon considérable aussi bien les possibilités des Etats que celles des populations.

Dans ce contexte, la recherche de sources de financement viables devient une urgence particulièrement pour les préférences non solvables. Cette situation pèse plus lourdement sur les acteurs du secteur informel qui constituent plus de 80% de la population active dans les pays en développement.

C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre l'initiation et l'impulsion de la mutualité dans la dynamique du financement du secteur de la santé au Sénégal. C'est à ce niveau également qu'il faut situer l'émergence actuelle de nouvelles modalités de financement des soins de santé basées sur le système d'assurance. Les systèmes de micro-assurance santé permettent de contribuer à faire face aux problèmes de financement de la santé.

Au Sénégal, l'avènement de la mutualité dans le domaine de la santé, tout au moins dans sa formule communautaire actuelle, est relativement récent. Le recensement effectué en 1995, a dénombré seulement un peu plus d'une dizaine de mutuelles en fonctionnement et quelques autres en cours de constitution (Faure et Sakho, 1996). En fin 2003, le Sénégal compte 79 mutuelles de santé fonctionnelles. Cependant, un constat est fait : à l'état actuel de leur développement, les mutuelles de santé n'attirent pas une base d'adhésion suffisante par manque d'identification des besoins prioritaires des adhérents potentiels, de leurs choix de prestataires de soins ou de leurs particularités économiques, sociales ou culturelles.

La promotion de la mutualité dans le secteur de la santé a bénéficié du soutien politique par la mise en place par le Ministère de la santé d'un programme d'appui au développement des mutuelles de santé depuis 1997.

Ce présent plan stratégique a tenu compte des enseignements issus de ce qui précède, et a été élaboré de manière consensuelle avec la participation des principaux acteurs impliqués dans la politique de promotion des mécanismes de facilitations de l'accès aux soins de santé et particulièrement des mutuelles de santé. Ces derniers étaient représentés par les coordinations régionales des mutuelles de santé (Union des Mutuelles de Santé de Dakar, Coordination Régionale des Mutuelles de santé de Thiès, Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Diourbel, Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Kaolack), les mutuelles de santé d'envergure nationale (Multi-Assistance de l'Education, Mutuelle des Forces Armées,

Mutuelle de la Douane, Mutuelle de la Gendarmerie Nationale, Mutuelle de l'Administration Pénitentiaire, Mutuelle des Volontaires et Maîtres Contractuels, Mutuelle de Santé de l'UDEN, Mutuelle de Santé du SUDES), les structures d'appui au développement des mutuelles de santé (BIT\STEP, PROMUSAF, PHRplus, ENDA GRAF, GRAIM, EPOS) et les services compétents du Ministère de la Santé (CAMICS)

La réalisation de ce plan stratégique de développement des mutuelles de santé s'inscrit dans le cadre de la phase II du Programme de Développement Intégré de la Santé du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS\PDIS II). La phase II du PDIS intervient dans un environnement où le mouvement mutualiste dans le secteur de la santé s'est élargi sur l'ensemble du pays. Il s'est enrichi d'une diversité d'expériences soutenues par une multiplicité d'acteurs, en même temps que les modes d'intervention et les cadres d'appui au développement des mutuelles de santé sont entrain de se structurer.

Ce plan est structuré en deux grandes parties :

La première partie fait le diagnostic de la situation de la mutualité dans le secteur de la santé

La réalisation du diagnostic a tiré profit des contributions de l'ensemble des acteurs dont les documents de base ont servi de support aux débats vers le consensus sur la situation actuelle et les axes stratégiques clés du développement des mutuelles de santé. Le cadre national de concertation a contribué un document de base sur la situation générale des mutuelles de santé dans le pays. Les responsables des mutuelles de santé d'envergure nationale suscitées ont également élaboré individuellement une analyse de la situation de leur mutuelle respective. Les coordinations régionales de Dakar, de Thies, de Diourbel et de Kaolack ont préparé chacune une analyse de la situation des mutuelles de santé dans leur région respective¹. Enfin, les structures d'appui ont fourni un document sur leurs programmes et modes d'intervention dans le pays. Pour appuyer l'élaboration de ces différentes contributions, un canevas articulé sur six champs et leurs questions-clés a été proposé aux différents acteurs.

La partie diagnostic de la situation de la mutualité dans le secteur de la santé est structurée en cinq sections :

- La première section résume le contexte général et le contexte spécifique des systèmes de santé et de protection sociale d'où émergent les mutuelles de santé au Sénégal.
- La deuxième section résume le développement et la diversité des mutuelles de santé ; le chemin parcouru par la mutualité dans le secteur de la santé au cours des dernières années dans l'ensemble et les différentes régions du pays est résumé; enfin, le panorama actuel des mutuelles de santé est dressé.
- La troisième section discute du rôle de l'Etat et couvre la description des promoteurs actuels des mutuelles de santé, des modes d'intervention et des cadres de concertation des acteurs de la mutualité dans le pays ;

¹ Ces quatre régions sont les seules qui disposent d'un cadre ou d'une unité de coordination des mutuelles de santé au niveau régional.

- La quatrième section discute des défis et des opportunités associés aux changements récents dans l'environnement du développement des mutuelles dont les processus d'approfondissement de la démocratie et de la décentralisation administrative et politique, et la lutte contre la pauvreté.
- Enfin, la cinquième section résume les forces et les faiblesses des mutuelles de santé et du développement des mutuelles de santé.

La deuxième partie du document porte sur le plan proprement dit à travers son but à long terme, ses objectifs, les stratégies de mise en œuvre, les activités, les ressources à mobiliser et les procédures de gestion.

PREMIERE PARTIE : DIAGNOSTIC DE LA MUTUALITE **DANS LE SECTEUR DE LA SANTE AU SENEGAL**

I. Contexte de l'émergence des mutuelles de santé au Sénégal

1.1 Contexte socio-démographique, économique et politique

La population du Sénégal est estimée à 9,2 millions d'habitants en 2000, répartis sur une superficie d'environ 196.722 km², soit une densité moyenne de 46 habitants au km². La densité de la population varie largement entre les régions, d'environ 8 habitants au km² dans la région de Tambacounda à 3.659 habitants au km² à Dakar. La composition ethnique et religieuse de la population est relativement homogène avec 5 principaux groupes ethniques et 95% de la population de confession musulmane. L'homogénéité religieuse et les relations traditionnelles de cousinage entre les principaux groupes ethniques participent au renforcement de la cohésion sociale et de la vivacité des traditions et valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle dans le cadre des transitions sociales que vit la société sénégalaise.

La dynamique et la structure de la population du Sénégal sont typiques d'une population engagée dans une phase de transition démographique. La dynamique de la population a été soutenue au cours des dernières décennies par la baisse de la mortalité et les débuts d'une baisse significative de la fécondité. La population sénégalaise est relativement jeune (47% a moins de 15 ans). Cependant, on note un taux de croissance élevé malgré la baisse de la fécondité: la population s'accroît au rythme de 2,7%, soit un temps de doublement de 25 ans environ.

Cette dynamique interne de la population s'accompagne d'un dynamisme externe assez spécifique au Sénégal. Le rythme d'urbanisation du pays a été très rapide au cours des dernières décennies avec un taux de croissance urbaine de 5% soutenu par un exode rural massif. Actuellement, 41% de la population vit dans les zones urbaines, plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés de l'Afrique subsaharienne. Par ailleurs, l'émigration étrangère, vers les autres pays Africains, les pays Européens et les Etats-Unis, s'est intensifiée au cours des deux dernières décennies. L'importance de l'exode rurale, de l'émigration étrangère et de l'urbanisation contribue non seulement au changement de la dynamique interne de la population, mais aussi aux transformations socio-politiques en cours dans le pays.

Depuis le milieu des années 70s, les processus de démocratisation, de décentralisation du pouvoir politique, du développement de la liberté d'expression, du mouvement associatif et de la société civile sont entrain de renforcer les bases d'une culture de participation dans le pays. Cette culture de participation a été soutenue durant les années 80 et 90 par la densification du tissu associatif qui est entrain de redéfinir les bases sociales et cadres de la solidarité, de l'entraide mutuelle, et de la coopération sociale. Elle se manifeste à travers le foisonnement des associations socio-professionnelles, des groupements de femmes, des associations socioculturelles de jeunes, des associations confessionnelles, etc. Depuis 1997, l'approfondissement de la décentralisation administrative et politique est venue renforcer cette culture de participation et la démocratisation dans les communautés de base du pays. La combinaison des cadres familiaux et de voisinage, l'organisation des confréries musulmanes,

la densification du tissu associatif, les réformes de décentralisation administrative et politique et la culture de participation est entrain de contribuer au renforcement du capital social dans le pays.

En plus des facteurs culturels et politiques, ces transitions sociales résultent aussi de l'adaptation de la société sénégalaise à un environnement économique contraignant. L'économie sénégalaise est basée essentiellement sur l'agriculture sous pluie qui, comme l'élevage, a souffert de la récurrence des années de sécheresse. Si les secteurs de la pêche, du tourisme et des services se sont développés et occupent une part grandissante dans l'économie, le dynamisme du secteur industriel a été faible et n'a pas pu profiter de la dévaluation du F CFA en 1994. Enfin, en raison de l'importance de l'émigration étrangère, les transferts des migrants jouent un rôle de plus en plus important dans l'augmentation et la diversification des sources de revenus des ménages et le financement de l'économie du pays.

Après une longue période de stagnation, l'économie sénégalaise a renoué avec la croissance suite à la dévaluation du FCFA en 1994. Le Produit Intérieur Brut (PIB) a crû en termes réels légèrement au-dessus de 5% par an sur la période 1995-2000. Ainsi la tendance négative du PIB par habitant, observée au cours de la décennie 80, a été renversée. Ces gains économiques récents, cependant, n'ont pas été largement partagés. Ainsi, le Sénégal reste un pays pauvre avec un PIB par tête d'environ 600 US\$ en 2002 et 54% de la population vivant au dessous du seuil de pauvreté. Plus de 50% de la population active est toujours employée dans le secteur de l'agriculture alors qu'elle ne contribue que pour 10% du PIB ; la création d'emplois est restée faible dans le secteur moderne au cours de la dernière décennie ; en contraste, le secteur informel est resté dynamique et est devenu une source importante d'emplois et de revenus dans l'économie du pays.

1.2. Contexte spécifique des systèmes de santé et de protection sociale

Le Sénégal a hérité de la période coloniale d'un système de santé centralisé, urbain et biaisé vers les soins curatifs, où les fonctions de prestation de soins de santé, de financement et de régulation étaient confondues, et supportées exclusivement par le financement public. Cette structure a été renforcée jusqu'au milieu des années 70s en faveur de l'idéologie de la construction nationale et du centralisme étatique. Depuis cette période, cependant, les effets combinés des crises économiques et fiscales (crises pétrolières, années récurrentes de sécheresse), la croissance démographique, l'urbanisation et les programmes successifs d'ajustement structurel ont transformé le système de santé.

- ***L'offre des soins de santé s'est diversifiée en faveur du développement du secteur privé :*** Les interventions publiques dans le secteur de la santé durant les deux premières décennies d'indépendance ont renforcé l'offre publique de soins de santé en général, l'infrastructure hospitalière urbaine en particulier. A partir du milieu des années 70, cependant, l'intervention publique dans la santé est réorientée sur la base de la stratégie des soins de santé primaires dont la mise en œuvre s'articule sur le renforcement des interventions préventives et promotionnelles et l'extension de la couverture des services de santé de base. Par ailleurs, à partir des années 80, les sources d'offre de soins se sont rapidement diversifiées avec le développement du secteur privé dans la prestation des soins (cliniques et cabinets privés) et la distribution des produits pharmaceutiques dans les zones urbaines du pays : à titre illustratif, près de la moitié des médecins du Sénégal sont employés dans le secteur

privé en 2002; par ailleurs, la majorité des pharmaciens et dentistes sont employés dans le secteur privé.

- ***Les sources et les mécanismes de financement des services de santé ont aussi changé vers le renforcement du financement privé et du paiement direct par les usagers :*** Longtemps dominés par les sources et mécanismes de financement public, les schémas des sources et des mécanismes de financement de la santé se sont transformés en faveur des crises fiscales des années 80s, de la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel, de l'adoption et la généralisation de l'Initiative de Bamako dans le secteur public au début des années 90s, le développement de l'offre privée de soins de santé et du secteur pharmaceutique. Les ménages sont devenus depuis la fin des années 80s la première source de financement de la santé ; par ailleurs, le paiement direct par les usagers est devenu un des premiers mécanismes d'allocation des ressources dans la santé.
- ***L'organisation et les cadres de gestion des services de santé ont aussi changé vers des cadres plus décentralisés et une plus grande implication des populations dans la gestion :*** Depuis l'émergence des associations de promotion de la santé et des comités de santé dans le département de Pikine dans les années 70s, la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires dans les années 80s et de l'Initiative de Bamako dans les années 90s, les populations sont de plus en plus impliquées dans la gestion des structures publiques de santé. Cette tendance a été renforcée par le transfert de la compétence de la santé aux collectivités locales dans le cadre des réformes de décentralisation administrative et politique en 1997 et l'érection des hôpitaux publics en établissements publics de santé dirigées par des conseils d'administration avec la représentation des populations depuis l'initiation de la réforme hospitalière en 1998.

Ces changements dans le système de santé se sont opérés sans des transformations majeures dans les systèmes de protection sociale depuis la fin des années 70s. Seule une minorité de la population sénégalaise bénéficie d'une couverture sociale pour la prise en charge de ses frais médicaux ; soit à travers un système obligatoire ou un système facultatif.

❑ ***Systèmes obligatoires***

- Le régime obligatoire des fonctionnaires et agents contractuels de la fonction publique ainsi que leurs familles est régi par le décret N°72-215 du 7 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires. Ce système est financé par le budget de l'Etat (imputation budgétaire) qui permet une prise en charge partielle (80%) des soins médicaux ; les médicaments sont à la charge du malade. Environ 300.000 bénéficiaires (66.000 agents et leurs ayant-droits) sont couverts à travers ce système.
- La protection des salariés permanents des entreprises privées et publiques, ainsi que leurs familles, est assurée dans le cadre des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), régies par la loi du 30 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociales et le décret N° 75-895 du 14 août 1975 portant organisation des IPM d'entreprise ou inter-entreprise. Les IPM assurent la prise en charge des soins médicaux et des médicaments pour les bénéficiaires dans une fourchette autorisée de prise en charge de 40 à 80% du montant des prestations. Environ 700.000 bénéficiaires (dont 120.000 salariés) sont couverts à travers le mécanisme d'assurance sociale des IPM.

- Enfin les retraités qui ont occupé des emplois salariés et leurs familles bénéficient par le canal de l'Institution de Prévoyance Retraite au Sénégal (IPRES) mise en place par décret en 1975, d'une couverture médicale contributive. Dans ce régime, une cotisation maladie est régulièrement prélevée sur les pensions et en contre partie l'IPRES couvre partiellement les frais médicaux de ses bénéficiaires.

❑ *Systèmes facultatifs*

- Une très faible partie de la population, dont les cadres d'entreprise et les professions libérales et leur dépendants (environ 70.000 bénéficiaires), sont couverts par l'assurance privée.

Les catégories de la population couvertes par ces systèmes obligatoires et ces systèmes facultatifs représentent moins de 20% de la population du pays ; par ailleurs, la couverture dont elles bénéficient n'est que partielle (50% à 80% des frais liés à la maladie).

Le dispositif prévu pour la prise en charge des cas sociaux ou des indigents n'a réellement jamais fonctionné. Parmi les facteurs associés à ce résultat, on peut citer la combinaison de l'inefficacité administrative du processus d'identification des indigents et le financement (ou manque de financement) de leur prise en charge, et le régime d'incitation associé à l'importance prise par les ressources propres dans le financement des formations sanitaires publiques.

Parallèlement à ces formes institutionnalisées de couverture maladie, différents systèmes traditionnels de solidarité permettent aux ménages de faire face aux dépenses de santé. Il s'agit des associations d'entraide et de crédit, de la solidarité familiale, des systèmes de prépaiement auprès des structures de santé.

1.3. Problématique de l'accessibilité financière aux soins de santé

Le niveau de développement et la structure de l'économie du Sénégal ont des implications importantes sur le financement de la santé et la protection sociale. Le faible niveau du PIB par tête et la faiblesse des capacités fiscales contraignent le financement public du secteur de la santé. Par ailleurs, la structure de l'économie, la faiblesse de l'emploi dans le secteur formel en particulier, contraignent la protection sociale dans la santé à travers des modalités et des mécanismes de l'assurance sociale. En conséquence des crises fiscales et de leur traduction dans les changements du système de santé et des faiblesses de la couverture des systèmes de protection sociale, ces contraintes se sont traduites depuis la fin des années 80s par une part de plus en plus prédominante du financement de la santé qui est prise en charge par les ménages à travers des mécanismes de paiement direct par les usagers.

Un fardeau de plus en plus lourd du financement de la santé est supporté directement par les ménages à travers des mécanismes qui contraignent l'accessibilité financière aux soins de santé. Les contraintes d'accessibilité financière aux soins de santé se manifestent sous diverses formes d'exclusion : exclusion temporaire, exclusion saisonnière, ou exclusion partielle. Ainsi, conçu pour participer à la protection des populations contre les risques sociaux, le système de santé, mal protégé dans le cadre des programmes successifs d'ajustement structurel, est devenu une source de risques financiers, d'endettement et d'appauvrissement des ménages en cas de soins catastrophiques pour leurs membres. Ces risques se sont accrus pour les catégories de la population couvertes par les systèmes

obligatoires en raison des tensions nées du déphasage des changements dans le système de santé et la rigidité des mécanismes de protection sociale; ils sont plus importants, cependant, pour la majorité de la population qui ne bénéficie d'aucune couverture formelle, dont les secteurs les plus pauvres de la population.

C'est dans ce contexte qu'émerge la mutualité dans le secteur de la santé au Sénégal en faveur de la dynamique du mouvement associatif depuis la fin des années 80. Dans ce cadre, l'émergence de la mutualité se fonde sur le capital social en cours de renforcement dans les zones urbaines et rurales du pays à travers la reconfiguration des bases sociales et cadres de solidarité, d'entraide mutuelle, et de coopération sociale, dont l'expression la plus immédiate est observée dans le foisonnement des associations socio-professionnelles, des groupements féminins, des associations socioculturelles de jeunes et des associations confessionnelles.

II. Situation des mutuelles de santé au Sénégal

2.1. Définition et typologie

La mutuelle de santé est un système d'assurance volontaire, à but non lucratif, élaborée sur la base d'une éthique d'aide mutuelle, de solidarité et de prise en charge collective des risques sanitaires et dont les membres participent effectivement à la gestion et au fonctionnement'. Les mutuelles de santé remplissent les mêmes fonctions d'intermédiation (fonctions de collecte de revenus et d'achat des soins de santé) et de couverture contre les risques financiers associés à la maladie (fonction d'assurance) pour leurs membres que les autres systèmes traditionnels d'assurance maladie (assurance sociale, assurance commerciale). Quatre critères, cependant, les distinguent de ces systèmes traditionnels : (i) ce sont des organisations basées sur l'association volontaire, (ii) à but non lucratif, (iii) qui mettent en œuvre la solidarité qui se traduit par la fixation des droits d'adhésion, des primes et des cotisations sur une base communautaire et non individuelle, (iv) qui sont gérées par leurs membres.

Les mutuelles de santé empruntent leur structure organisationnelle des modes d'organisation et de fonctionnement du mouvement associatif et des principes de l'économie sociale. La mutuelle est fondée et contrôlée par les membres bénéficiaires eux-mêmes, pour répondre à leurs besoins en matière de santé; les membres des organes de gestion sont élus selon les règles démocratiques. A l'image de toutes autres formes d'organisation du mouvement associatif, les mutuelles de santé disposent de structures comme l'assemblée générale, le conseil d'administration et un bureau avec différentes commissions. Leurs ressources sont presque exclusivement composées des droits d'adhésion et des cotisations des membres.

Les acteurs locaux de la mutualité au Sénégal utilisent plusieurs critères pour identifier différents types de mutuelles de santé : les mutuelles dites complémentaires versus les mutuelles au premier franc; les mutuelles socioprofessionnelles, les mutuelles unionistes versus les mutuelles communautaires ; etc². Les mutuelles de santé dites complémentaires se sont créées pour assurer une couverture des prestations non prises en charge par le régime obligatoire. La mutuelle FAGGU des retraités de l'IPRES, la mutuelle des Forces Armées Sénégalaises, la mutuelle de la Gendarmerie Nationale, la mutuelle de la Douane Sénégalaise, la mutuelle des employés de SOCOCIM industrie, la mutuelle des enseignants du supérieur sont des exemples types de mutuelles de santé complémentaires.

² Les économistes de la santé utilisent une typologie basée sur la dimension des risques couverts dans le paquet de bénéfices en distinguant les mutuelles à 'petits risques' versus les mutuelles à 'gros risques'.

Les mutuelles de santé dites « au premier franc » sont généralement organisées sur une base territoriale. Les mutuelles issues de communautés villageoises (Fissel, Fandène, Gandiol Santé), de communauté de quartier (Dimeli Yoff, Thaily, Goxu Mbacc), ou de regroupement de travailleurs du secteur informel (mutuelle des teinturières, mutuelles du réseau PROFEMU, mutuelles des transporteurs) sont des exemples types de mutuelles de santé au premier franc. Elles se développent parmi les catégories de population ne bénéficiant pas de couverture par les systèmes traditionnels d'assurance obligatoire ou facultative.

2.2. Historique

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

La phase de naissance des premières expériences mutualistes est initiée en milieu urbain sénégalais avec la création en 1973 d'une mutuelle de santé par les travailleurs de la SOCOCIM. Celle-ci sera dissoute avec l'avènement des IPM en 1975 : elle est entrain d'être réactivée en 2003 avec l'appui de la Mutualité Française. La seconde initiative en milieu urbain viendra des corps constitués avec la création en 1985 de la mutuelle de l'Armée Sénégalaise. Il faudra attendre cinq ans après pour voir la naissance d'une mutuelle de santé en milieu rural avec la création de la mutuelle de santé de Fandène, appuyée par le Diocèse de Thiès et l'hôpital St Jean de Dieu. Celle-ci sera suivie entre 1990 et 1993 par l'essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès, où certaines communautés, convaincues de l'expérience de Fandène, ont essayé et réussi à mettre sur pied leur propre mutuelle de santé (*effet de démonstration par les paires*)

La deuxième phase, entre 1994 et 1998, marque la diffusion de la mutualité vers les autres régions du pays où commencent à naître des mutuelles et où également d'anciens systèmes de type communautaire et fonctionnant sur des principes d'entraide et de solidarité commencent à être codifiés pour se transformer en mutuelles de santé. Cette phase est surtout marquée par les actions du programme ACOPAM/BIT qui s'investit pour une meilleure connaissance et une diffusion plus large de l'expérience mutualiste. Durant cette période, le CESAG commence à développer des études pour analyser ces systèmes afin de mieux faire connaître leur fonctionnement et leur portée. Dans la région de Dakar, l'appropriation progressive du principe de la mutualité se traduit par la mise en place de mutuelles en s'appuyant sur le capital social et les capacités d'organisation du mouvement associatif : enseignants, associations communautaires, groupement féminins, groupements d'épargne et de crédit (*schéma de micro-finance*). Les mutuelles d'enseignants ont joué le rôle de locomotive du développement mutualiste dans la région de Dakar.

Enfin la troisième phase faisant suite à la plate-forme d'Abidjan à partir de 1998. Cette phase est marquée par un fort engouement des populations et des organismes de développement nationaux et internationaux vers les initiatives mutualistes, appuyé par une volonté politique de l'Etat qui a mis en place une cellule d'appui aux mutuelles de santé, la CAMICS. Depuis 1998, les programmes STEP/BIT, PHR, PROMUSAF, GTZ et ENDA-GRAFF ont fortement contribué à la diffusion des connaissances en matière de mutualité à travers la publication de brochures d'information, de manuels, l'organisation d'ateliers de formation et de journées de

sensibilisation, en appui à la politique définie par le Gouvernement du Sénégal. Cette phase marque le début d'un processus de structuration du mouvement mutualiste au Sénégal avec le développement de systèmes de support pour appuyer la promotion, la mise en place et la gestion des mutuelles de santé. Elle s'est traduite par l'accélération du développement des mutuelles de santé : par exemple, dans la région de Dakar, le nombre de mutuelles passant de 12 en 1999 à 52 en 2003, soit une multiplication par 4 en quatre ans ; dans la région de Thiès, 20 des 39 mutuelles de santé que compte la région ont été mises en place entre 2000 et 2003.

Quelles leçons peut-on tirer de l'histoire récente du développement des mutuelles de santé au Sénégal:

- ❑ La légitimité des promoteurs des mutuelles de santé est importante pour l'acceptabilité et le développement des mutuelles de santé (actions de l'hôpital St Jean de Dieu et du Diocèse de Thiès) ;
- ❑ L'effet de démonstration par les paires peut servir de mécanisme efficace d'apprentissage pour la fondation de nouvelles mutuelles de santé et l'extension des mutuelles de santé (essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès se fondant sous le modèle de Fandène);
- ❑ Le leadership du développement des mutuelles peut émerger des organisations du mouvement associatif local (rôle de locomotive des mutuelles d'enseignants dans la région de Dakar) ;
- ❑ Les études, la recherche et l'assistance technique peuvent jouer un rôle catalyseur dans la promotion et le développement des mutuelles de santé.

2.3. Panorama des mutuelles de santé

Le tableau 1 ci-dessous résume l'évolution et la situation actuelle des mutuelles de santé au Sénégal. De 19 mutuelles de santé fonctionnelles répertoriées lors de l'inventaire de 1997, le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles est passé à 28 en 2000, à 79 en 2003. En d'autres termes, le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles a été multiplié par 4 en l'espace de 6 ans ; la fondation des mutuelles de santé s'est accélérée entre 2000 et 2003, le nombre de mutuelles fonctionnelles étant multiplié par 3 en l'espace de 3 ans. En plus des 79 mutuelles de santé fonctionnelles répertoriées en 2003, 30 mutuelles de santé étaient en cours de gestation au moment de l'inventaire de 2003, 18 mutuelles de santé à l'état de projet, et 9 mutuelles de santé en difficulté. Ainsi, il peut être attendu qu'en 2004, le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles sera porté à plus de 120 mutuelles de santé.

Entre 2000 et 2003, l'étendue géographique des mutuelles de santé s'est élargie. Des mutuelles de santé fonctionnelles n'étaient répertoriées que dans quatre régions du Sénégal en 2000 : Thiès, Dakar, St Louis et Kaolack. En 2003, des initiatives mutualistes sont recensées dans toutes les régions du pays à l'exception de Kolda (voir tableau 1).

Tableau 1 : Situation des Mutuelles de Santé au Sénégal en 2003

Région	Mutuelles Fonctionnelles		Situation en 2003 (Inventaire)				
	1997	2000	Fonctionnelle	Gestation	Projet	Difficulté	Total
Dakar		10	23	9	8	4	44
Diourbel			4	5		1	10
Fatick			3	1			4
Kaolack		1	8	1	1	1	11
Kolda					1		1
Louga			6	2			8
St Louis		2	7	2			9
Tambacounda			1	1	2	1	5
Thiès		15	27	6	4	2	39
Ziguinchor			3	3	2		8
Sénégal	19	28	79	30	18	9	136

Sources : Inventaires Concertation MS Afrique 1997, 2000, 2003

Région de Thiès. La région de Thiès compte 27 mutuelles fonctionnelles, 2 mutuelles en difficulté, 6 mutuelles en gestation et 4 projets de mutuelle. L'ensemble des mutuelles de santé identifiées dans cette région sont de type communautaire (sauf celle des retraités de l'IPRES qui est de type corporatif). Il importe également de noter que la plupart des mutuelles de santé de la région de Thiès sont fonctionnelles. Ces mutuelles dont la plupart couvrent des frais de soins hospitaliers ont une convention avec l'hôpital privé catholique Saint Jean de Dieu.

Le site d'incubation de la mutualité dans la région de Thiès reste le département de Thiès, qui compte 19 mutuelles de santé. Cependant, au cours des dernières années, la mutualité s'est répandue dans les départements de Tivaouane, qui compte 9 mutuelles de santé, et de Mbour, qui compte aussi 9 mutuelles de santé. Il est estimé qu'environ 70.000 bénéficiaires sont couverts par les mutuelles de la région, soit un taux de pénétration de 5,38% à l'échelle régionale.

Région de Dakar. La région de Dakar compte 23 mutuelles fonctionnelles, 13 mutuelles de santé en gestation, 01 mutuelles en difficulté. On y dénombre également beaucoup de projets de mutuelles. Soit au total 56 mutuelles.

Les mutuelles de la région de Dakar sont essentiellement de type urbain. On y retrouve beaucoup de mutuelle de type corporatif (mutuelles unionistes, mutuelles des corps constitués), dont la majorité est constituée de mutuelles de santé complémentaires. Cet engouement des travailleurs du secteur moderne vers les mutuelles de santé témoigne des limites du système d'assurance maladie qui les couvre. La localisation des mutuelles de santé montre qu'en dehors des mutuelles de santé de type corporatif, qui pour la plupart ont leur siège à Dakar, le reste est composé de mutuelles de santé communautaires se retrouvant dans les quartiers populeux ou dans la banlieue qui, de façon générale constituent les zones de résidence des couches les plus démunies.

Ensemble, les mutuelles unionistes (MVCE, SUDES, MAE, MSOAP, etc..) et les mutuelles des corps constitués (Forces Armées, Douane, Administration Pénitentiaire) représentent 14% des mutuelles de la région de Dakar. Les mutuelles à base communautaire, les plus nombreuses, comptent pour 60% des mutuelles de la région. Enfin, les mutuelles basées sur des caisses d'épargne et de crédit représentent 26% des mutuelles de la région.

Région de Kaolack. La région compte 08 mutuelles de santé implantées dans trois localités: Kaolack ((Thiofack, Koundam, Bokk faj, Aar Sa Jaboot, Oyofal Paj, MERE), Kaffrine (Amazones) et Kounghoul (Union des Mutuelles de Kounghoul). Ces mutuelles ont été pour la plupart mises en place par le Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé (CAMICS) entre 1996 et 1998. Il s'agit essentiellement de mutuelles communautaires. La Mutuelle MERE (Mutuelle des Enfants de la Rue et des Exclus) bien que s'appuyant sur une assise communautaire, fonctionne sur la base de parrainage. Les catégories socio-économiques couvertes par ces mutuelles sont issues essentiellement du secteur informel et agricole avec une base urbaine à l'exception de Oyofal Paj qui a étendu ses activités en milieu rural. En dehors de la mutuelle de Thiofack qui connaît actuellement des difficultés, toutes les autres mutuelles ont démarré les prestations. Les risques couverts sont essentiellement constitués par les soins de base à l'exception des mutuelles MERE et Oyofal Paj qui prennent en charge les soins hospitaliers.

Région de Diourbel. La région de Diourbel compte 12 mutuelles localisées dans les trois départements de la région, Diourbel, Bambey, et Mbacké. Huit (8) de ces mutuelles ont été soutenues et mises sur pied par le projet de réhabilitation de l'hôpital régional de Diourbel. Seules les mutuelles de Touba et celles de Ndongol et de Dalla disposent d'une réelle expérience dans les prestations de service. Les autres mutuelles viennent pour la plupart d'enregistrer leurs toutes premières prestations.

Région de Ziguinchor : dans cette région, l'implantation des mutuelles est appuyée par l'ONG PACTE en collaboration avec la région médicale. Actuellement la région compte trois mutuelles fonctionnelles (mutuelle de Kandé, mutuelle des agents de développement et la mutuelle des enseignants du privé catholique), trois mutuelles en gestation (la mutuelle de santé de Kandalian, la mutuelle de santé de Lyndiane et la mutuelle de santé de Peyrissac) et deux projets de mutuelle (la mutuelle de santé des enfants parrainés par le CCF et la mutuelle de santé de l'association des diabétiques de Ziguinchor). A l'exception des mutuelles des enseignants du privé catholique et des agents de développement qui sont de la catégorie socioprofessionnelle, toutes les autres sont des mutuelles de type communautaire. Les risques couverts concernent les soins de base et les soins secondaires qui font l'objet de conventions avec les postes de santé et le centre de santé.

Le projet de mise en place d'une mutuelle pour le compte de l'association des diabétiques de Ziguinchor constitue un champ nouveau. En effet, cette expérience n'a jamais été répertoriée par ailleurs, d'où l'intérêt des résultats qui seront issus de l'étude de faisabilité en cours sur ce projet. En l'absence d'une coordination régionale, l'ONG PACTE cumule la fonction de structure d'appui et de coordination des activités des mutuelles en attendant l'achèvement du processus de mise en place de la coordination.

Autres régions. Des mutuelles et projets de mutuelle ont été identifiés dans les régions de St Louis (Goxxu Mbajj, Dagana, Gandiol Santé, de la société de gardiennage, de Thilene, de MAE, de Léona, de Eaux Claires, de Diamegeune,), Tambacounda (Gouloumbou), Fatick (Mutuelle Aar sa Jaboot, Mutuelle de Dioffior, Mutuelle de Foundioune) et Louga (Darou

Mousty, Thiolome Fall, Kel Gueye, Léona, Keur Momar Sarr, Nguer Malal, Bok Yakar, Santiaba, FAFS). Dans ces régions, toutes les mutuelles de santé sont à base communautaire.

2.4. Paramètres fondamentaux des mutuelles de santé

2.4.1 Collecte des revenus

Les mutuelles parviennent à attirer un grand nombre de membres qui payent effectivement leur cotisation, si elles prennent en compte les préoccupations et les préférences des consommateurs (choix, disponibilité des médicaments, transport, hospitalisation, etc.), signent des contrats avec les structures sanitaires qui ont une bonne renommée en matière de qualité des soins et synchronisent la collecte des cotisations avec la périodicité de revenus. Mais le plus souvent, les ressources mobilisées sont modestes et limitées par le faible taux de cotisation, le faible taux de recouvrement des frais, le faible taux de couverture et une faible capacité de marketing. Selon les études de faisabilité menées, les populations sont souvent intéressées et ont la volonté de payer un taux de cotisation défini, mais lorsqu'il s'agit de collecter ces cotisations, nombreux sont les ménages qui ne paient pas ou qui payent en retard.

Les performances dans la collecte de revenus sont cependant variables d'un type de mutuelles à un autre. Les mutuelles de santé complémentaires, qui disposent de base de transaction régulière, réalisent des niveaux de performance élevés dans la collecte des contributions. De même, les mutuelles de santé associées à des schémas de micro-finance, qui utilisent les comptes des adhérents comme base de transaction pour la collecte des cotisations, réalisent des performances élevées. Les niveaux de performance sont particulièrement faibles au niveau des mutuelles de santé à base communautaire où les taux de recouvrement dépassent rarement 60%. De plus en plus, les promoteurs de la mutualité sont entrain d'associer les initiatives mutualistes avec des activités génératrices de revenus et les schémas de micro-crédit qui contribuent au renforcement de la fonction de collecte de revenus dans les mutuelles de santé.

2.4.2 Mise en commun des risques

La mise en commun des risques peut être appréciée sous un premier angle sur la base de la taille des pools des adhérents des mutuelles de santé. Dans cette perspective, le premier constat qui peut être fait est que la taille des pools des adhérents varie largement d'une mutuelle à une autre (**tableau 2**). Les mutuelles de santé dont la taille du pool des adhérents varie de 100 à 400 sont cependant les plus nombreuses. Un nombre non négligeable de mutuelles de santé (24 sur 81) disposent de pools d'adhérents dont la taille est supérieure à 400 adhérents. Par ailleurs, plus la mutuelle est jeune, plus la taille des pools est faible. Ainsi, en conséquence de la jeunesse du mouvement mutualiste, les mutuelles de santé au Sénégal sont confrontées au double défi de la jeunesse et de la petite taille et leur implication sur la capacité financière des mutuelles de santé et les faiblesses des capacités institutionnelles.

Tableau 2 : Distribution des mutuelles de santé fonctionnelles du Sénégal selon le nombre d'adhérents en 2003 et le nombre d'années depuis la date de la prise en charge des bénéficiaires

Date de la prise en charge	Nombre d'Adhérents Actuels				
	< 100	100-399	400-999	1000+	Total
< 1 an	2	12	4		18
1-3 ans	5	16	3	1	25
4 ans et +	3	19	12	4	38
Total	10	47	19	5	81

Source : Inventaire 2003 de la Concertation MS Afrique

La mise en commun des risques peut être appréciée aussi sous l'angle de la structure des paquets de bénéfices offerts par les mutuelles de santé (**tableau 3**). La majorité des mutuelles de santé couvrent des petits risques pris en charge au niveau des postes et des centres de santé : 58 des mutuelles de santé fonctionnelles ne couvrent que des petits risques. Cependant, près de 23 mutuelles de santé couvrent des gros risques liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales au niveau des structures hospitalières.

En plus de l'accélération de la fondation de nouvelles mutuelles de santé, la dynamique de la mutualité se manifeste qualitativement non seulement dans les changements des schémas des paquets de bénéfices, mais aussi dans les innovations dans le cadre de l'implication dans les activités préventives de santé et la prise en charge des indigents. Les changements qualitatifs dans la région pionnière de Thiès illustrent bien cette dynamique.

Tableau 3 : Distribution des mutuelles de santé fonctionnelles du Sénégal selon la structure du paquet de bénéfices en 2003 et le nombre d'années depuis la date de la prise en charge des bénéficiaires

Date de la prise en charge	Composition du Paquet de Bénéfices			
	Petits Risques pris en charge au niveau des Postes et des Centres de Santé	Petits Risques plus Hospitalisation incluse, chirurgie exclue	Petits Risques Plus Hospitalisation et chirurgie incluses	Total
< 1 an	13	2	3	18
1-3 ans	20	3	2	25
4 ans et +	25	13		38
Total	58	18	5	81

Source : Inventaire 2003 de la Concertation MS Afrique

Au cours des premières années d'émergence des mutuelles de santé dans la région de Thiès, les paquets de bénéfices des initiatives mutualistes étaient focalisés dans la prise en charge des hospitalisations, pour inclure ensuite la chirurgie, la maternité et très récemment les analyses et les radio. Devenue une alternative d'accès aux services et soins de santé, les mutuelles de santé se développent maintenant dans différentes localités pour assurer la prise en charge des frais de soins primaires et des soins hospitaliers. Actuellement, sur l'ensemble des mutuelles de santé de la région de Thiès, 31 prennent en charge les consultations primaires curatives ; 22, les services de santé maternelle dans les postes de santé (consultations prénatales et postnatales, accouchement).

Les actions de santé préventive s'intègrent timidement dans les paquets de bénéfices des mutuelles de santé. Si au niveau de la région de Thiès par exemple, un programme commun n'est pas encore mis en œuvre pour la lutte contre les maladies, au sein des mutuelles, il y a une conscience sur le problème et des actions sont menées: campagne de chloroquinisation, commercialisation des moustiquaires imprégnées, participation aux campagnes de PEV, formation de relais communautaires, intégration de programmes de prévention. La coordination régionale a négocié et obtenu de sa jumelle la mutualité de Verviers un programme de vulgarisation des moustiquaires imprégnés au profil des mutuelles de la région. Le programme prévoit un fonds pour l'achat de moustiquaires, une subvention pour la formation de relais de marketing et un budget pour le suivi. Par ailleurs, Avec le GRAIM, un programme test est en cours dans le domaine de la prévention des maladies : des relais ont reçu une formation portant sur les différentes maladies (diabète, IST/SIDA, paludisme). De telles initiatives sont entrain de se développer sous l'impulsion des coordinations régionales dans les régions de Diourbel et de Dakar.

Des initiatives sont en cours pour promouvoir la prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé. Ainsi, dans la mutuelle de Faggu, les excédents annuels seront utilisés pour prendre en charge les indigents. Dans la mutuelle de Lalane Diassap, les indigents sont parrainés par d'autres adhérents ou des personnes des localités pour régulariser la situation des familles en difficulté de cotisation. A And Fagaru, dans le quartier de Médina Fall les membres du comité de santé et le personnel ont chacun parrainé des indigents.

2.4.3. Relations avec les prestataires de soins

Les relations des mutuelles avec les prestataires de soins revêtent trois formes qui sont intimement liées à l'origine même de l'organisation mutualiste : (i) l'implication des agents de santé dans la création et l'implantation de mutuelles de santé, (ii) la signature de conventions entre les différentes mutuelles et les structures sanitaires, (iii) la création ou l'établissement d'une convention avec les dépôts pharmaceutiques.

Au Sénégal, les relations entre mutuelles et prestataires sont importantes pour la survie de ces organisations. Elles sont matérialisées sous formes de conventions qui sont des accords conclus entre prestataires de soins et mutualistes. Ces accords peuvent comprendre: la définition des services couverts, les tarifs à appliquer, les modes de paiement, les incitations accordées et la garantie des soins de qualité. Cependant, certaines relations de partenariat mutuelles et prestataires sont régies par un acte d'agrément, octroyé en quelque sorte par l'établissement et pouvant par conséquent être suspendu unilatéralement ou dénoncé par le partenaire prestataire.

Un des aspects importants des relations entre les prestataires et les mutualistes est matérialisé par le mode de tarification des prestataires. Il peut être noté le recours à la forfaitisation de la tarification à travers le paiement par épisode de maladie et le paiement par journée d'hospitalisation dans quelques cas. Dans plusieurs mutuelles de santé cependant, les modalités de remboursement des prestataires sont basées sur une tarification à l'acte, qui incite les prestataires à multiplier les actes et offre peu de possibilité de contrôle à la mutuelle. La prévalence de telles relations contractuelles suggère qu'à l'état actuel, les mutuelles n'utilisent pas encore leur pouvoir de négociation en faveur de la promotion de la stabilité financière de leur organisation.

La collaboration des prestataires avec les mutuelles de santé ne s'arrête pas à l'offre de soins. Les prestataires encouragent la contribution des mutuelles à l'effort de santé en s'engageant à leur côté dans les domaines notamment préventives et d'accompagnement. Précisément, les prestataires peuvent servir de conseiller au niveau du conseil d'administration, initier ou participer à des séances d'information/sensibilisation programmées par la mutuelle, former des animateurs relais, intégrer le thème de la mutualité dans les programmes IEC menés par les structures sanitaires, aider les gérants dans la maîtrise des coûts (rationalisation des prescriptions), aider au démarrage de l'initiative, faciliter l'accès aux statistiques sanitaires nécessaires à l'étude de faisabilité. De telles pratiques de promotion de la mutualité par les prestataires, cependant, ne sont pas systématiques en raison des fossés de compréhension parmi les prestataires sur le rôle que les mutuelles de santé jouent dans la promotion sanitaire.

Les mutuelles ne jouent pas encore un rôle important sur l'amélioration de la qualité des soins en raison des faiblesses de compétences des gérants des mutuelles. Bien que certaines mutuelles abordent la question de la qualité des soins lorsqu'elles signent les contrats avec les prestataires, l'étude menée par Atim a démontré que beaucoup de structures d'assurance ne vérifient ni les prescriptions des prestataires, ni la qualité des soins administrés à leurs membres. Pour les gérants mutualistes, il est difficile de faire respecter les dispositions en terme de qualité stipulées dans le contrat, quand les prestataires ne respectent pas leurs engagements.

2.4.4. Développement organisationnel

Bien que les mutuelles ont la possibilité d'influencer l'efficacité dans le secteur de la santé, la majorité des structures n'utilisent pas l'éventail des instruments et des mécanismes disponibles, tels que la référence mandataire, le co-paiement, les déductibles, le plafond des bénéfices, la vérification stricte de l'identité des membres ou une politique de médicaments essentiels et génériques (Atim 1998). En fait, plusieurs mutuelles souffrent d'une mauvaise conception et ne mettent pas en place des paquets compréhensifs de mesures pour gérer les risques associés à l'assurance maladie.

Atim a découvert que plusieurs aspects des mutuelles affectent directement ou indirectement leur viabilité en tant qu'institution. Il a conclu que, alors que les mutuelles possèdent certaines compétences de gestion et d'administration, il existe beaucoup de problèmes dans le domaine du développement institutionnel et des compétences nécessaires pour les tâches spécifiques des mutuelles. Ces tâches sont entre autres: fixation des taux de cotisation, détermination des paquets de bénéfices, le marketing et la communication, l'utilisation de système de gestion de l'information, détermination de la rationalité et l'adéquation des soins administrés et leur tarification, établissement de contrats avec les prestataires, la comptabilité et la tenue des livres comptables, le suivi et l'évaluation et la collecte des cotisations.

III. Promotion de la mutualité dans le secteur de la santé

3.1. Rôle de l'Etat

La volonté politique de promouvoir le développement des mutuelles de santé s'est concrétisée par la création en 1998 de la cellule d'appui aux mutuelles de santé, IPM et comités de santé (**CAMICS**) au sein du Ministère de la Santé. La restructuration du Ministère de la Santé intervenue en 2001 a rattachée la CAMICS à la Direction de la Prévention (Division du Partenariat) en maintenant les objectifs qui lui sont assignées.

Ces missions sont de (i) renforcer les capacités d'intervention de tous les groupements d'auto promotion intervenant dans le secteur de la santé, (ii) relever et élargir le niveau de la protection sociale afin de réduire les inégalités devant les risques socio-sanitaires, et (ii) développer un nouveau type de partenariat entre structures de soutien mutuel et structures de santé. Pour remplir cette mission, la CAMICS s'est dotée de trois instruments alignés sur ses trois cibles : le Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé, le Programme d'Appui aux Comités de Santé, et le Programme de Renforcement et de Suivi des IPM.

Dans le cadre de l'appui aux mutuelles de santé, l'intervention de l'Etat s'est évertuée à (i) favoriser l'émergence des mutuelles de santé, (ii) renforcer les capacités gestionnaires des promoteurs et administrateurs de mutuelles de santé, (iii) accompagner le développement du mouvement mutualiste, et (iv) déterminer la problématique de la mutualité sénégalaise. Dans le cadre d'une approche multisectorielle, décentralisée, et participative, les interventions d'appui aux mutuelles de santé se sont articulées autour de huit (8) axes stratégiques : plaidoyer, marketing social et communication de masse, formation, appui-conseil, études et recherches, voyages d'études et participation à des rencontres scientifiques, suivi-évaluation-monitoring, et élaboration et diffusion de supports didactiques.

Cadre de partenariat : dans sa mission d'élargissement du niveau de la protection sociale en général et de promotion des mutuelles de santé en particulier, la CAMICS s'est appuyée sur les promoteurs (ONG, associations, etc.) qui interviennent dans différentes régions du Sénégal. Il s'agit de : BIT/STEP, PHRplus, PROMUSAF, ENDA-ECOPOP. Elle collabore, par ailleurs, avec d'autres partenaires qui mènent des actions plus localisées dans leurs régions d'implantation comme le Projet de réhabilitation de l'hôpital de Diourbel (EPOS), le GRAIM de Thiès, et l'ONG pacte de ziguinchor.

Dans un souci d'harmoniser leurs interventions, ces différents acteurs ont mis en place un cadre national de concertation des promoteurs de mutuelles de santé au Sénégal. Coordonnée par la CAMICS, cette structure de concertation a pour objectif de créer un espace d'échanges pour favoriser un développement harmonieux des mutuelles de santé au Sénégal. de façon plus spécifique, il s'agit de faciliter la coordination des interventions des différents promoteurs, mener un plaidoyer pour permettre une meilleure connaissance des mutuelles de santé, mener des réflexions, études et recherches sur les grandes thématiques qui accompagnent le développement des mutuelles de santé (procédures de reconnaissance, coûts des prestations, formes de mutuelles de santé adaptées aux réalités socio-économiques locales, etc.), fournir et analyser les informations sur la demande d'appui en vue d'orienter les interventions des promoteurs, élaborer et diffuser les supports didactiques et de promotion des mutuelles de santé, faciliter le renforcement des capacités des différents acteurs, et développer le partenariat avec les réseaux nationaux et internationaux.

Bilan des réalisations. Au cours des deux premières années d'existence de la CAMICS, l'accent a été mis sur l'information, la sensibilisation, la formation des populations organisées et le plaidoyer auprès des autorités et des leaders d'opinion. Ces actions combinées à celles des promoteurs intervenant au Sénégal ont permis une nette amélioration de la couverture des mutuelles tant du point de vue géographique que du point de vue des personnes prises en charge.

De 1997 à nos jours la mutualité sénégalaise est devenue une réalité, car de 7 mutuelles en début de programme, leur nombre est passé à plus d'une centaine. Du point de vue de la couverture, le nombre de personnes couvertes est estimé à 421.670 dont 298.700 pour les mutuelles complémentaires et 122.970 pour les mutuelles au premier franc.

En plus du volet communication à travers ses différentes dimensions, d'autres réalisations importantes ont été enregistrées. Il s'agit de la réalisation d'études de faisabilité pour accompagner la mise en place de mutuelles, notamment à Diourbel avec l'appui du projet EPOS, à Thiès, dans le cadre du projet de création de la mutuelle de l'UNACOIS avec PHRplus, dans la commune de Khombole pour la mise en place de la mutuelle de la fédération communale des groupements de promotion féminine, etc.

Les activités de formation se sont focalisées sur les parties prenantes clés de la mutualité. C'est dans ce cadre que la formation des administrateurs de mutuelles fonctionnelles au module « gestion administrative et financière d'une mutuelle de santé » a été assurée. Par ailleurs la formation a été ciblée sur les membres des équipes cadres de région et de district au module « processus de mise en place d'une mutuelle de santé ». Ces dernières activités de formation, réalisées par la CAMICS au cours de l'année 2002, avaient pour objectif d'informer et sensibiliser les responsables des structures sanitaires sur les mutuelles de santé, de faciliter les relations contractuelles entre mutuelles de santé et structures sanitaires, de développer chez les membres des équipes cadres de région et de district des capacités leur permettant de conduire un projet de mise en place d'une mutuelle de santé.

Enfin, le 15 avril 2003, le Sénégal s'est doté d'un cadre juridique par l'adoption de la loi relative aux mutuelles de santé.

Toutefois, ces résultats considérés globalement, semblent être l'arbre qui cache la forêt. En effet, même si des convergences sont notées dans le constat que la mutuelle est une voie privilégiée pour résoudre les problèmes d'accès aux soins de santé, des difficultés notées ça et là permettent de se rendre à l'évidence que beaucoup d'efforts doivent encore être déployés pour le renforcement du tissu mutualiste à l'échelle nationale mais surtout pour la pérennisation de celles déjà créées (*voir section 6, Forces et Faiblesses des Mutuelles de Santé*).

Perspectives. A la lumière des problèmes identifiés à la section 6, émaillant le développement de la mutualité, les nouvelles missions du Ministère de la Santé assurant la tutelle de ces organisations pourraient se décliner comme suit :

- Un engagement sélectif de contrôle des normes et d'éventuelles protocoles ;
- Une fonction de coordination intégrant : l'impulsion, l'appui, le suivi, la supervision et l'évaluation.

Ces missions imposent un cadre institutionnel apte à impulser une action multi-sectorielle nécessaire à l'utilisation des avantages comparatifs des autres secteurs au profit du développement de la mutualité et l'identification d'axes d'intervention qui s'inscriraient dans le cadre général de priorités suivantes :

1. Le plaidoyer pour un accès équitable aux services de santé;
2. La recherche d'alternatives de financement des dépenses de santé à partir de la mutuelle de santé par le couplage mutuelle de santé et mutuelle d'épargne et de crédit;
3. La promotion de la contractualisation comme cheville ouvrière du partenariat dans la mutualité;
4. La promotion d'une collaboration intersectorielle;
5. La définition / application des canevas de collaboration entre les différents partenaires de la mutualité;
6. La promotion de l'appropriation des organisations mutualistes par les populations;
7. La coordination des actions.

3.2. Structures internes d'appui

Pour faire face aux difficultés d'ordre technique, organisationnel ou institutionnel liées à la jeunesse des mutuelles de santé au Sénégal, les promoteurs et les acteurs de la mutualité engagent des initiatives fédératives depuis plus de dix ans dans le pays. Ainsi, sous l'égide du Ministère de la Santé, des coordinations régionales de la mutualité se sont mises en place dans les régions de Thiès (créée en 1992), de Dakar (créée en 1997), de Kaolack et de Diourbel, et plus récemment de Saint-Louis (2004)

Les coordinations régionales de la mutualité en matière de santé empruntent leurs modes d'organisation et de fonctionnement du mouvement associatif et mutualiste. Ce sont des organisations fédératives créées et gérées par leurs membres : les mutuelles d'une région donnée. A l'instar des mutuelles de santé, les coordinations régionales sont dotées d'un statut et d'un règlement intérieur. Elles sont dotées d'une assemblée générale où sont représentées les mutuelles membres, d'un conseil d'administration, de bureau et de commissions ou cellules spécifiques.

Les coordinations régionales de la mutualité engagent plusieurs activités pour promouvoir la mutualité en matière de santé dans leur région respective. Elles facilitent la concertation, les échanges d'expérience et la collaboration parmi les mutuelles de la région. Elles contribuent au renforcement des capacités humaines des mutuelles individuelles à travers le développement d'outils d'information et de gestion, la formation, et l'appui-conseil. Elles assurent aussi la représentation, le plaidoyer et la défense des intérêts des mutuelles de santé. Elles entretiennent des relations partenariales avec les structures externes d'appui basées au Sénégal et des organismes extérieurs en tant qu'intermédiaires au bénéfice des mutuelles membres.

Plusieurs réalisations peuvent être comptabilisées à l'actif des coordinations régionales des mutuelles de santé. Dans le cadre du vide juridique et réglementaire laissé par la faiblesse de l'appui de l'Etat, les coordinations régionales ont produit des statuts-type en se basant sur le mouvement associatif et développé des guides pour l'élaboration de règlement intérieur pour les mutuelles de santé. Elles assurent l'intermédiation sociale avec les prestataires en faveur de leurs membres, à travers la négociation de conventions-type avec les prestataires et l'accompagnement dans le processus de négociation.

Les coordinations régionales assurent la promotion des soins de santé primaires parmi leurs mutuelles membres. Ces efforts se sont traduits par une restructuration des schémas de paquets de bénéfices des mutuelles de santé qui de plus en plus incluent des risques pris en charge au niveau des postes et des centres de santé et par le renforcement du système de référence. Par ailleurs, elles sont entrain d'appuyer des initiatives pour une plus grande implication des mutuelles de santé dans les activités préventives et promotionnelles de santé, dont la lutte contre le paludisme.

Les coordinations régionales ont consolidé les meilleures pratiques en matière de gestion administrative et financière sur la base des expériences de leurs mutuelles membres : ainsi, dans la région de Thiès, l'ensemble des mutuelles utilisent les mêmes instruments de gestion administrative et financière. Elles assurent la formation en gestion administrative et financière des membres des organes de leurs mutuelles individuelles.

Les moyens des coordinations régionales sont cependant très limités. Leurs principales ressources proviennent des droits d'adhésion et des cotisations périodiques des mutuelles membres. Elles disposent de faibles moyens humains et matériels. Jusqu'ici, elles ont fonctionné sur la base du bénévolat de leurs dirigeants. Elles bénéficient cependant, des appuis des promoteurs de la mutualité. A titre d'exemples, l'union des mutuelles de santé de la région de Dakar (UMSD) a pu se doter récemment d'une cellule technique composée d'un gestionnaire comptable et d'un économiste de la santé, qui ont été recrutés grâce à l'appui du BIT/ STEP et de la Coopération Française ; par ailleurs, la coordination des mutuelles de la région de Diourbel (CORMUSAD), bénéficie d'une subvention accordée par le projet pour la réhabilitation de l'hôpital régional (GTZ/EPOS).

3.3. Structures externes d'appui

Typologie. Plusieurs structures externes contribuent à la promotion et l'appui au développement des mutuelles de santé au Sénégal. Elles sont assez diverses, mais peuvent être regroupées en trois grandes catégories :

- *Les agences de coopération bi/multilatérale* qui ont généralement des mandats très larges, au delà de l'appui exclusif au développement des mutuelles de santé. Généralement, leurs actions sont circonscrites dans les régions d'intervention des autres programmes. Elles organisent en leur sein des programmes spécifiques chargés de suivre les activités d'appui aux mutuelles de santé. Parmi celles-ci, on peut citer : EPOS, de la Coopération Allemande, qui intervient dans la région de Diourbel ; PHRplus, de l'USAID, qui intervient dans les régions de Louga et Thiès ; la Coopération Française qui a des actions plutôt transversales de partenariat avec le Ministère de la Santé. Au niveau des agences multilatérales, la principale qui mène des actions en direction des mutuelles de santé est le programme STEP du Bureau International du Travail (BIT), qui est l'un des instruments opérationnels du BIT pour la mise en œuvre de l'extension de la protection

sociale. Les activités d'appui des agences de coopération bi/multilatérale en direction des mutuelles de santé sont réalisées dans le cadre de partenariats avec d'autres structures et réseaux internes de mutuelles de santé.

- Au niveau des *ONG nationales et internationales*, la plupart ont des actions prioritaires dans le domaine de la santé, même si des activités annexes s'y greffent. Parmi celles-ci, on peut citer PROMUSAF, ENDA Graf, ACDEV, World Vision, GRAIM, et PACTE.
- Enfin, les *réseaux (association, GIE, fédération) nationaux* sont des organisations qui s'adressent à des groupes spécifiques (FENAGIE) ou dans la plupart des cas, ont des actions selon la demande (bureau d'étude comme le GAPM, ASADep et PACTE et dans une moindre mesure, le GRAIM). Ces structures ont des compétences dans plusieurs domaines du développement communautaire. Elles subsistent notamment par la collaboration avec d'autres organisations ayant des budgets réguliers. Elles rendent compte à ces dernières et sont payées suivant le résultat. Ce dernier niveau d'intervenants constitue le relais le plus important des structures d'appui et des actions de terrain.

Domaines d'intervention. La plupart des structures externes d'appui sont installées à Dakar avec possibilités d'action sur l'ensemble du territoire. Cependant, la majorité des interventions sont confinées dans les régions de Dakar et Thiès. Elles interviennent essentiellement dans l'appui technique, et dans une moindre mesure dans l'appui financier, aux mutuelles de santé.

- *Appui technique.* Pratiquement toutes les structures externes d'appui apportent un appui technique assez varié qui s'inscrit dans la perspective d'assurer à long terme une autonomie aux mutuelles de santé. Elles mènent plusieurs actions dans le domaine de l'appui conseil et la formation, la sensibilisation, la production de documents et la gestion, la réalisation d'étude de faisabilité, l'accompagnement dans les relations avec les prestataires (élaboration/adaptation de textes réglementaires, de convention).

La réalisation d'études de faisabilité technique et financière pour la mise en place de mutuelles de santé constitue le principal domaine d'étude des structures externes d'appui au profit des projets de mutuelles. Cet appui est justifié par le fait que les compétences pour ce genre d'exercice existent rarement au sein des mutuelles. Dans ce domaine, une tendance s'est amorcée avec les études génériques, celles qui couvrent toute une région. Deux ont été produites par le PHRplus/GRAIM pour la région de Thiès et EPOS/PROMUSAF pour la région de Diourbel. Ces études qui couvrent les aspects partagés par plusieurs zones géographiques permettent de minimiser les coûts associés aux études de faisabilité.

De plus en plus, les structures externes d'appui étendent les domaines d'étude pour couvrir des thèmes aussi variés que la santé de la reproduction, le genre, l'environnement des mutuelles (notamment les coordinations de mutuelles et des prestataires), la mise en place de fonds de garanti et/ou de réassurance et l'amélioration de la capacité contributive des membres par la mise en place de crédits rotatifs.

- *Appui financier.* Très peu de structures externes d'appui interviennent directement dans le domaine financier. L'appui y est très minime, de même que l'appui institutionnel (comme pour le fonctionnement, par exemple siège, déplacement, fourniture, équipement, etc.) qui est pourtant un besoin fortement ressenti. Les appuis qui y sont relevés sont très ponctuels et sont destinés à appuyer le démarrage de l'activité dans des cas isolés, l'octroi d'un fond de réserve, le financement des activités de formation et des journées de sensibilisation. Les appuis financiers dans l'acquisition de matériel d'équipement de bureau et informatique et surtout l'intervention dans les fonds de garantie et de réserve sont très minimes.

Modalités d'intervention. Les domaines d'intervention des structures d'appui nécessitent pour une grande efficacité, une implication directe des structures d'appui. La grande majorité de ces dernières interviennent par le biais de personnes ressources internes à la structure ou en faisant appel à un consultant pour certains aspects pour lesquels les structures manquent de compétence. C'est justement à ce niveau que l'on note la plus grande collaboration entre différentes catégories de structures externes d'appui. Plusieurs innovations sont cependant en cours dans le cadre des modalités d'intervention des structures externes d'appui :

- *Suivi.* L'amélioration de la gestion, du suivi et de la production d'informations par les mutuelles de santé est une constante dans l'action des structures externes d'appui. La production de logiciels de gestion capable d'automatiser certaines informations en est l'illustration. Ceci est aussi une demande de plusieurs mutuelles et autres structures externes d'appui qui souhaitent suivre de manière systématique les activités des mutuelles de santé. Se sont lancés dans cette production informatique, le PHRplus et le BIT/STEP. La diffusion de ces outils est, cependant, encore restreinte.
- *Ciblage des appuis.* Plusieurs approches sont entrain d'émerger dans le cadre du ciblage des appuis. Une première approche met l'emphasis sur les mutuelles de grande envergure afin d'accroître l'efficacité de l'appui au développement des mutuelles de santé. En effet, les structures externes d'appui sont souvent sollicitées par de multiples initiateurs de projets mutualistes, ainsi la réponse apportée devient de faible portée lorsque les appuis sont éparpillés.

Une deuxième approche consiste à s'appuyer sur les coordinations ou unions de mutuelles de santé. Ces dernières ont un rôle à jouer dans le développement et le renforcement du mouvement mutualiste et surtout, dans la pérennisation de l'appui technique actuellement apporté aux mutuelles. C'est dans ce sens que STEP appuie l'union des mutuelles de santé dans la région de Dakar pour la formation de ses responsables et le PROMUSAF à la coordination des mutuelles de santé de Diourbel (CORMUSAD) et celle de Thiès (CRMST).

Une troisième approche s'articule sur la *porte d'entrée* des structures externes d'appui. De l'appui direct à des initiatives communautaires (de quartier, village, ...) pour la plupart des structures externes d'appui de « première heure », une nouvelle tendance de la promotion des mutuelles de santé se dessine où les structures externes d'appui s'adressent plus à des groupements auxquels elles apportent un autre type d'appui (filère professionnelle, GPF, épargne-crédit, etc.). Certaines structures continuent aussi l'appui par mutuelle en étendant progressivement les services à la population des collectivités locales (1 mutuelle / par collectivité). C'est notamment le cas de l'approche du GRAIM.

- *Gestion des risques.* Plusieurs réflexions sont en cours pour la mise en place de systèmes de réassurance ou fonds de garantie pour soutenir les dépenses exceptionnelles de mutuelles de santé (à l'étude pour Thiès avec le GRAIM et PHRplus, Dakar avec STEP et effective pour Diourbel).
- *Recherche.* En plus des thématiques décrites plus haut, la conception d'un mode de sensibilisation adapté aux besoins de mutuelles de santé est entreprise par STEP. Ce dernier vise également le renforcement du partenariat avec l'offre de soins et a proposé aux prestataires de soins ainsi qu'à l'administration sanitaire de réaliser une étude sur les coûts et l'utilisation des services de santé afin de renforcer les bases de détermination des cotisations des mutuelles de santé. Cette étude devrait également permettre de réfléchir sur les moyens d'améliorer les relations contractuelles entre les mutuelles et les prestataires.

D'autres innovations et perspectives incluent le renforcement de l'éducation à la santé, la mise en place de petits dépôts de pharmacie, le renforcement de l'approche couplage micro finance/micro assurance, la prise en charge des gestionnaires, le développement de la santé de la reproduction, la sensibilisation sur le VIH/SIDA, ainsi que le renforcement du plaidoyer auprès de l'administration décentralisée.

En résumé, les structures d'appui rencontrent plusieurs difficultés dans le cadre de la promotion et de l'appui au développement des mutuelles de santé. Ces difficultés sont résumées dans la *sous-section 6.2, faiblesses des mutuelles de santé*. Il faudra faire face aux dites faiblesses en se basant sur les acquis du développement de la mutualité au Sénégal. En effet, beaucoup de mutuelles de santé ont été créées, élargissant du coup l'extension de la protection sociale à une frange non négligeable de la population. Ces dernières constituent une alternative crédible comme système de financement décentralisé de la santé. Les populations deviennent de plus en plus informées des mutuelles de santé et côtoient des personnes bénéficiant des avantages des mutuelles de santé, contribuant ainsi à l'accroissement de la demande pour la mise en place de mutuelles de santé.

Les interventions des structures d'appui essaient de faire face à cette demande croissante. Elles ont contribué au développement d'une base de ressources humaines (ONG, individus) formées sur le fonctionnement, sur la gestion et sur les techniques de suivi des mutuelles de santé. Les structures d'appui contribuent à la mise en place et le fonctionnement de coordinations ou unions de mutuelles de santé, la réalisation d'études de faisabilité, la facilitation des négociations avec les prestataires de soins. Elles contribuent au renforcement des capacités des administrateurs et des adhérents des mutuelles à travers la formation, une meilleure connaissance par les administrateurs de leur rôle. Enfin, les structures d'appui contribuent à l'information du grand public sur la mutualité de santé, l'émergence d'initiatives et de création de mutuelles en milieu rural.

Cependant, la demande d'appui est encore très forte et la capacité de réponse des structures d'appui réduite ou limitée. Il faudra d'une part que les structures d'appui développent en leur sein des capacités de réponses pour prendre en charge les attentes des mutuelles, et d'autre part contribuer à la mise en place et au renforcement de structures nationales capables de pérenniser l'appui au développement des mutuelles de santé.

IV. Changements de l'environnement

L'environnement dans lequel se développent les mutuelles de santé a connu des changements importants au cours des dernières années. Certains de ces changements vont poser des nouveaux défis et/ouvrir des opportunités au développement des mutuelles de santé dans le pays : l'approfondissement de la démocratie dans le pays, le renforcement de la lutte contre la pauvreté, et l'épidémie du VIH/SIDA.

Deux événements majeurs ont marqué l'approfondissement de la démocratie au Sénégal au cours des dix dernières années : le renforcement de la décentralisation administrative et politique en 1997 et l'alternance politique au sommet en 2000. En tant qu'organisations basées sur les principes de démocratie, ces changements sont venus améliorer l'environnement dans lequel se développent les mutuelles de santé. Pour les mutuelles de santé à base communautaire en particulier, la décentralisation est venue consolider des espaces de solidarité au niveau local pouvant servir à l'élargissement des bases de mutualisation du risque maladie : les territoires des communautés rurales, des communes d'arrondissement dans les villes, et les régions pour supporter des initiatives fédératives. Il peut être attendu que les efforts de développement auront dès à présent un fort contenu de développement local et de développement communautaire qui pourrait être mis à profit pour supporter le développement des mutuelles de santé à base communautaire.

Par ailleurs, le Sénégal s'est engagé depuis deux années dans le renforcement de la lutte contre la pauvreté. Dorénavant, les performances du secteur de la santé seront évaluées sur la base de la contribution du secteur non seulement à l'amélioration de l'état de santé des populations, mais aussi à l'accessibilité financière des soins de santé, la protection des revenus des pauvres dans le secteur, et à l'inclusion des populations dans la prise de décision en matière de santé. En d'autres termes, les acteurs de la santé seront plus sensibles dorénavant sur les options stratégiques ayant un potentiel d'améliorer l'accessibilité financière, la protection des revenus et l'inclusion sociale dans le secteur de la santé. Le développement des mutuelles de santé pourrait bénéficier de ces changements si les autorités sanitaires se dotent d'instruments et de moyens pour renforcer la promotion de la mutualité dans le pays, y incluse la légitimité du Ministère de la Santé et de ses démembrements au niveau local.

Les mutuelles de santé devront faire face, cependant, au défi que représente l'épidémie du VIH/SIDA. En tant qu'organisation de mise en commun des risques dans le cadre de laquelle les primes sont déterminées sur une base communautaire, le VIH/SIDA représente un risque potentiel pour la stabilité financière des mutuelles de santé. Ainsi, à l'instar des mesures qu'elles mettent en place pour gérer les risques traditionnels de l'assurance maladie, l'organisation des mutuelles de santé devrait s'adapter pour inclure des programmes effectifs de prévention contre le VIH/SIDA.

V. Forces et faiblesses des mutuelles de santé

Les documents de base provenant de la contribution des coordinations régionales de mutuelles de santé, des mutuelles d'envergure nationale, des structures d'appui et du cadre de concertation des promoteurs des mutuelles de santé mettent l'accent sur des leçons apprises et des forces des mutuelles de santé qui pourraient servir de piliers pour accélérer l'implantation et l'extension des mutuelles de santé en tirant profit des opportunités associées aux changements de l'environnement. Plusieurs faiblesses des mutuelles de santé et du développement des mutuelles de santé, auxquelles il faudra trouver des solutions, ont été aussi identifiées par les acteurs de la mutualité dans le pays.

Ces forces et faiblesses sont résumées dans les paragraphes suivants selon le niveau stratégique, technique et opérationnel. Elles ont servi de support aux débats pour arriver à un consensus sur les axes stratégiques clés qui devront canaliser les interventions futures dans le cadre de la promotion de la mutualité dans le secteur de la santé.

5.1. Forces des mutuelles de santé

Niveau stratégique et technique :

- . Contribution à l'amélioration de l'accessibilité financière et de l'abordabilité des soins de santé
- . Alignement des mécanismes de collecte de revenu (pré-paiement) et de mise en commun des risques des mutuelles de santé et le financement public; renforcement du principe de solidarité comme principe fondateur du système de santé
- . Représentation des utilisateurs/consommateurs des soins de santé pour un système de santé plus sensible aux besoins des populations
- . Alignement des objectifs et modes d'organisation des mutuelles de santé avec la protection des revenus des ménages, la cohésion sociale et l'inclusion sociale dans le cadre de la lutte contre la pauvreté
- . Contribution au renforcement de la gouvernance démocratique dans le système de santé et les communautés de base dans le contexte de la démocratisation locale et la décentralisation
- . Adaptabilité aux formes et modes d'organisation du mouvement associatif au niveau communautaire et national
- . Existence de structures faîtières des mutuelles de santé au niveau régional (unités de coordination régionale) et national (cadre de concertation)
- . Existence de plusieurs structures d'appui au développement des mutuelles de santé.

Niveau opérationnel :

Mobilisation des ressources/Collecte des Revenus

- . Efficience dans la mobilisation des ressources parmi les mutuelles jouissant d'une base de transaction régulière : retrait à la source parmi les mutuelles unionistes et des corps constituées ; prélèvement des cotisations sur les comptes des adhérents parmi les mutuelles basées sur des caisses d'épargne

Achat/gestion des prestations/relations avec les prestataires

- . Simplicité des modalités de prise en charge
- . Bonnes relations avec les prestataires parmi les mutuelles ayant beaucoup d'adhérents et des taux de cotisation élevées (mutuelles solvables, généralement les mutuelles unionistes)
- . Qualité de la prestation de soins facilite les relations avec les prestataires
- . Début de mise en place de structures d'offre de soins propres aux mutuelles de santé (évolution vers des modèles d'intégration de type 'managed care' : autonomie des prestataires, maîtrise des dépenses de santé)

Développement organisationnel

- . Décentralisation est un maillon important dans le cadre des mutuelles de grande envergure
- . Gestion de proximité avec la signature de convention avec la majeure partie des structures prestataires et l'instauration de la démocratie dans les services dans le cadre des mutuelles d'envergure nationale
- . Régularité des rencontres des organes de gestion, à l'exception des mutuelles de santé qui ne disposent pas de siège et celles dirigées par des bénévoles

5.2. Faiblesses des mutuelles de santé

Niveau stratégique et technique :

- . Faiblesse de l'appui de l'Etat au développement des mutuelles de santé
- . Insuffisance de l'environnement juridique du développement des mutuelles de santé ; loi votée mais pas accompagnée d'un décret d'application
- . Absence d'une politique de contractualisation permettant de faciliter les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins

- . Faiblesse de l'interaction entre les mutuelles de santé et les mécanismes de financement de la santé : absence de subventions d'investissement et d'exploitation, et de fonds de garantie pour appuyer les mutuelles de santé
- . Faible implication des mutuelles de santé dans la définition des politiques de santé et faible représentation des mutuelles de santé dans les conseils d'administration des établissements publics de santé, et les comités de santé
- . Faible implication des mutuelles de santé dans les cadres de partenariat avec les organismes d'appui au développement
- . Faiblesse des relations entre les mutuelles de santé et les collectivités locales
- . Insuffisance des systèmes d'information et de suivi des mutuelles de santé
- . Déficit de communication et de sensibilisation pour mieux faire asseoir les notions de la mutualité
- . Faiblesse des ressources humaines, matérielles et financières des unités régionales de coordination et d'appui technique des mutuelles de santé

Niveau opérationnel :

Mobilisation des ressources/Collecte des Revenus

- . Faible pénétration des populations cibles
- . Faiblesse de la capacité contributive des membres, surtout dans les mutuelles communautaires
- . Faible rétention des adhérents liée au déficit de sensibilisation et d'information, à la longueur des périodes d'observation, et la faiblesse des appuis extérieurs

Achat/gestion des prestations/relations avec les prestataires

- . Faiblesse de la disponibilité des services de santé de qualité
- . Barrières administratives dans le cadre de la prise en charge (lettres de garantie)
- . Niveaux élevés des cautions
- . Faiblesse des modalités de mise en œuvre, en particulier dans les mutuelles de petite envergure
- . Faiblesse dans les relations contractuelles avec les prestataires liée à l'absence de politique en matière de contractualisation
- . Assimilation des mutuelles de santé aux IPM dans le cadre de la tarification au niveau des structures de soins

Développement organisationnel

- . Faiblesse des mesures de gestion des risques liée aux insuffisances dans la conception des mutuelles de santé
- . Bénévolat des membres des organes de gestion et irrégularité des rencontres des organes de gestion
- . Déficit dans le fonctionnement des organes des mutuelles complémentaires lié aux faiblesses en matière de formation et de ressources matérielles (bureaux, registres, ordinateur, ...)
- . Manque de réseaux pour la connexion des informations de l'ensemble des départements est un handicap majeur pour la vérification des données dans le cadre des mutuelles d'envergure nationale
- . Faiblesse de la formation en gestion administrative et financière

DEUXIEME PARTIE : PLAN QUINQUENNAL DE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE

Tenant compte des informations contenues dans la partie diagnostic, notamment des contraintes au développement des mutuelles de santé au Sénégal, le présent plan quinquennal s'articule autour des cinq axes stratégiques ci-après :

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

I. But et objectifs du plan

1.1 But

Le **but** du plan stratégique pour le développement des mutuelles de santé (PSDMS) est de ***contribuer à la réduction de la pauvreté en permettant à toute personne qui en a besoin d'accéder à des soins de santé de qualité quelque soit son niveau de revenu.***

A travers les efforts pour atteindre ce but, le PSDMS est une réponse concertée du Ministère de la Santé et des acteurs du développement des mutuelles de santé à la problématique de l'accessibilité financière aux soins de santé, de la protection des revenus des ménages et de l'inclusion sociale dans la santé identifiée dans le cadre du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) du Sénégal. Dans cette perspective, le PSDMS s'inscrit dans les mesures engagées dans la deuxième phase du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS 1998-2007) pour renforcer la contribution du secteur de la santé dans la lutte contre la pauvreté dans le pays.

1.2. Objectif général

L'objectif général du PSDMS est ***d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé.***

L'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé reste l'objectif fondamental des mutuelles de santé. Se fondant sur cette force des mutuelles de santé et leur acceptabilité sociale dont témoignent la forte croissance et l'élargissement des mutuelles de santé dans les organisations du mouvement associatif et toutes les régions du pays, le PSDMS va contribuer à l'amélioration de la santé des populations à travers l'amélioration de l'accessibilité financière à des soins de santé de qualité.

Par ailleurs, à travers les mécanismes de mise en commun des risques des mutuelles de santé fondés sur les mêmes principes de solidarité du système de santé, le PSDMS va contribuer à l'extension de la protection sociale des populations dans la santé. En plus des régimes obligatoires de protection socio-sanitaire en vigueur dans le pays (institutions de prévoyance maladie, régime des fonctionnaires et des agents contractuels de l'Etat, régime des retraités de l'IPRES), le PSDMS va contribuer à l'extension de la protection des populations contre les risques financiers liés à la maladie.

1.3. Objectifs spécifiques

Pour atteindre son objectif général, le PSDMS vise les objectifs spécifiques suivants :

1. Mettre en place un environnement favorable au développement des mutuelles de santé ;
2. Accroître l'adhésion des populations dans les mutuelles de santé à base communautaire dans toutes les régions du pays ;
3. Promouvoir la mise en place de mutuelles de santé de grande envergure dans les organisations socioprofessionnelles ;
4. Renforcer la contribution des mutuelles de santé dans la protection des revenus des ménages.

1.4. Résultats attendus

1.4.1. Objectif spécifique 1

Pour atteindre l'**objectif spécifique 1**, '*Mettre en place un environnement favorable au développement des mutuelles de santé*', le PSDMS va faciliter et impulser le développement des mutuelles de santé à travers les **résultats attendus** suivants :

Résultats Attendus :

- 1.1. Le développement des mutuelles de santé est soutenu par un cadre juridique intégrant les aspects suivants : des mesures d'incitations fiscales, financières et tarifaires, et un régime financier adaptés ;
- 1.2. le développement des mutuelles de santé est soutenu par un cadre institutionnel approprié ;
- 1.3. Un système d'information sur les mutuelles de santé disponibles ;
- 1.4. Des matériels de formation adaptés aux besoins des acteurs de la mutualité disponibles ;
- 1.5. Des moyens de communication adaptés mis en place pour supporter la promotion des mutuelles de santé ;

1.6. Un cadre national de concertation effectif pour faciliter les échanges d'informations et d'expériences entre les acteurs du développement des mutuelles de santé ;

1.7. Des décideurs politiques et des administrateurs bien informés des expériences du développement des mutuelles de santé aux niveaux national et international.

1.4.2. Objectif spécifique 2

Pour atteindre **l'objectif spécifique 2**, '*Accroître l'adhésion des populations dans les mutuelles de santé à base communautaire dans toutes les régions du pays*', le PSDMS va renforcer les capacités de réponse aux demandes d'appui des initiatives mutualistes et des acteurs locaux dans toutes les régions du Sénégal par l'intermédiaire des **résultats attendus** suivants :

Résultats Attendus :

2.1 Des mutuelles de santé à base communautaire viables dans chacune des régions du Sénégal ;

2.2. Des structures d'auto-encadrement des mutuelles de santé fonctionnelles dans toutes les régions du Sénégal ;

2.3. Des acteurs de la mutualité bien formés dans la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles de santé à base communautaire ;

2.4. Des populations bien informées sur les fondements, l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé à base communautaire ;

2.5. le nombre d'adhérents des mutuelles de santé à base communautaire a augmenté de manière significative.

1.4.3. Objectif spécifique 3

Pour atteindre **l'objectif spécifique 3**, '*Promouvoir la mise en place de mutuelles de santé de grande envergure dans les organisations socioprofessionnelles*', le PSDMS va renforcer les capacités d'appui des initiatives mutualistes émanant des organisations socioprofessionnelles d'envergure pour produire les **résultats attendus** suivants :

Résultats Attendus :

3.1. Des mutuelles de santé mises en place au niveau de la majorité des organisations socioprofessionnelles ;

3.2. Un cadre de collaboration technique fonctionnel entre les mutuelles de santé socioprofessionnelles ;

3.3. Des acteurs de la mutualité bien formés dans la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles de santé socioprofessionnelles ;

3.4.Des populations bien informées sur les fondements, l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé socioprofessionnelles ;

3.5.le nombre d'adhérents des mutuelles de santé socioprofessionnelles a augmenté de manière significative.

1.4.4. Objectif spécifique 4

Pour atteindre l'**objectif spécifique 4**, '*Renforcer la contribution des mutuelles de santé dans la protection des revenus des ménages*', le PSDMS va renforcer la synergie et les interactions entre les mutuelles de santé, les services de santé, et les acteurs des secteurs connexes par l'intermédiaire des **résultats attendus** suivants :

Résultats Attendus :

- 4.1. Des relations entre mutuelles de santé et prestataires de soins santé qui contribuent à la réduction des coûts dans la santé et à la qualité des soins ;
- 4.2. Des mutuelles de santé qui participent dans la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables en collaboration avec l'Etat, les collectivités locales, les comités de santé, et les partenaires extérieurs ;
- 4.3. Des mutuelles de santé dont la viabilité est renforcée par des partenariats effectifs avec les organisations locales existantes ;

II. Stratégies

2.1 Stratégie générale du plan

La stratégie générale qui sous-tend le PSDMS capitalise sur les leçons apprises de l'histoire récente de l'émergence de la mutualité dans le secteur de la santé. Parmi celles-ci, il faut retenir que la légitimité des promoteurs des mutuelles de santé est importante pour l'acceptabilité et le développement des mutuelles de santé ; l'effet de démonstration par les paires, à travers des mutuelles de santé viables des communautés ou des organisations voisines, peut servir de mécanisme efficace d'apprentissage pour la fondation de nouvelles mutuelles de santé et l'extension des mutuelles de santé (exemple de l'essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès); un leadership du développement des mutuelles a émergé des organisations du mouvement associatif local (exemples des acteurs du GRAIM dans la région de Thiès et des mutuelles des enseignants dans la région de Dakar); enfin, les études, la recherche et l'assistance technique jouent un rôle catalyseur dans la promotion et le développement des mutuelles de santé.

Par ailleurs, elle met à profit les cadres d'appui au développement des mutuelles de santé en cours de structuration dans le pays (cadre régional de concertation, cadre national de concertation, promoteurs, structures d'appui, unités de coordination régionale des mutuelles de santé). Les expériences, les savoir-faire et les avantages comparatifs de ces organisations sont mis en synergie pour renforcer le développement des capacités de réponse à la demande

croissante d'appui aux initiatives mutualistes émanant des organisations à base communautaire et des organisations socioprofessionnelles.

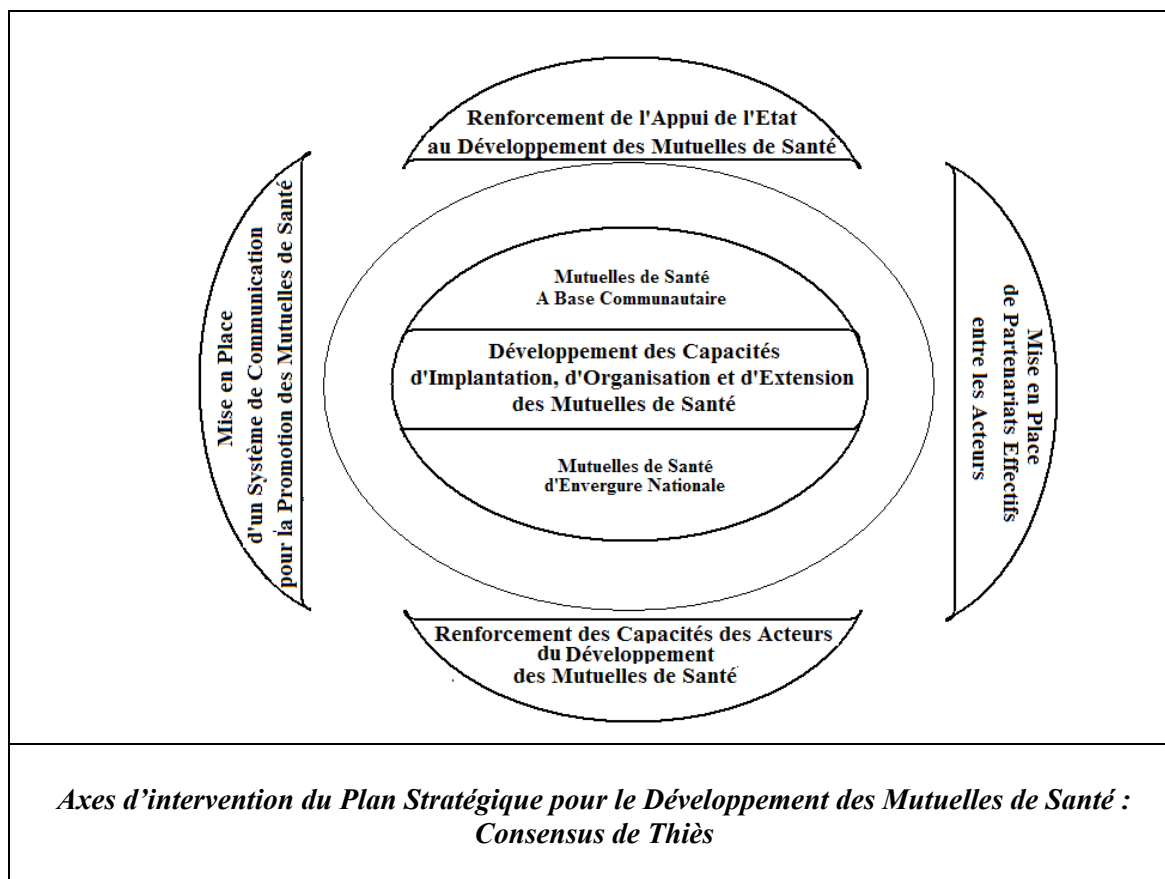
2.2. Axes d'intervention

Le consensus sur les axes stratégiques du PSDMS auquel sont arrivés les acteurs du développement des mutuelles de santé au cours de l'atelier de Thiès (Consensus de Thiès) est résumé dans le schéma ci-dessous.

Le noyau dur de la stratégie du PSDMS est le développement des capacités d'implantation, d'organisation et d'extension des mutuelles de santé en se fondant sur les expériences des mutuelles de santé existantes dans le pays. Pour s'adapter à la diversité des expériences mutualistes et des organisations du mouvement associatif dans le pays, cet axe principal d'intervention du PSDMS est décliné autour des mutuelles de santé à base communautaire et des mutuelles de santé socioprofessionnelles.

Ce noyau dur de la stratégie du PSDMS est soutenu par *quatre axes d'intervention* :

- Renforcement des capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé ;
- Mise en place de plans de communication pour la promotion des mutuelles de santé ;
- Mise en place et développement de partenariats effectifs entre les acteurs ; et
- Renforcement de l'appui de l'Etat au développement des mutuelles de santé.



2.3. Axes d'intervention et contenu

Axe d'intervention 1 :Développement des Capacités d'Implantation, d'Organisation et d'Extension des Mutuelles de santé

1.1. Pour les Mutuelles à Base Communautaire

- ❑ Renforcer les mutuelles de santé à base communautaire existantes
 - Développer les capacités de sensibilisation et mettre en place des moyens de sensibilisation au niveau national et local
 - Renforcer les compétences gestionnaires des administrateurs de mutuelles de santé
 - Renforcer les capacités de gestion des risques des mutuelles de santé
 - Mettre en place un système et des outils de suivi au niveau de toutes les mutuelles de santé
 - Elaborer un manuel de procédures de référence pour toutes les mutuelles de santé
 - Former les membres des organes de gestion des mutuelles de santé
- ❑ Promouvoir l'extension des mutuelles de santé à base communautaire dans toutes les régions du pays
 - Renforcer les cadres de coordination régionale existantes (Dakar, Diourbel, Kaolack, Thiès, Saint-Louis)
 - Aider à la mise en place d'unités de coordination dans les autres régions du pays
 - Faciliter la disponibilité de médecins-conseils auprès des coordinations régionales de mutuelles de santé
 - Faciliter la dotation des coordinations régionales de siège, d'équipement et de moyens de fonctionnement
 - Conduire une étude de faisabilité technique et financière dans chaque région pour favoriser la création des mutuelles de santé
 - Promouvoir et renforcer une expertise locale (région/communauté) d'appui aux mutuelles de santé

- Renforcer les capacités des mutuelles à évaluer la qualité des services de santé en fonction du degré de satisfaction des bénéficiaires
- Appuyer la mise en place d'un fonds de garantie des mutuelles au niveau de chaque coordination régionale
- Aider à la mise en place la fédération nationale des mutuelles de santé
- Etablir un contrat de performances avec chaque coordination régionale portant sur l'extension et le suivi des mutuelles de santé à base communautaire

1.2. Pour les Mutuelles de santé socioprofessionnelles

- Renforcer les mutuelles de santé socioprofessionnelles existantes
 - Réfléchir sur l'opportunité et les modalités de mise en place d'une unité technique nationale des mutuelles de santé socioprofessionnelles
 - Harmoniser les systèmes d'information, de gestion et de suivi des mutuelles de santé socioprofessionnelles
 - Mettre en place un système et des outils de suivi au niveau de toutes les mutuelles de santé socioprofessionnelles
 - Elaborer un manuel de procédures de référence pour toutes les mutuelles de santé socioprofessionnelles
 - Former les membres des organes de gestion des mutuelles de santé socioprofessionnelles
 - Renforcer les capacités des mutuelles de santé socioprofessionnelles à évaluer la qualité des services de santé en fonction du degré de satisfaction des bénéficiaires
- Promouvoir l'extension des mutuelles de santé dans les organisations socioprofessionnelles où elles n'existent pas
 - Sensibiliser les organisations socioprofessionnelles existantes à créer des MS
 - Encourager l'implantation des mutuelles de santé dans toutes les organisations socioprofessionnelle ou elles n'existent pas.
 - Encourager les corps militaires, paramilitaires ou para étatiques à créer leur propre mutuelle de santé
- Etablir un contrat de performances avec l'unité technique nationale des mutuelles de santé socioprofessionnelles portant sur l'extension des mutuelles de santé dans les organisations socioprofessionnelles

Axe d'Interventions 2 : Renforcement des Capacités des Acteurs du Développement des Mutuelles de Santé

- ❑ Développer un système d'information et gestion pour les mutuelles de santé
 - Développer une base de données sur les mutuelles de santé et les acteurs de la mutualité
 - Elaborer un système harmonisé de gestion administrative et financière des mutuelles de santé
 - Promouvoir l'informatisation des systèmes de gestion des mutuelles de santé de taille significative
- ❑ Renforcer les capacités de formation en matière de mutualité
 - Mettre en place un plan de formation des dirigeants et gestionnaires des mutuelles de santé
 - Développer des instruments, guides et matériels de formation adaptés aux besoins des acteurs de la mutualité
 - Développer des cadres de formation de formateurs (formation des formateurs) sur la mutualité au niveau de chaque région
 - Financer la formation initiale et continuée de cadres en gestion des systèmes d'assurance maladie et en économie de la santé (formation diplômante)
- ❑ Développer les capacités de recherche action et de recherche opérationnelle en matière de mutualité
 - Mener des études pour identifier les problèmes rencontrés par les mutuelles de santé tant dans l'organisation, le fonctionnement que la situation financière
 - Appuyer les coordinations régionales dans la réalisation d'études de faisabilité technique et financière
 - Mener des études périodiques sur les performances des mutuelles de santé
 - Documenter les pratiques instructives (meilleures pratiques, réussites, échecs,...) en matière de mutualité dans le pays
 - Mener des études sur les facteurs qui favorisent le développement des mutuelles de santé
 - Mener des études spécifiques sur la mutualisation de certains risques ou prestations de services (prise en charge des césariennes, des CPN, des affections urologiques chez les personnes âgées, des maladies chroniques comme le diabète)

- o Assurer une large diffusion des résultats de la recherche en matière de mutualité santé

Axe d'Intervention 3 : Mise en Place de Plans de Communication Pour la Promotion des Mutuelles de Santé

- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication pour supporter la promotion de la mutualité dans le pays
 - o Organiser des journées d'information et de sensibilisation des partenaires sur la politique de mutualité santé au Sénégal (leaders d'opinion, élus locaux, ONG, comités de santé, société civile)
 - o Elaborer des supports de promotion des mutuelles de santé (spots, affiches, cartes conseils, banderoles, etc.)
 - o Organiser des journées de plaidoyer sur la mutualité à l'intention des bailleurs de fonds, décideurs politiques et prestataires de soins
 - o Organiser de larges campagnes de marketing de la mutualité santé (spots et panneaux publicitaires, TV, radio)
 - o Organiser chaque année la journée nationale de la mutualité
 - o Valoriser et documenter les mécanismes traditionnels de prise en charge des soins observés dans les villages et au sein des groupements organisés.
 - o Susciter l'apport des communicateurs traditionnels et modernes dans la promotion des mutuelles de santé
 - o Promouvoir la mise en œuvre d'au moins un site de démonstration des mutuelles à base communautaire dans chaque région
- Renforcer le cadre national de concertation sur la mutualité
 - o Promouvoir les échanges d'expériences entre mutuelles de santé et coordinations régionales des mutuelles de santé
 - o Plaider pour l'élaboration d'un cadre compréhensif du financement de la santé
 - o Tenir des fora thématiques, d'échange d'informations et d'expériences sur l'assurance maladie/mutualité
 - o Développer la connectivité en matière d'assurance maladie (site web, etc.)
 - o Renforcer les échanges d'expériences avec les autres pays

Axe d'Intervention 4 : Mise en Place et Développement de Partenariats Effectifs entre les Acteurs

- ❑ Développer des partenariats effectifs entre les mutuelles de santé et les organisations de prestation de soins
 - Renforcer les connaissances des prestataires en matière de mutuelles de santé pour faciliter les rapports avec les mutualistes
 - Expérimenter l'élargissement des paquets de bénéfice des mutuelles de santé aux soins tertiaires avec l'appui de subventions de l'Etat
 - Faciliter les contrats avec les prestataires de soins de santé
 - Etudier et mettre en place un système de tarifs préférentiels
 - Développer un partenariat effectif entre les structures sanitaires et les coordinations régionales des mutuelles de santé dans la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé
- ❑ Promouvoir des partenariats effectifs entre les mutuelles de santé les autres acteurs publics et privés dans la promotion de la mutualité
 - Renforcer l'ancrage des mutuelles de santé dans les organisations à base communautaire
 - Développer des partenariats effectifs entre les mutuelles de santé et les institutions de micro-finance
 - Promouvoir la mutualisation du risque maladie sur la base du territoire des collectivités locales
- ❑ Expérimenter en collaboration avec les ministères compétents et les collectivités locales des schémas de prise en charge des démunis et des groupes vulnérables dans les mutuelles de santé à base communautaire

Axe d'Intervention 5 : Renforcement de l'Appui de l'Etat au Développement des Mutuelles de Santé

- ❑ Mettre en place des cadres favorables au développement des mutuelles de santé
 - Finaliser le processus de mise en place du cadre législatif et réglementaire des mutuelles de santé
 - Mettre en place un cadre institutionnel adéquat pour supporter la promotion des mutuelles de santé, y inclue une structure d'appui aux mutuelles de santé
 - Impliquer les mutuelles de santé dans la définition et la mise en place des politiques et programmes de santé et de protection sociale
 - Mettre en place des mesures financières facilitatrices et incitatives pour appuyer la promotion de la mutualité (avantages fiscaux, subventions ponctuelles, exonérations et franchises pour les dons de matériels ou médicaments, fonds de garantie, fonds de réassurance, facilitation de l'accès aux bailleurs de fonds,)
- ❑ Appuyer la formation des acteurs gouvernementaux et des dirigeants des mutuelles de santé pour faciliter le développement des mutuelles de santé
 - Renforcer les capacités d'exercice de la tutelle du Ministère de la Santé
 - Faciliter la participation des agents du Ministère de la Santé et des autres ministères, des dirigeants et gestionnaires des mutuelles de santé à des rencontres scientifiques sur la mutualité et l'assurance maladie
 - Appuyer la participation des agents du Ministère de la Santé et des autres ministères, des dirigeants et gestionnaires des mutuelles de santé à des stages de formation et des voyages d'études sur la promotion des mutuelles de santé

III Activités

Objectif spécifique 1 : Mettre en place un environnement favorable au développement des Mutuelles de Santé

Axe d'intervention	Résultats Attendus	Activités	Partenaires	Année
<i>Renforcement de l'Appui de l'Etat au Développement des Mutuelles de Santé</i>	Résultat Attendu 1.1 : Le développement des mutuelles de santé est soutenu par un cadre juridique intégrant les aspects suivants : des mesures d'incitations fiscales et financières et un régime financier adapté	Mettre en place des cadres favorables au développement des mutuelles de santé ----- ° Finaliser le processus de mise en place du cadre législatif et réglementaire des mutuelles de santé ° mettre en place des mécanismes de suivi et de régulation des tarifs permettant une promotion de l'accessibilité aux prestations des soins ° Impliquer les mutuelles de santé dans la définition et la mise en place des politiques et programmes de santé et de protection sociale ° Mettre en place des mesures financières facilitatrices et incitatives pour appuyer la promotion de la mutualité santé (avantages fiscaux, subventions ponctuelles, exonérations et franchises pour les dons de matériels ou médicaments, fonds de garantie, fonds de réassurance, facilitation de l'accès aux bailleurs de fonds)		
	Résultat Attendu 1.2 : Le développement des mutuelles de santé est soutenu par un cadre institutionnel approprié	Mettre en place un cadre institutionnel adéquat pour supporter la promotion des mutuelles de santé, y inclue une structure d'appui aux mutuelles de santé		

Renforcement des Capacités des Acteurs du Développement des Mutuelles de Santé	Résultat Attendu 1.3 : Un système d'information sur les mutuelles de santé disponible	Développer un système d'information et gestion pour les mutuelles de santé ➤ développer une base de données sur les mutuelles de santé et les acteurs de la mutualité ➤ élaborer un système harmonisé de gestion administrative et financière des mutuelles de santé ➤ promouvoir l'informatisation des systèmes de gestion des mutuelles de santé de taille significative		
		Développer les capacités de recherche action et de recherche opérationnelle en matière de mutualité ➤ Mener des études pour identifier les problèmes rencontrés par les mutuelles de santé tant dans l'organisation, le fonctionnement que la situation financière ➤ Appuyer les coordinations régionales dans la réalisation d'études de faisabilité technique et financière ➤ Mener des études périodiques sur les performances des mutuelles de Santé ➤ Documenter les pratiques instructives (meilleures pratiques, réussites, échecs,...) en matière de mutualité santé dans le pays ➤ Mener des études sur les facteurs qui favorisent le développement des mutuelles de santé ➤ Mener des études spécifiques sur la mutualisation de certains risques ou prestations de services (prise en charge des césariennes, des CPN, des affections urologiques chez les personnes âgées, des maladies chroniques comme le diabète) ➤ Assurer une large diffusion des résultats de la recherche en matière de mutualité de santé		

	Résultats Attendu 1.4 : Des matériels de formation adaptés aux besoins des acteurs de la mutualité santé disponibles	Renforcer les capacités de formation en matière de mutualité santé - o Mettre en place un plan de formation des dirigeants et gestionnaires des mutuelles de santé - o Développer des instruments, guides et matériels de formation adaptés aux besoins des acteurs de la mutualité santé - o Développer des cadres de formateurs (formation des formateurs) sur la mutualité santé au niveau de chaque région - o Financer la formation initiale et continuée de cadres en gestion des systèmes d'assurance maladie et en économie de la santé (formation diplômante)		
Mise en Place d'un Plans de Communication pour la Promotion des Mutuelles de Santé	Résultat Attendu 1.5 : Des moyens de communication adaptés mis en place pour supporter la promotion des mutuelles de santé	Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication pour supporter la promotion de la mutualité santé dans le pays - o Organiser des journées d'information et de sensibilisation des partenaires sur la politique de mutualité santé au Sénégal (leaders d'opinion, élus locaux, ONG, comités de santé, société civile) - o élaborer des supports de promotion des mutuelles de santé (spots, affiches, cartes conseils, banderoles etc. - o Organiser des journées de plaidoyer sur la mutualité santé à l'intention des bailleurs de fonds, décideurs politiques et prestataires de soins - o Organiser de larges campagnes de marketing social de la mutualité santé (spots et panneaux publicitaires, TV, radio) - o Organiser chaque année la journée nationale de la mutualité - o Valoriser et documenter les mécanismes traditionnels de prise en charge des soins observés dans les villages et au sein des groupements organisés. - o Susciter l'apport des communicateurs traditionnels dans la promotion des mutuelles de santé - o Promouvoir la mise en œuvre d'au moins un site de démonstration des mutuelles à base communautaire dans chaque région		

	Résultat Attendu 1.6 : Un cadre national de concertation effectif pour faciliter les échanges d'informations et d'expériences entre les acteurs du développement des mutuelles de santé	Renforcer le cadre national de concertation sur la mutualité santé ----- ° Promouvoir les échanges d'expériences entre mutuelles de santé et coordinations régionales des mutuelles de santé ° Plaider pour l'élaboration d'un cadre compréhensif du financement de la santé ° Tenir des fora thématiques, d'échange d'informations et d'expériences sur l'assurance maladie/mutualité santé ° Développer la connectivité en matière d'assurance maladie (site web, etc.) ° Renforcer les échanges d'expériences avec les autres pays		
	Résultat Attendu 1.7 : Des décideurs politiques et des administrateurs bien informés des expériences du développement des mutuelles de santé aux niveaux national et international	Appuyer la formation des acteurs gouvernementaux et des dirigeants des mutuelles de santé pour faciliter le développement des mutuelles de santé ----- ° Renforcer les capacités d'exercice de la tutelle du Ministère de la Santé ° Faciliter la participation des agents du Ministère de la Santé et des autres ministères, et des dirigeants et gestionnaires des mutuelles de santé à des rencontres scientifiques sur la mutualité santé et l'assurance maladie ° Appuyer la participation des agents du Ministère de la Santé, des autres ministères, des dirigeants et gestionnaires des mutuelles de santé à des stages de formation et des voyages d'études sur la promotion des mutuelles de santé		

Objectif spécifique 2 : Accroître l'adhésion des populations dans les mutuelles de santé à base communautaire dans toutes les régions du pays				
Axe d'intervention	Résultats Attendus	Activités	Partenaires	Année
<i>Développement des Capacités d'Implantation, d'Organisation et d'Extension des Mutuelles de santé à base communautaire</i>	Résultat Attendu 2.1 : Des mutuelles de santé à base communautaire viables dans chacune des régions du Sénégal	Renforcer les mutuelles de santé à base communautaire existantes ----- o Développer les capacités de sensibilisation et mettre en place des moyens de sensibilisation au niveau national et local o Renforcer les compétences gestionnaires des administrateurs de mutuelles de santé o Renforcer les capacités de gestion des risques des mutuelles de santé o Mettre en place un système et des outils de suivi au niveau de toutes les mutuelles de santé o Élaborer un manuel de procédures de référence pour toute les mutuelles de santé à base communautaire o Former les membres des organes de gestion des mutuelles de santé		

	Résultat Attendu 2.2 : Des structures d'auto-encadrement des mutuelles de santé fonctionnelles dans toutes les régions du Sénégal	Promouvoir l'extension des mutuelles de santé à base communautaire dans toutes les régions du pays - o Renforcer les coordinations régionales existantes (Dakar, Diourbel, Kaolack, Thiès, Saint-Louis) - o Aider à la mise en place d'unités de coordination dans les autres régions du pays - o Faciliter la disponibilité de médecins-conseils auprès des coordinations régionales - o Faciliter la dotation des coordinations régionales de siège, d'équipement et de moyens de fonctionnement - o Conduire une étude de faisabilité technique et financière dans chaque région pour favoriser la création des mutuelles de santé - o Promouvoir et renforcer une expertise locale (région/communauté) d'appui aux mutuelles de santé - o Renforcer les capacités des mutuelles de santé à évaluer la qualité des services de santé en fonction du degré de satisfaction des bénéficiaires - o Appuyer la mise en place d'un fonds de garantie des mutuelles de santé au niveau de chaque coordination régionale - o Aider à la mise en place de la fédération nationale des mutuelles de santé		
		Etablir un contrat de performances avec chaque coordination régionale portant sur l'extension et le suivi des mutuelles de santé à base communautaire		

Renforcement des Capacités des Acteurs du Développement des Mutuelles de Santé <Mutuelles de Santé à Base Communautaire>	Résultat Attendu 2.3 : Des acteurs de la mutualité bien formés dans la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles de santé à base communautaire	Renforcer les capacités de formation en matière de mutualité santé ----- - o Mettre en place un plan de formation des dirigeants et gestionnaires des mutuelles de santé - o Développer des instruments, guides et matériels de formation adaptés aux besoins des acteurs de la mutualité santé - o Développer des cadres de formateurs (formation des formateurs) sur la mutualité santé au niveau de chaque région		
Mise en Place d'un Plan de Communication pour la Promotion des Mutuelles de Santé <Mutuelles de Santé à Base Communautaire>	Résultat Attendu 2.4 : Des populations bien informées sur les fondements, l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé à base communautaire	Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication pour supporter la promotion de la mutualité santé dans le pays ----- - o Organiser des journées d'information et de sensibilisation des partenaires sur la politique de mutualité santé au Sénégal (leaders d'opinion, élus locaux, ONG, comités de santé, société civile) - o Organiser des journées de plaidoyer sur la mutualité à l'intention des bailleurs de fonds, décideurs politiques, prestataires de soins et autres départements ministériels - o Organiser de larges campagnes de marketing social de la mutualité santé (spots et panneaux publicitaires, TV, radio) - o Organiser chaque année la journée nationale de la mutualité - o Valoriser et documenter les mécanismes traditionnels de prise en charge des soins observés dans les villages et au sein des groupements organisés. - o Susciter l'apport des communicateurs modernes et traditionnels dans la promotion des mutuelles de santé		

<i>Mise en Place d'un Plan de Communication pour la Promotion des Mutuelles de Santé</i> <Mutuelles de Santé à Base Communautaire>	<i>Le nombre d'adhérents des mutuelles de santé à base communautaire a augmenté de manière significative</i>			
Objectif spécifique 3 : Promouvoir la mise en place de mutuelles de santé de grande envergure dans les organisations socioprofessionnelles				
Axe d'intervention	Résultats Attendus	Activités	Partenaires	Année
Développement des Capacités d'Implantation, d'Organisation et d'Extension des Mutuelles de santé	Résultat Attendu 3.1 : Des mutuelles de santé mises en place au niveau de la majorité des organisations socioprofessionnelles	Promouvoir l'extension des mutuelles de santé dans les organisations socioprofessionnelles ----- - o Sensibiliser les organisations socioprofessionnelles à créer des mutuelles de santé - o Encourager l'implantation des M.S dans toutes les catégories socioprofessionnelles ou elles n'existent pas. - o Encourager les corps militaires, paramilitaires ou para publique à créer leur propre mutuelle de santé		
	Résultat Attendu 3.2 : Un cadre de collaboration technique fonctionnel entre les mutuelles de santé socioprofessionnelles	Renforcer les mutuelles de santé socioprofessionnelles existantes ----- - o Réfléchir sur l'opportunité et les modalités de mise en place d'une unité technique nationale des mutuelles de santé socioprofessionnelles - o Harmoniser les systèmes d'information, de gestion et de suivi des mutuelles de santé socioprofessionnelles		

		- o Mettre en place un système et des outils de suivi au niveau de toutes les mutuelles de santé socioprofessionnelles - o Élaborer un manuel de procédures de référence pour toute les mutuelles de santé socioprofessionnelles - o Former les membres des organes de gestion des mutuelles de santé socioprofessionnelles - o Renforcer les capacités des mutuelles de santé socioprofessionnelles à évaluer la qualité des soins en fonction du degré de satisfaction des bénéficiaires		
		Etablir un contrat de performances avec l'unité technique nationale des mutuelles de santé socioprofessionnelles portant sur l'extension des mutuelles de santé dans les organisations socioprofessionnelles		
Renforcement des Capacités des Acteurs du Développement des Mutuelles de Santé <Mutuelles de santé socioprofessionnelles>	Résultat Attendu 3.3: Des acteurs de la mutualité santé bien formés dans la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles de santé socioprofessionnelles	Renforcer les capacités de formation en matière de mutualité dans la santé ----- - o Mettre en place un plan de formation des dirigeants et gestionnaires des mutuelles de santé - o Développer des instruments, guides et matériels de formation adaptés aux besoins des acteurs de la mutualité - o Développer des cadres de formation des formateurs (formation des formateurs) sur la mutualité au niveau de chaque région		

Mise en Place d'un Plan de Communication pour la Promotion des Mutuelles de Santé <Mutuelles de santé socioprofessionnelles>	Résultat Attendu 3.4 : Des populations bien informées sur les fondements, l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé socioprofessionnelles	Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication pour supporter la promotion de la mutualité santé dans le pays - o Organiser des journées d'information et de sensibilisation des partenaires sur la politique de mutualité santé au Sénégal (leaders d'opinion, élus locaux, ONG, comités de santé, société civile) - o Organiser des journées de plaidoyer sur la mutualité santé à l'intention des bailleurs de fonds, décideurs politiques et prestataires de soins - o Organiser de larges campagnes de marketing social de la mutualité santé (spots et panneaux publicitaires, TV, radio) - o Susciter l'apport des communicateurs traditionnels et modernes dans la promotion des mutuelles de santé		
	Résultat Attendu 3.5 <i>Le nombre d'adhérents des mutuelles de santé socioprofessionnelles a augmenté de manière significative</i>			

Objectif spécifique 4 : Renforcer la contribution des mutuelles de santé dans la protection des revenus des ménages				
Axe d'intervention	Résultats Attendus	Activités	Partenaires	Année
Mise en Place et Développement de Partenariats Effectifs entre les Acteurs	Résultat Attendu 4.1 : Des relations entre mutuelles de santé et prestataires de soins de santé qui contribuent à la réduction des coûts et à la qualité des soins dans la santé	<i>Développer des partenariats effectifs entre les mutuelles de santé et les organisations de prestation de soins</i> - o Renforcer les connaissances des prestataires en matière de mutuelles de santé pour faciliter les rapports avec les mutualistes - o Expérimenter l'élargissement des paquets de bénéfice des mutuelles de santé aux soins tertiaires avec l'appui de subventions de l'Etat - o Faciliter les contrats avec les prestataires de soins de santé - o Etudier et mettre en place un système de tarifs préférentiels - o Développer un partenariat effectif entre les structures sanitaires et les coordinations régionales des mutuelles de santé dans la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé		
	Résultat Attendu 4.2 : Des mutuelles de santé qui participent dans la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables en collaboration avec l'Etat, les collectivités locales, les comités de santé et les partenaires extérieurs.	Expérimenter en collaboration avec les ministères compétents et les collectivités locales des schémas de prise en charge des démunis et des groupes vulnérables dans les mutuelles de santé à base communautaire		

	Résultat Attendu 4.3: Des mutuelles de santé dont la viabilité est renforcée par des partenariats effectifs avec les organisations locales existantes	Promouvoir des partenariats effectifs entre les mutuelles de santé et les autres acteurs publics et privés dans la promotion de la mutualité santé ----- - o Renforcer l’ancrage des mutuelles de santé dans les organisations à base communautaire - o Développer des partenariats effectifs entre les mutuelles de santé et les institutions de micro-finance - o Promouvoir la mutualisation du risque maladie sur la base du territoire des collectivités locales		

IV. Justificatif du budget

Le budget global pour le financement de ce plan est estimé à **4.640.000.000 F CFA** pour les cinq ans à venir. Il est réparti comme suit :

Axe d'intervention 1 : Développement des Capacités d'Implantation, d'Organisation et d'Extension des Mutuelles de santé

Cet axe sera déroulé à deux niveaux :

Le premier niveau concerne les mutuelles à base communautaire dont la promotion se fera à travers essentiellement le renforcement des capacités d'intervention des coordinations régionales des mutuelles de santé existantes et l'appui à la mise en place d'unions dans les régions qui n'en disposent pas à l'heure actuelle.

Le renforcement des capacités d'intervention des coordinations régionales vise à structurer le mouvement mutualiste qui connaît actuellement un développement important grâce aux efforts conjugués des pouvoirs publics et des nombreuses organisations d'appui intervenant au Sénégal.

À l'heure actuelle, seules cinq régions disposent de coordinations régionales. Il s'agit des régions de :

- Dakar (union des mutuelles de santé de Dakar) ;
- Diourbel (coordination des mutuelles de santé de Diourbel)
- Kaolack (coordination des mutuelles de santé de Kaolack)
- Saint-Louis (coordinations des mutuelles de santé de Saint-Louis)
- Thiès (coordination de Thiès)

Dans la perspective que les projets de mise en place de coordinations en gestation dans les régions de Ziguinchor, Tambacounda, Fatick et Louga se matérialiseront au cours de la première année de mise en œuvre du plan, et que cette structuration du mouvement mutualiste sera effective dans les régions de Kolda et Matam au cours de la deuxième année d'exécution du plan, l'appui institutionnel concernera neuf (9) coordinations régionales pour toute la durée du plan et deux autres coordinations pour les trois dernières années du plan.

À travers cet axe d'intervention, l'appui aux coordinations régionales existantes a pour objectif de doter celles-ci de moyens humains, matériels, techniques et financiers leur permettant de réaliser leurs principales fonctions. Ces fonctions sont entre autres :

- appui à la gestion et au suivi des mutuelles membres
- représentation et plaidoyer auprès de l'État, de l'offre de soins et des autres acteurs ;
- appui à la création de nouvelles mutuelles de santé.

La réalisation de ces importantes missions nécessite la mise à la disposition des coordinations régionales de ressources humaines, matérielles et financières.

L'appui en ressources matérielles consistera à :

- la mise à disposition de locaux et office de siège pour chacune des quatre coordinations existantes ;
- l'équipement en matériel informatique et bureautique ;
- la prise en charge des frais de fonctionnement courant (charges d'eau, d'électricité de téléphone, de consommables)
- la mise à disposition de toutes les mutuelles de santé d'outils de suivi et d'un manuel de procédures.

Ce volet appui institutionnel aux coordinations régionales existantes est estimé à 15.000.000 de francs CFA par année et par coordination, soit 675.000.000 F CFA pour neuf coordinations pour la durée du plan et 90.000.000 F CFA pour les deux dernières créations sur trois ans. Le budget total nécessaire à la réalisation de ce volet s'élève donc à **765.000.000 F CFA**

Pour le volet ressources humaines, il s'agira de faciliter la mise à la disposition à la disposition des coordinations régionales de médecins-conseils, d'économistes de la santé et de gérants. Le budget nécessaire à la rémunération de ces trois compétences est estimé à 500.000 F CFA par mois (200.000 F CFA/mois pour le médecin-conseil et l'économiste de la santé et 100.000 F CFA/mois pour le gérant), soit 6.000.000 F CFA par an. Pour les neuf coordinations régionales qui seront fonctionnelles au cours de la première année d'exécution du plan et les deux autres à créer à partir de la troisième année de mise en œuvre du plan, les ressources à prévoir pour cette rubrique s'élèvent à **306.000.000 F CFA**.

Le financement de l'appui à la gestion et au suivi des mutuelles existantes est estimé à 3.000.000 CFA/région/an ; soit **153.000.000** de francs CFA pour les onze régions ciblées : 135.000.000 F CFA pour les neuf premières coordinations et 18.000.000 F CFA pour les deux dernières créations. Cet appui privilégie le renforcement des compétences gestionnaires des administrateurs par l'organisation d'ateliers de formation au niveau local et la dotation de ces mutuelles en outils de gestion afin de les aider à élargir leur base d'adhésion et à améliorer le taux de recouvrement des cotisations de leurs membres.

L'autre dimension dans le Développement des Capacités d'Implantation, d'Organisation d'Extension des Mutuelles de santé consiste à conduire une étude de faisabilité technique et financière dans les huit régions non encore couvertes, pour favoriser la création de nouvelles mutuelles de santé. Il s'agit des régions de Kaolack, Tambacounda, Kolda, Ziguinchor, Saint-Louis, Louga, Matam et Fatick. En référence à l'étude de Diourbel qui avait coûté 20.000.000 F CFA, le budget nécessaire à la réalisation de ce volet recherche s'élève à **160.000.000 F CFA**.

Pour les six régions qui ne disposent pas encore de coordinations, un appui leur sera apporté au besoin, dans leur processus de structuration. Cet appui portera sur l'élaboration des textes de base et l'organisation des assemblées générales constitutives et la mise à leur disposition d'outils de gestion. Le montant de cet appui est évalué à 10.000.000 F CFA par région, soit **60.000.000 F CFA** pour les six régions

Le deuxième niveau de l'axe d'intervention 1 concerne les mutuelles d'envergure nationale. Les deux sous-axes majeurs pour accompagner la promotion de cette catégorie de mutuelle consiste à :

- renforcer les mutuelles d'envergure nationale existantes par la mise à leur disposition de système de gestion harmonisée et la formation des membres des organes dirigeants ;

- favoriser par la sensibilisation, la création de mutuelles dans les organisations socio-professionnelles qui n'en disposent pas encore.

Compte tenu de leurs capacités d'auto-financement contrairement aux mutuelles communautaires, les besoins en appui institutionnel et en renforcement des compétences gestionnaires pour les dix mutuelles d'envergure nationale existantes pourraient être couverts par un apport annuel de 10.000.000 de francs CFA par mutuelle, soit 500.000.000 CFA pour la durée du plan. En perspective de la création de cinq nouvelles mutuelles de santé socio-professionnelles au cours de la troisième année de mise en œuvre du plan, un budget de 10.000.000 de francs CFA par mutuelle et par an leur est alloué pour les accompagner dans le processus, soit 150.000.000 FCFA pour les trois ans. Le montant total s'élève ainsi à **650.000.000 FCFA**.

Pour le volet sensibilisation, il convient de noter que dans plusieurs secteurs, notamment celui de l'éducation et des corps militaires et paramilitaires, des mutuelles complémentaires sont déjà créées. Il s'agit donc d'investir surtout les organisations du secteur informel mais aussi les entreprises privées pour informer les acteurs de ces structures sur les fondements, l'organisation et le fonctionnement des mutuelles d'envergure nationale.

Au moins cinq ateliers de sensibilisation par an seront organisés au cours des deux premières années de mise en œuvre du plan, soit dix ateliers. Les prévisions budgétaires pour ce volet sensibilisation s'élèvent à **50.000.000 F CFA** soit 5.000.000 FCFA par atelier.

Cette campagne d'information et de sensibilisation sera précédée d'un inventaire de toutes les organisations socio-professionnelles susceptibles de porter un projet de mutuelle de santé tous les deux ans ; soit deux inventaires durant la mise en œuvre du plan. Le coût de ces deux inventaires à l'échelle nationale est évalué à **20.000.000 F CFA** (10.000.000 FCFA par inventaire).

Pour les organisations socio-professionnelles dont le projet de mise en place d'une mutuelle de santé est arrivé à maturité, un appui leur sera apporté dans la réalisation d'une étude de faisabilité sectorielle. Par expérience, le coût d'une étude de faisabilité sectorielle est de 10.000.000 F CFA. Si on estime le nombre d'études sectorielles à réaliser à cinq par an durant les trois dernières années du plan, soit quinze études, le budget à dégager pour cet appui s'élève à **150.000.000 F CFA**.

Pour la prise en charge des soins tertiaires dont le coût dépasse les capacités financières des mutuelles, il est prévu la mise en place d'un fonds de garantie au niveau de chaque coordination régionale d'un montant initial de 10.000.000 FCFA soit **110.000.000 FCFA** pour les onze coordinations régionales

Au total, le budget global des principales composantes de l'axe d'intervention 1 s'élève à **2.424.000.000 F CFA**

Axe d'Interventions 2 : Renforcement des Capacités des Acteurs du Développement des Mutuelles de Santé

l'axe d'intervention 2 comprend trois sous-axes :

- le développement d'un système d'information et gestion pour les mutuelles de santé ;
- le renforcement des capacités de formation des acteurs en matière de mutualité ;
- le développement des capacités de recherche action et de recherche opérationnelle en matière de mutualité.

Le coût des activités liées à la première composante est estimé à **500.000.000 F CFA**. Elles portent entre autres sur le développement d'une base de données sur les mutuelles de santé, la conception de logiciels de suivi-évaluation, la mise en place de systèmes de gestion administrative et financière des mutuelles de santé, l'informatisation des systèmes de gestion des mutuelles de santé de taille significative, la formation des administrateurs à l'utilisation des logiciels de gestion et la mise à disposition de toutes les mutuelles de ces logiciels.

Pour le renforcement des capacités de formation et de recherche des acteurs, il s'agira d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de formation des dirigeants et gestionnaires de mutuelles dans ces deux domaines (participation à des stages et formation diplômante). Le coût d'élaboration de ce plan de formation et sa mise en œuvre est estimé à **100.000.000 F CFA**.

La réalisation d'études sur les facteurs qui accompagnent le développement des mutuelles et sur la mutualisation de certains risques ou prestations de services est évaluée à **50.000.000 F CFA** à raison d'une étude par an.

Au total, le coût des activités liées aux trois sous-composantes de l'axe d'intervention 2 est évalué à **650.000.000 F CFA**

Axe d'Intervention 3 : Mise en Place d'un Plan de Communication Pour la Promotion des Mutuelles de Santé

l'axe stratégique 3 se décompose en deux sous-axes majeurs :

- L'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de communication pour supporter la promotion de la mutualité dans le pays et ;
- Le renforcement du cadre national de concertation sur la mutualité

Les activités en rapport avec le premier sous-axe portent essentiellement sur le plaidoyer à l'intention des bailleurs de fonds, décideurs politiques et prestataires de soins, l'organisation de larges campagnes de marketing social de la mutualité par l'utilisation de différents supports et la formation des membres des comités d'initiative pour la mise en place de mutuelles de santé, l'organisation de journées d'information et de sensibilisation des partenaires sur la politique de mutualité santé au Sénégal (leaders d'opinion, élus locaux, ONG, comités de santé, société civile) et la tenue chaque année de la journée nationale de la mutualité.

Pour le volet plaidoyer auprès des autorités, il est prévu d'organiser une rencontre avec les élus locaux (conseillers ruraux, municipaux, régionaux) et les responsables d'ONG dans

chaque région, tous les deux ans ; soit vingt deux (22) journées pour la durée du plan. Si on estime le coût d'une journée à 5.000.000 F CFA, le budget nécessaire à la réalisation de cette activité est de **110.000.000 F CFA**.

S'agissant des campagnes de marketing social, le coût relativement élevé des supports de diffusion (Radio,TV, panneaux publicitaires) nous amène à prévoir 60.000.000.F CFA par an soit **300.000.000 F CFA** pour la durée du plan.

Pour la formation des membres des comités d'initiative au module « processus de mise en place d'une mutuelle de santé », la CAMICS prévoyait chaque année 25.000.000.F CFA dans son plan d'opération pour répondre aux nombreuses sollicitations en la matière. Dans l'hypothèse que cette demande va augmenter en conséquences des retombées des campagnes de marketing et de sensibilisation, il nous a paru logique de porter ce budget à 30.000.000 F CFA par an, soit **150.000.000 F CFA** pour les cinq ans correspondant à la durée du plan.

En ce qui concerne, la journée nationale de la mutualité, celles précédemment organisées à Thiès et à Diourbel ont coûté chacune 15.000.000 F CFA. En tenant compte de l'accroissement du nombre de mutuelles donc de participants potentiels aux prochaines journées, ce budget est porté à 25.000.000 F CFA. Avec ce montant, l'organisation des cinq journées correspondant à la durée du plan va mobiliser **125.000.000 F CFA**.

Le renforcement du cadre national de concertation sur la mutualité constitue la deuxième composante de l'axe stratégique 3. elle consiste d'une part à promouvoir les échanges d'expériences entre mutualistes au plan national et sous-régional et d'autre part à organiser des fora thématiques sur des problématiques en lien avec l'assurance maladie et la mutualité en santé. Dans la perspective d'organiser un fora national par an dont le coût peut être aligné à celui de la journée nationale de la mutualité (25.000.000 F CFA), le budget nécessaire à la tenue des cinq fora s'élève à **125.000.000 F CFA**.

Pour la participation des membres du cadre national de concertation des promoteurs de mutuelles de santé aux forums organisés tous les deux ans par la concertation des mutuelles de santé en Afrique, le coût de la prise en charge d'une personne (titres de voyage et frais de séjour est d'environ 1.000.000 F CFA. Dans la perspective que trois forums seront organisés d'ici 2010, correspondant à la période de mise en œuvre du plan, les prévisions budgétaires pour le financement de la participation de dix (10) personnes par forum sont estimées à **30.000.000 F CFA**

En résumé, le budget nécessaire à la réalisation des activités de l'axe stratégique 3, à travers ses deux composantes s'élève à **840.000.000 F CFA**

Axe d'Intervention 4 : Mise en Place et Développement de Partenariats Effectifs entre les Acteurs

Trois composantes structurent l'axe d'intervention 4 :

- ❑ Le développement de partenariats effectifs entre les mutuelles de santé et les organisations de prestation de soins ;
- ❑ La promotion de partenariats effectifs entre les mutuelles de santé les autres acteurs publics et privés dans le développement de la mutualité ;

- ❑ L'expérimentation en collaboration avec les ministères compétents et les collectivités locales de schémas de prise en charge des indigents dans les mutuelles de santé à base communautaire

Le premier sous-axe consiste à renforcer les connaissances des prestataires en matière de mutuelles de santé pour faciliter leurs rapports avec les mutualistes et à impliquer ces derniers, à travers les coordinations régionales, dans la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé. Ce renforcement de connaissances se fera sous forme d'ateliers de formation à l'image de ceux déjà organisés par la CAMICS à l'intention de quelques membres des équipes cadre de région et de district. Il s'agira de démultiplier ces formations par l'organisation d'un atelier tous les deux ans, dans chaque région pour toucher le maximum de prestataires. Si on estime le coût d'un atelier régional de cinq jours pour une cinquantaine de participants à 5.000.000 F CFA, le budget nécessaire à la tenue des vingt deux (22) ateliers programmés est de **110.000.000 F CFA**

L'implication des mutualistes dans la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé qui constitue l'autre dimension de ce premier sous-axe, consistera à former ces derniers à ces programmes. Si on cible les cinq (5) régions qui disposent de coordination régionale (Dakar, Thiès, Kaolack, Saint-Louis et Diourbel) et les trois autres en gestation (Louga, Ziguinchor, Fatick), à raison d'un atelier polyvalent par région (regroupant les responsables des principaux programmes et les mutualistes), le coût d'un atelier étant estimé à 5.000.000F CFA, cela équivaut à un budget de **40.000.000 F CFA** pour les huit ateliers.

Le deuxième sous-axe de la stratégie 4 (promotion de partenariats effectifs entre les mutuelles de santé les autres acteurs publics et privés dans le développement de la mutualité) se décline en trois activités :

- Renforcer l'ancrage des mutuelles de santé dans les organisations à base communautaire
- Développer des partenariats effectifs entre les mutuelles de santé et les institutions de micro-finance
- Promouvoir la mutualisation du risque maladie sur la base du territoire des collectivités locales.

La mise en œuvre des composantes de l'axe stratégique 3 (Mise en Place d'un Plan de Communication Pour la Promotion des Mutuelles de Santé) intègre ces trois activités. Leur réalisation ne nécessite donc pas une budgétisation.

L'expérimentation en collaboration avec les ministères compétents et les collectivités locales de schémas de prise en charge des indigents dans les mutuelles de santé à base communautaire, qui constitue la dernière composante de l'axe 4, nécessite une étude préalable pour identifier les critères d'éligibilité, connaître le nombre d'indigents potentiels et leur localisation, estimer le budget nécessaire et les modalités de prise en charge (subvention de l'offre de soins ou de la demande). La réalisation de cette étude d'envergure nationale et sa restitution sont estimées à **25.000.000 F CFA**

Globalement, le budget nécessaire à la réalisation des activités de l'axe d'intervention 4 s'élève à **175.000.000 F CF**

Axe d'Intervention 5 : Renforcement de l'Appui de l'Etat au Développement des Mutuelles de Santé

L'axe d'intervention 5 comprend deux sous-axes :

- ❑ La mise en place de cadres favorables au développement des mutuelles de santé et de la mutualité et ;
- ❑ L'appui à la formation des acteurs gouvernementaux et des dirigeants des mutuelles de santé pour faciliter le développement des mutuelles de santé

Les activités en lien avec le premier sous-axe consistent à :

- *Finaliser le processus de mise en place du cadre législatif et réglementaire des mutuelles de santé*
- *Mettre en place un cadre institutionnel adéquat pour supporter la promotion des mutuelles de santé, y inclue une structure d'appui aux mutuelles de santé*
- *Impliquer les mutuelles de santé dans la définition et la mise en place des politiques et programmes de santé et de protection sociale ;*
- *Mettre en place des mesures financières incitatives pour appuyer la promotion de la mutualité (avantages fiscaux, subventions ponctuelles, exonérations et franchises pour les dons de matériels ou médicaments, fonds de garantie, fonds de réassurance, facilitation de l'accès aux bailleurs de fonds).*

Pour la finalisation du cadre législatif et réglementaire, l'approche consensuelle qui a été de mise pour l'élaboration du projet de loi, sera poursuivie pour ce qui concerne le projet de décret d'application. Le texte de base en cours d'élaboration sera soumis aux différents acteurs pour observations, et ces observations seront discutées à l'occasion d'un atelier national de deux jours regroupant une cinquantaine de participants (mutualistes, promoteurs, représentants de ministères etc.). le budget nécessaire à la tenue de cet atelier est évalué à **15.000.000 F CFA**, incluant les frais de secrétariat, de multiplication et de diffusion du document de base et de la prise en charge des participants.

Après adoption, la loi sur les mutuelles de santé et son décret d'application feront l'objet d'une large campagne de diffusion dont la mise en œuvre sera intégrée dans le plan global de communication sur la mutualité (voir axe d'intervention 3).

La mise en place d'un cadre institutionnel adéquat pour supporter le développement des mutuelles de santé fait l'objet d'une réflexion au niveau du Ministère de la Santé et de la Prévention. La formule la mieux partagée par les participants de l'atelier de Thiès (consensus de Thiès) est le renforcement de la CAMICS pour lui permettre d'accomplir pleinement sa mission de pilotage du plan stratégique. Ce renforcement passe par la dotation de cette structure en ressources humaines, matérielles et financières importantes. Pour les ressources humaines, il s'agira d'accroître le personnel par le recrutement de trois nouveaux agents (un agent par programme). Les charges salariales de ces nouveaux agents sont estimées à **36.000.000 F CFA** pour la durée du plan (2.400.000 F CFA/agent/an). L'appui logistique porte sur la dotation de la CAMICS d'un véhicule de supervision (**20.000.000 F CFA**), de matériels audiovisuels (rétro-projecteur, TV, vidéo, projecteur vidéo = **15.000.000 F CFA**), matériel informatique (10 PC + accessoires = **15.000.000 F CFA**), mobilier de bureau pour les trois nouveaux agents (**500.000 F CFA**). Les ressources financières concernent le budget de fonctionnement de la structure. Il est évalué à 50.000.000 FCFA par an incluant les charges

de téléphone, d'eau et d'électricité, d'entretien du matériel audiovisuel et informatique, de carburant et de maintenance du véhicule, de fournitures de bureau et de consommables ; soit **250.000.000 F CFA** pour les cinq ans. Les deux dernières activités du premier sous-axe appellent des mesures politiques dont la mise en œuvre n'a pas d'incidence financière.

Les activités à réaliser dans le cadre de la deuxième composante de l'axe d'intervention 5 sont les suivantes :

- o *Former les agents du Ministère de la Santé à l'exercice de la tutelle*
- o *Faciliter la participation des agents du Ministère de la Santé et des autres ministères, et des dirigeants et gestionnaires des mutuelles de santé à des rencontres scientifiques sur la mutualité et l'assurance maladie*
- o *Appuyer la participation des agents du Ministère de la Santé et des autres ministères, et des dirigeants et gestionnaires des mutuelles de santé à des stages de formation sur la promotion des mutuelles de santé*
- o *Financer la participation des agents du Ministère de la Santé et des autres ministères, et des dirigeants et gestionnaires des mutuelles de santé à des voyages d'études sur les mutuelles de santé*

Il s'agit, à travers cette activité, de renforcer les compétences des agents du Ministère de la Santé et de la Prévention en micro-assurance santé en général et en mutualité en particulier.

Le volet formation vise à sensibiliser les agents du Ministère de la Santé et à les former à l'exercice de la tutelle, en fonction de l'état d'avancement de la politique nationale en matière de mutuelles de santé.

Le renforcement des compétences des agents du Ministère pourrait se faire par :

- La participation à des rencontres scientifiques sur les mutuelles de santé. Sur la durée du projet, cinq participations sont prévues à raison de trois délégués par rencontre ;
- L'organisation de voyages d'études au profit des agents du Ministère de la Santé et de la Prévention ;
- La participation à des stages de formations sur les mutuelles de santé : trois stages au moins sur la durée du projet ;

Le volet renforcement des compétences des acteurs cible une vingtaine d'agents du Ministère de la Santé et d'autres Ministères impliqués dans la promotion des mutuelles de santé, les administrateurs et gestionnaires de mutuelles de santé évoluant au niveau central et dans les régions durant la période de mise en œuvre du plan. Si on estime les frais de prise en charge d'un agent à 2.000.000 F CFA par an, le budget nécessaire au renforcement des compétences de ces acteurs s'élève à **200.000.000 F CFA**

Au total, le budget nécessaire à la réalisation des activités de l'axe d'intervention 5 s'élève à **551.000.000.F CFA**

V Administration et Gestion du Plan

Système d'administration et de gestion du secteur de la santé

L'organisation de l'administration et de la gestion du secteur de la santé comporte trois échelons: un échelon local (District sanitaire), un échelon régional (Région médicale) et un échelon central comportant outre le cabinet, les directions nationales techniques et les services rattachés

- ❑ L'échelon régional est représenté par la région médicale chargée d'apporter l'appui technique aux districts placés sous sa responsabilité;
- ❑ L'échelon périphérique, le district est géré par une équipe cadre de district (ECD) dirigée par un médecin de santé publique. L'ECD s'occupe des activités de santé publiques (planification opérationnelle, mise en œuvre des programmes et des projets, formation, vaccination, IEC, coordination, supervision, gestion du personnel, des activités et des médicaments;

Chaque district et région dispose d'organes de concertation

- ❑ Le niveau central est chargé de la programmation des activités basée sur la méthode de planification par objectifs sous la direction de l'unité de planification et de coordination du ministère de la santé la CAS/PNDS. Le niveau central dispose des instances de coordination stratégiques pour assurer la coordination, le suivi et la supervision des activités du secteur.

Dans le cadre de l'administration et de la gestion des projets et programmes du secteur, le Ministère de la santé est appuyé par un certain nombre de partenaires au développement

5.2 Les principaux partenaires

L'exécution de ce plan sera basée sur l'approche stratégique partenariale avec le faire-faire. De ce point de vue un nombre important de partenaires auront à intervenir dans le cadre de l'exécution de ce plan.

Il s'agit principalement, des organisations communautaires de base (OCB), des ONG, des comités de santé, des collectivités locales, des promoteurs des mutuelles de santé, des bailleurs de fonds, des agences d'exécutions, des autres départements ministériels, des institutions de formation et de recherche (ISED/UCAD, CESAG, ENDSS ...etc...).

5.2.1 Les autres services du MS et des autres Ministères

Les différentes Directions techniques centrales du MS, les régions médicales, les districts sanitaires seront des partenaires dans la mise en œuvre, chacun en fonction de son domaine de compétence. Les autres départements ministériels seront impliqués dans le cadre de la collaboration multisectorielle pour le développement des mutuelles de santé (Exemple du Ministère des finances, du Développement Social et d'autres de part leur position stratégique de lutte contre la pauvreté.

5.2.2 Les collectivités locales

Les collectivités locales assurent la gestion des structures sanitaires publiques, dans le cadre de la décentralisation administrative qui leur a transféré des compétences de santé selon les dispositions du décret 96-1135 du 27 décembre 1996. Ainsi, En vertu de ces attributions, elles auront un rôle à jouer dans le développement des mutuelles de santé, en rendant les prestations plus attractives et moins coûteuses pour les mutuelles de santé.

5.2.3 les comités de santé

De par leur statut d'interface entre le système de santé et la population, les comités de santé participent à la gestion des activités de santé et de promotion de la santé et de la mutualité. Les CS et les CL constituent des partenaires stratégiques au niveau local pour l'appropriation et la pérennisation des interventions de cette planification.

5.2.4 Les Promoteurs et fédérations de mutuelles de santé

Il existe une base de promoteurs de la mutualité (loin d'être exhaustive) qui auront un rôle à jouer dans l'exécution de ce plan sur des bases contractuelles. Les fédérations régionales et nationales des mutuelles de santé que sont les coordinations régionales et nationales serviront d'interface entre les mutualistes et la tutelle aux différents échelons et joueront un rôle important dans la coordination (Appui, Impulsion, Suivi, Supervision et Evaluation).

5.2.5 Le secteur non public

Par secteur non public nous entendons le secteur privé non lucratif, les ONG, les OCB et le privé lucratif. Les ONG et OCB ont des avantages comparatifs certains dans le développement des activités communautaires et particulièrement dans le domaine de la santé communautaire. Aujourd'hui plus de la moitié des ONG exerçant des activités de développement sont regroupées au sein du CONGAD et surtout avec la création en son sein d'un réseau santé, sida et population constitué de 186 ONG intervenant dans le secteur de la santé avec un bon maillage du territoire national.

Au point de vue institutionnel la coordination des activités des ONG et OCB est assurée par la Cellule. Le partenariat MS et ONG est effectif par l'engagement de ces organisations dans la mise en œuvre du PDIS sur des bases contractuelles. Cette même orientation stratégique sera maintenue dans la deuxième phase et particulièrement dans la mise en œuvre du Plan de Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé (PSDMS)

Les promoteurs et les ONG outillés développeront les capacités des autres ONG et OCB qui seront des sous traitants (**à reformuler**) par rapport aux promoteurs et ONG de première ligne qui seront sélectionnés. La sélection et le financement des ONG et OCB dans la mise en œuvre de ce plan suivra les procédures arrêtées au sein du ministère.

L'intervention des autres (les agences d'exécution, les cabinets d'études, consultants individuels etc) en raisons de leur avantage comparatif interviendront dans ce plan sur la base d'arrangement contractuel..

5.3 Gestion du plan

Selon le dispositif institutionnel actuel du Ministère de la santé, la Cellule chargée de la promotion des mutuelles de santé, est l'agence d'exécution de ce plan. L'impact environnemental de ce projet est à appréhender en terme d'amélioration de l'accès des populations aux services de santé de qualité

5.4 Exécution du plan

5.4.1 Agence d'exécution du plan

La Cellule chargée de la promotion des mutuelles de santé d'Appui à la Mutualité et au Partenariat, service rattaché au Cabinet du Ministre de la Santé, assure la coordination des activités du présent plan. A cet effet elle est chargée du suivi de son exécution et de la coordination des activités des principaux intervenants.

La responsabilité financière de l'exécution de ce plan est confiée à la Direction de l'Administration Générale et de l'équipement qui assure la gestion financière du PNDS.

Par ailleurs l'ensemble des MCR et des MCD prendront part à la gestion de plan. Ils assureront la coordination régionale et de district de ce plan.

La Cellule chargée de la promotion des mutuelles de santé, agence d'exécution du plan pourra s'appuyer sur des expertises pour la réalisation des différentes activités.

5.4.2 Dispositions institutionnelles

5.4.2.1 LA Cellule chargée de la promotion des mutuelles de santé

La Cellule chargée de la promotion des mutuelles de santé assure la mise en œuvre du PSDMS. Cette Structure a pour mission d'assurer l'accès financier aux soins de santé par le développement de stratégies appropriées en vue de la mise en place d'un système de couverture maladie universelle et de développer le partenariat avec les collectivités locales, les comités de santé, les associations, les mutuelles de santé et organismes de prévoyance maladie. A ce titre, elle est chargée d'assurer:

- ❑ Le développement de l'assurance maladie volontaire ;
- ❑ La mise en place de mécanismes de solidarité en faveur de l'accès financier aux soins de santé des groupes vulnérables ;
- ❑ La régulation des prix et des tarifs des prestations sanitaires dans les structures publiques et privées ;
- ❑ La tutelle technique sur les mutuelles de santé et les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) ;
- ❑ La promotion de la contractualisation des services de santé.
- ❑ Le renforcement des capacités d'intervention des comités de santé

Dans la mise en œuvre du plan, la Cellule chargée de la promotion des mutuelles de santé est assisté d'un Comité de pilotage.

5.4.2.2 comite de pilotage du plan

Il est mis en place par arrêté du Ministre de la Santé . Il est composé:

1. Le Ministre de la Santé, **Président**
2. Le Président de la Commission Population, Santé et Affaires Sociales de l'assemblée Nationale,
3. Le Président de la Commission Santé et Affaires Sociales du Conseil de la République pour les Affaires Économiques et Sociales,
4. Le Représentant de la Primature,
5. Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, **Secrétaire**
6. Le Conseiller technique n°1 du Ministre de la Santé
7. L'Inspecteur des Affaires Administratives et Financières du Ministère de la Santé
8. Le Représentant de la CAS/PNDS.
9. Les Directeurs Nationaux du Ministère de la Santé.
10. Le Responsable de l'Éducation pour la Santé au Ministère de la Santé,
11. Le Responsable du Partenariat au Ministère de la Santé,
12. Le Responsable des Mutuelles de Santé au Ministère de la Santé,
13. Le Responsable des Comités de Santé au Ministère de la Santé,
14. Le Responsable des IPM au Ministère Chargé de la Fonction Publique
15. Les Représentants des Coordinations Régionales des Mutuelles de Santé
16. Le Représentant des Mutuelles de Santé socio-professionnelles
17. Les Représentants des Promoteurs de Mutuelles de Santé
18. Le Représentant du Ministère chargé de la Décentralisation
19. Le Représentant du Ministère de l'Intérieur,
20. Le Représentant du Ministère chargé du Développement Social
21. Le Représentant du Ministère des Finances
22. Le Représentant du Ministère chargé de la Micro-Finance
23. Le Représentant du Ministère chargé du Commerce
24. Le Représentant du Ministère chargé de l'Industrie et de l'Artisanat
25. Le Représentant du Ministère des Forces Armées
26. Le Représentant du CONGAD
27. Le Représentant du CNCR
28. Le Représentant de la FAFS
29. Le Représentant des Élus locaux
30. Trois Représentants des Partenaires au Développement (Nations Unies, Coopération Multilatérale, Coopération Bilatérale)

Le secrétariat du comité de suivi est assuré par un comité restreint présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Il prépare les réunions du comité de suivi et assure la mise en œuvre de ses recommandations.

Le comité se réunit tous les six mois pour faire la situation sur l'état d'avancement du projet, les difficultés rencontrées et indiquer les stratégies correctrices

5.5 Suivi/évaluation

Le suivi consistera à collecter et analyser de façon continue les informations concernant la mise en œuvre du PSDMS. Le suivi permet de suivre les progrès accomplis, de cerner les difficultés, faire un feed-back, de résoudre les problèmes.

Pendant que l'évaluation consistera en une collecte et analyse à intervalle régulier des informations sur l'efficacité et l'impact du PSDMS. Cette évaluation doit répondre à des questions comme : Pourquoi certaines activités ont un impact supérieur à d'autres ? Pourquoi des problèmes apparaissent ? Comment les résoudre et les éviter ?

La planification d'un bon suivi/évaluation doit être définie par :

- ❑ les indicateurs du PSDMS ;
- ❑ les objectifs quantifiés du PSDMS ;
- ❑ les activités du PSDMS;
- ❑ les indicateurs d'activités du PSDMS ;
- ❑ les niveaux de réalisation des activités ;
- ❑ les pratiques (aspects qualitatifs) ;
- ❑ les résultats (aspects quantitatifs).

5.5 1 Méthode de suivi

- ❑ rapports périodiques ou systématiques ;
- ❑ rapports de visite ou de supervision ;
- ❑ spécification de la fréquence du suivi.

5.5.2 Méthode d'évaluation

- ❑ enquêtes sur les dispensateurs de soins
- ❑ enquêtes communautaires
 - * Enquête sur les ménages
 - * Enquête sur une population cible
- ❑ revue complète du programme
- ❑ série de résultats de suivi
- ❑ études et enquêtes spéciales

5.6 Coordination

Elle joue un rôle important et essentiel. Elle permet de s'assurer que l'exécution des tâches suit les orientations retenues lors de la planification. La Cellule chargée de la promotion des mutuelles de santé doit jouer un rôle central dans la coordination du plan. La coordination peut s'appuyer sur :

- ❑ la mise en place de mécanismes de coordination simple
- ❑ organisation de rencontres périodiques
- ❑ harmonisation des activités exécutées par les différents intervenants à tous les niveaux
- ❑ redynamisation des comités de mobilisations sociales des réseaux existants
- ❑ définition des cadres de coordination aux différents niveaux

5.6.1 Instance de suivi/évaluation

.Au niveau districts :

Cadres de coordination technique

- Réunion des ECD: Elle réunit mensuellement autour du médecin chef de district l'ensemble des superviseurs placés sous son autorité
- Réunion coordination district: Elle réunit mensuellement l'ensemble des infirmiers chefs de poste, des superviseurs et des partenaires
- Réunion équipe cadre de district élargie

Au niveau régional

Cadres de coordination technique

- Réunion équipe cadre région
- Réunion coordinations régionales des MS
- Réunion équipe cadre de région élargie

Au niveau national

- *réunion hebdomadaire Cabinet MSHP*
- *Réunion de coordination de la Direction*
- *Réunion Annuelle Conjointe (RAC)*: Elle sera l'instance suprême de coordination. Placée sous la Présidence conjointe du Ministre de la Santé et de la Prévention et des finances, elle a lieu dans le courant de chaque dernier trimestre de l'année.
- *Comité interne de suivi*: Ce comité est placé sous la présidence du Ministre de la Santé et de la Prévention. Il est composé des représentants des partenaires au développement, des ministères des finances, de l'intérieur et des collectivités locales, des services techniques, des régions médicales. Ce comité se réunit trimestriellement.
- *Cadre de coordination des différents acteurs de la mutualité*
- *Coordination nationale des mutuelles de santé*

ANNEXES

Annexe I : Suivi et Evaluation–Matrices des Objectifs, Résultats Attendus et Indicateurs

Objectif/Résultats Attendus	Indicateur	Niveau	Périodicité	Mesure de l'indicateur	Sources de données
Objectif Spécifique 1 : Mettre en place un environnement favorable au développement des mutuelles de santé					
Résultat Attendu 1.1 : Une base compréhensive d'information sur la mutualité disponible pour appuyer les actions de développement des mutuelles de santé dans le pays	Indicateur 1.1.1 Disponibilité d'un document sur la situation des mutuelles de santé au Sénégal	National	Par An	Publication du rapport annuel sur la situation des mutuelles de santé au Sénégal avant la fin du mois de Mars	Ministère de la Santé et de la Prévention (MS)/Cadre National de Concertation (CNC) Système d'Information des Mutuelles de Santé (SIMS)
	Indicateur 1.1.2 Nombre d'études réalisées sur les mutuelles de santé et la mutualité au Sénégal	National	Par An	Recensement du nombre d'études portant sur les mutuelles de santé et la mutualité en matière de santé au Sénégal	MS/CNC SIMS
Résultat Attendu 1.2 : Des matériels de formation adaptés aux besoins des acteurs de la mutualité disponibles	Indicateur 1.2.1 Disponibilité d'un plan de formation des dirigeants et gestionnaires des mutuelles de santé	National	Première Année du Plan	Document de plan de formation des dirigeants et gestionnaires des mutuelles de santé adopté par les parties prenantes clés	MS/CNC
	Indicateur 1.2.2 Disponibilité de manuels de formation dans la mise en place, la gestion, ou le suivi des mutuelles de santé	National	Tous les deux ans	Enumération des manuels de formation produits par les parties prenantes clés	MS CNC SIMS
Résultat Attendu 1.3 Des moyens de communication adaptés mis en place pour supporter la	Indicateur 1.3.1 Disponibilité d'un document de stratégie de communication validé	National	Première Année du Plan	Rapport de l'atelier de validation du document de stratégie de communication	MS CNC SIMS

promotion des mutuelles de santé	Indicateur 1.3.2 Organisation de la journée nationale de la mutualité	National	Par An	Rapport sur l'organisation de la journée nationale de la mutualité	MS CNC SIMS
Résultat Attendu 1.4 Un cadre national de concertation effectif pour faciliter les échanges d'information et d'expériences entre les acteurs du développement des mutuelles de santé	Indicateur 1.4.1 Nombre d'ateliers d'information, d'échanges d'expériences, de restitution de travaux de recherche organisés avec l'implication des membres du CNC	National	Par An	Rapports des ateliers d'information, d'échanges d'expériences, et de restitution de travaux de recherche organisés par les membres du CNC	MS CNC CRMS SIMS
	Indicateur 1.4.2 Participation des représentants des unités régionales de coordination des mutuelles de santé au Forum de la Concertation Régionale	National	Tous les Deux Ans	Enumération des représentants des unités régionales de coordination des mutuelles de santé au Forum de la Concertation Régionale	MS CNC CRMS
Résultat Attendu 1.5 Le développement des mutuelles de santé est soutenu par des interventions concertées de l'Etat	Indicateur 1.5.1 Disponibilité d'un décret portant application de la loi relative aux mutuelles de santé	National	Première Année du Plan	Publication du décret portant application de la loi relative aux mutuelles de santé dans le journal officiel du Sénégal	MS CNC CRMS
	Indicateur 1.5.2 Disponibilité d'une structure d'appui aux mutuelles de santé fonctionnelle au niveau central	Central	Par An	Rapport d'activités annuel de la structure d'appui aux mutuelles de santé avant la fin du mois de Mars	MS CNC
Résultat Attendu 1.6 Des décideurs de politique et des administrateurs bien informés des expériences du développement de la mutualité aux niveaux régional et global	Indicateur 1.6.1 Disponibilité d'un manuel de procédures portant sur l'octroi et le retrait de l'agrément des mutuelles de santé conformes aux textes et des meilleures pratiques en vigueur	National	Première Année du Plan	Publication du manuel de procédures portant sur l'agrément des mutuelles de santé	MS CNC CRMS

	Indicateur 1.6.2 Nombre de voyages d'études effectués par les agents de l'état et les dirigeants des mutuelles de santé dans les autres pays dont les résultats sont disséminés	National	Par An	Rapports des ateliers de restitution des voyages d'études sur les mutuelles de santé	MS CNC
Objectif/Résultats Attendus	Indicateur	Niveau	Périodicité	Mesure de l'indicateur	Sources de données
Objectif spécifique 2 : Accroître l'adhésion des populations dans les mutuelles de santé à base communautaire dans toutes les régions du pays					
Résultat Attendu 2.1 Des mutuelles de santé à base communautaire viables dans chacune des régions du Sénégal	Indicateur 2.1.1 Nombre de mutuelles de santé à base communautaire qui ont assuré <i>régulièrement</i> la prise en charge de leurs bénéficiaires	Région	Par An	Enumération des mutuelles de santé à base communautaire fonctionnelles qui ont assuré <i>régulièrement</i> la prise en charge de leurs bénéficiaires dans chaque région au 31 Décembre	MS CNC CRMS SIMS
	Indicateur 2.1.2 Nombre de bénéficiaires couverts par les mutuelles de santé à base communautaire fonctionnelles	Région	Par An	Nombre de bénéficiaires au 31 Décembre des mutuelles de santé dénombrées par Indicateur 2.1.1	MS CNC CRMS SIMS
Résultat Attendu 2.2 Des structures d'auto-encadrement des mutuelles de santé de proximité fonctionnelles dans toutes les régions du Sénégal	Indicateur 2.2.1 Nombre d'unités régionales de coordination des mutuelles de santé fonctionnelles	National	Par An	Enumération des unités régionales de coordination des mutuelles de santé disposant d'un siège et de bureaux fonctionnels	MS CNC CRMS SIMS
	Indicateur 2.2.2 Nombre de conventions de collaboration établies entre les promoteurs et les structures d'appui aux mutuelles de santé et les unités régionales de coordination	National	Par An	Enumération des conventions de collaboration actives au 31 Décembre entre les structures d'appui et les unités régionales de coordination	MS CNC CRMS
Résultat Attendu 2.3 : Des acteurs de la mutualité bien formés dans la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles de santé à base	Indicateur 2.3.1 Nombre des membres des bureaux des mutuelles de santé formés en gestion et suivi des mutuelles de santé	Région	Par An	Enumération des membres des bureaux des mutuelles de santé ayant participé dans des ateliers de formation en gestion et suivi des mutuelles de santé au cours de l'année	MS/CNC CRMS

communautaire	Indicateur 2.3.2 Nombre de formateurs régionaux formés/recyclés	National	Par An	Enumération des formateurs régionaux formés et recyclés au cours de l'année	MS CRMS CNC
Résultat Attendu 2.4 : Des populations bien informées sur les fondements, l'organisation et le fonctionnement des M.S.C	Indicateur 2.4.1 Nombre de contrats de promotion de la mutualité passés avec les stations régionales de radio ou les radios communautaires	Région	Par An	Enumération du nombre de contrats avec les stations régionales de radio ou les radios communautaires	MS CNC CRMS
	Indicateur 2.4.2 Proportion (%) de la population adulte qui connaît l'objet d'une mutuelle de santé	Région	Tous les Cinq Ans	Numérateur : Population âgée de 15 ans et plus qui connaît l'objet d'une mutuelle de santé Dénominateur : Population âgée de 15 ans et plus	MS Direction de la Statistique et de la Prévision (Enquête Nationale)
Résultat Attendu 3.1 Des mutuelles de santé mises en place au niveau de la majorité des organisations socioprofessionnelles d'envergure	Indicateur 3.1.1 Nombre d'organisations socioprofessionnelles d'envergure qui disposent d'une mutuelle de santé qui a assuré régulièrement la prise en charge de leurs bénéficiaires	National	Par An	Enumération des mutuelles de santé basées sur les organisations socioprofessionnelles d'envergure au 31 Décembre	MS CNC CRMS SIMS
	Indicateur 3.1.2 Nombre de bénéficiaires couverts par les mutuelles de santé basées sur les organisations socioprofessionnelles d'envergure	National	Par An	Nombre de bénéficiaires au 31 Décembre des mutuelles de santé dénombrées par Indicateur 3.1.1	MS CNC CRMS SIMS
Résultat Attendu 3.2					
Résultat Attendu 3.3 : Des acteurs de la mutualité bien formés dans la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles de santé d'envergure nationale	Indicateur 3.3.1 Nombre de membres des bureaux des mutuelles de santé d'envergure nationale formés/recyclés en gestion et suivi des mutuelles de santé	National	Par An	Enumération des membres des bureaux des mutuelles de santé d'envergure nationale ayant participé dans des ateliers de formation ou de recyclage en gestion et suivi des mutuelles de santé au cours de l'année	MS CNC CRMS

Résultat Attendu 3.4 : Des populations bien informées sur les fondements, l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé d'envergure nationale	Indicateur 3.4.1 Nombre de contrats de promotion de la mutualité passés avec les stations nationales de radio	National	Par An	Enumération du nombre de contrats de promotion de la mutualité avec les stations nationales de radio	MS CNC CRMS
	Indicateur 3.4.2 Proportion (%) de la population membre d'une organisation socioprofessionnelle qui connaît l'objet d'une mutuelle de santé	National	Tous les Cinq Ans	Numérateur : Population âgée de 15 ans qui est membre d'une organisation socioprofessionnelle d'envergure nationale et qui connaît l'objet d'une mutuelle de santé Dénominateur : Population âgée de 15 ans qui est membre d'une organisation socioprofessionnelle d'envergure nationale	MS Direction de la Statistique et de la Prévision (Enquête Nationale)
Objectif spécifique 4 : Renforcer la contribution des mutuelles de santé dans la protection des revenus des ménages					
Résultat Attendu 4.1 : Des relations entre mutuelles de santé et prestataires de soins santé qui contribuent à la réduction des coûts dans la santé	Indicateur 4.1.1 Proportion (%) de mutuelles de santé fonctionnelles dont les relations contractuelles avec les prestataires incluent des dispositions sur la prescription des médicaments essentiels génériques <u>ou</u> l'application de tarifs forfaitaires dans les modalités de paiement	National	Par An	Numérateur : Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles dont les relations contractuelles avec les prestataires incluent des dispositions sur la prescription des médicaments essentiels génériques <u>ou</u> l'application de tarifs forfaitaires dans les modalités de paiement Dénominateur : Indicateur 2.1.1+Indicateur 3.1.1	MS CNC CRMS SIMS
	Indicateurs 4.1.2 Proportion (%) de mutuelles de santé fonctionnelles qui mènent des activités préventives auprès de leur population cible dans au-moins deux (2) domaines de santé prioritaires	National	Par An	Numérateur : Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles qui mènent des activités préventives auprès de leur population cible dans au-moins deux (2) domaines de santé prioritaires Dénominateur : Indicateur 2.1.1+Indicateur 3.1.1	MS CNC CRMS SIMS

Résultat Attendu 4.2 : Des mutuelles de santé qui participent dans la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables en collaboration avec l'Etat, les collectivités locales, les comités de santé et les partenaires extérieurs.	Indicateur 4.2.1 Proportion (%) de mutuelles de santé fonctionnelles qui participent dans la prise en charge des indigents	National	Par An	Numérateur : Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles qui participent dans la prise en charge des indigents Dénominateur : Indicateur 2.1.1+Indicateur 3.1.1	MS CNC CRMS SIMS
	Indicateur 4.2.2 Démarrage d'une expérience pilote de la subvention des soins tertiaires des paquets de bénéfices des mutuelles de santé à base communautaire avec l'appui de l'Etat	National	Avant la troisième année du plan	Rapport de l'atelier de lancement d'une expérience pilote de la subvention des soins tertiaires des paquets de bénéfices des mutuelles de santé à base communautaire avec l'appui de l'Etat	MS CNC
Résultat Attendu 4.3: Des mutuelles de santé dont la viabilité est soutenue par des partenariats effectifs avec les organisations locales existantes	Indicateur 4.3.1 Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles associées à un schéma de micro-crédit/épargne	Région	Par An	Enumération des mutuelles de santé fonctionnelles associées à un schéma de micro-crédit/épargne	MS CNC CRMS SIMS
	Indicateur 4.3.2 Nombre de mutuelles de santé à base communautaire dont la population cible couvre une collectivité locale ou plusieurs CL	Région	Par An	Enumération des mutuelles de santé à base communautaire dont la population cible couvre une collectivité locale ou plus	MS CNC CRMS SIMS

Synthèse du budget

DEPENSES (EMPLOIS)		SOURCES DE FINANCEMENT	
LIBELLES	MONTANT	PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	
1 - Développement des capacités d'implantation			
1.1 – Appui au fonctionnement des coordinations régionales	765 000 000		
1.2 – Appui au développement des ressources humaines	306 000 000		
1.3 – Suivi des Mutuelles de santé	153 000 000		
1.4 – Etudes de faisabilité d'autres mutuelles	160 000 000		
1.5 – Appui pour les textes de base des mutuelles	60 000 000		
1.6 – Appui aux mutuelles d'envergure nationale	650 000 000		
1.7 – Ateliers de sensibilisation des mutuelles paysannes	50 000 000		
1.8 – étude préliminaire d'inventaire de ces mutuelles	20 000 000		
1.9 – étude de faisabilité des mutuelles socioprofessionnelles	150 000 000		
1.10 – appui à la mise en place de fonds de garantie	110 000 000		
S/T 1	2 424 000 000		
2 – renforcement des capacités Acteurs			
2.1 – Système d'information et de gestion	500 000 000		
2.2 – Formation et recherche	100 000 000		
2.3 – Recherche action	50 000 000		

DEPENSES (EMPLOIS)		SOURCES DE FINANCEMENT	
LIBELLES	MONTANT	PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	
S/T2	650 000 000		
LIBELLES	MONTANT		
3 – Plan de Communication pour promotion mutuelles			
3.1 – Stratégie de communication			
3.1.1 – Plaidoyer auprès des autorités	110 000 000		
3.1.2 – Marketing social	300 000 000		
3.1.3 – Formation membres des Comités d(Initiatives	150 000 000		
3.1.4 – Journée Nationale Mutualité	125 000 000		
S/T 3.1	685 000 000		
3.2 - Cadre National de Concertation			
3.2.1 – Echanges d’expériences	125 000 000		
3.2.2 – Prise en charge Conseil National de concertation	30 000 000		
S/T 3.2	155 000 000		
S/T 3	840 000 000		
4 – Partenariats effectifs entre acteurs			
4.1 – Développement partenariats effectifs entre acteurs			
4.1.1 – Ateliers de formation des prestataires de service	110 000 000		

DEPENSES (EMPLOIS)		SOURCES DE FINANCEMENT	
LIBELLES	MONTANT	PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	
4.1.2 – Ateliers polyvalents	40 000 000		
<i>S/T 4.1</i>	150 000 000		
4.2 – Partenariat entre Mutuelles et acteurs publics et privés			
4.2.1 – renforcement ancrage mutuelle communautaires	P M		
4.2.2 – partenariat Mutuelle santé et micro-finance	P M		
LIBELLES	MONTANT		
4.2.2 – partenariat Mutuelle santé et micro-finance	P M		
4.2.3 – Mutualisation du risque maladie	P M		
4.2.4 – Schéma de prise en charge des indigents (étude et restitution)	25 000 000		
<i>S/T 4.2</i>	25 000 000		
S/T4	175 000 000		
5 – Renforcement appui de l’Etat			
5.1 – Cadre de développement des mutuelles			
5.1.1- Atelier finalisation du cadre juridique	15 000 000		
5.1.2 – Personnel d’appui	36 000 000		
5.1.3 – Appui logistique	50 000 000		

DEPENSES (EMPLOIS)		SOURCES DE FINANCEMENT	
LIBELLES	MONTANT	PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	
5.1.4 – Fonctionnement CAMICS	250 000 000		
<i>S/T5.1</i>	351 000 000		
5.2 – Formation et voyages d'études acteurs	200.000.000		
<i>S/T 5.2</i>	200.000.000		
S / T 5	551 000 000		
TOTAL GENERAL	4 640 000 000	TOTAL GENERAL	4 640 000 000

Annualisation du budget

ACTIVITES	PERIODE					
	AN I	AN II	AN III	AN IV	AN V	TOTAL
1 - Développement des capacités d'implantation						
1.1 Appui au fonctionnement des coordinations régionales	135 000 000	135 000 000	165 000 000	165 000 000	165 000 000	765 000 000
1.2 – Appui au développement des ressources humaines	54 000 000	54 000 000	66 000 000	66 000 000	66 000 000	306 000 000
1.3 – Appui à la gestion et au suivi des Mutuelles de santé	27 000 000	27 000 000	33 000 000	33 000 000	33 000 000	153 000 000
1.4 – Etudes de faisabilité pour favoriser la création d'autres mutuelles	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000		160 000 000
1.5 Appui pour les textes de base des CR de mutuelles			20 000 000	20 000 000	20 000 000	60 000 000
1.6 Appui aux mutuelles socioprofessionnelles	100 000 000	100 000 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	650 000 000
1.7 Ateliers de sensibilisation autres organisations socioprofessionnelles	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
1.8 étude préliminaire d'inventaire de ces organisations	10 000 000			10 000 000		20 000 000
1.9 étude de faisabilité des M.S socioprofessionnelles		50 000 000	50 000 000	50 000 000		150 000 000
1.10 appui à la mise en place de fonds de garantie	10 000 000	10 000 000	90 000 000			110 000 000
<i>S/T 1</i>						2 424 000 000
2 – renforcement des capacités des Acteurs						
2.1 – Système d'information et de gestion	100.000.000	100.000.000	100.000.000	100.000.000	100.000.000	500 000 000
2.2 – Formation et recherche	20.000.000	20.000.000	20.000.000	20.000.000	20.000.000	100 000 000
2.3 – Recherche action	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000	50 000 000
<i>S/T2</i>						650 000 000

ACTIVITES	PERIODE					
	AN I	AN II	AN III	AN IV	AN V	TOTAL
3 – Plan de Communication pour promotion mutuelles						
3.1 – Stratégie de communication						
3.1.1 – Plaidoyer auprès des autorités	55.000.000			55.000.000		110 000 000
3.1.2 – Marketing social	60.000.000	60.000.000	60.000.000	60.000.000	60.000.000	300 000 000
3.1.3 – Formation membres des Comités d’Initiatives	30.000.000	30.000.000	30.000.000	30.000.000	30.000.000	150 000 000
3.1.4 – Journée Nationale Mutualité	25.000.000	25.000.000	25.000.000	25.000.000	25.000.000	125 000 000
S/T 3.1						685 000 000
3.2 - Cadre National de Concertation						
3.2.1 – Echanges d’expériences	25.000.000	25.000.000	25.000.000	25.000.000	25.000.000	125 000 000
3.2.2 – Prise en charge Conseil National de concertation	10.000.000		10.000.000		10.000.000	30 000 000
S/T 3.2						155 000 000
S/T 3						840 000 000
4 – Partenariats effectifs entre acteurs						
4.1 – Développement partenariats effectifs entre acteurs						
4.1.1 – Ateliers de formation des prestataires de service	55.000.000			55.000.000		110 000 000
4.1.2 – Ateliers polyvalents	20.000.000	20.000.000				40 000 000
S/T 4.1						150 000 000

ACTIVITES	PERIODE					
	AN I	AN II	AN III	AN IV	AN V	TOTAL
4.2 – Partenariat entre Mutuelles et acteurs publics et privés						
4.2.1 – renforcement ancrage mutuelle communautaires						P M
4.2.2 – partenariat Mutuelle santé et micro-finance						P M
4.2.3 – Mutualisation du risque maladie						P M
4.3 – Schéma de prise en charge des indigents (étude et restitution)		25.000.000				25 000 000
<i>S/T 4.3</i>						25 000 000
S/T4						175 000 000
5 – Renforcement appui de l’Etat						
5.1 – Cadre institutionnel de développement des M.S						
5.1.1- Atelier finalisation du cadre juridique	15.000.000					15 000 000
5.1.2 – Renforcement CAMICS en ressources humaines	7.200.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000	36 000 000
5.1.3 – Appui logistique à la CAMICS	20.000.000	30.000.000				50 000 000
5.1.4 – Fonctionnement CAMICS	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000	250 000 000
<i>S/T5.1</i>						351 000 000

ACTIVITES	PERIODE					
	AN I	AN II	AN III	AN IV	AN V	TOTAL
5.2 – Formation et voyages d'études acteurs	40.000.000	40.000.000	40.000.000	40.000.000	40.000.000	200.000.000
S / T 5						551 000 000
TOTAL	928 200 000	868 200 000	1 001 200 000	1 021 200 000	821 200 000	4 640 000 000