



## **Bureau international du Travail**

Equipe d'Appui Technique de l'OIT au travail décent pour l'Afrique Occidentale et Bureau pays de l'OIT pour le Sénégal, le Bénin, le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Togo (ETD-BP/Dakar)

# **Etude technique sur la branche santé du Régime Simplifié pour les Petits Contribuables (RSPC) au Sénégal**

## **Rédaction**

Docteur Pascal PERROT  
Caisse Nationale du Régime Social des Indépendants  
Directeur de la gestion des Risques et de l'action sociale  
Médecin Conseil National  
GIP Santé Protection Sociale Internationale

## Synthèse

Par lettre de mission datée du 13 novembre 2013, le GIP Santé Protection Sociale International (GIPSPSI), dans le cadre d'une convention signée le 9 décembre 2011 avec l'Organisation Internationale du Travail (OIT) a saisi un expert du Régime Social des Indépendants (RSI) d'une demande d'une étude technique sur le projet d'un Régime Simplifié pour les Petits Contribuables (RSPC)

Ce projet porté par le Bureau international de Dakar (BIT) et le Ministère du travail du Sénégal, a pour objectif général de promouvoir l'inclusion sociale des travailleurs de l'économie informelle et l'accompagnement de leur transition vers la formalité. La mise en place d'un régime obligatoire, progressif, intégré et simplifié en est un des principaux objectifs opérationnels.

C'est en effet plus de 2 200 000 travailleurs du secteur informel qui sont exclus par la loi de toute protection sociale. Seuls les fonctionnaires et les salariés stables disposent d'une protection maladie obligatoire, les autres travailleurs pouvant s'affilier dans des mutuelles ou contracter avec des assurances privées. Au total, il est admis que près de 80% de la population ne dispose d'aucune couverture sociale, alors que l'état sanitaire du pays reste préoccupant, malgré d'importants progrès, notamment en matière de lutte contre le paludisme et de taux de décès néonataux.

Dans un tel contexte, la mise en place d'un régime spécifique pour les travailleurs du secteur informel s'avère possible, sous réserve d'un fort ancrage avec les structures existantes. Ainsi, seule une structure nationale nouvelle est à imaginer car les propositions formulées se veulent réalistes. Le reste du dispositif est bâti avec les actuels acteurs, mais avec des missions et des relations redéfinies, l'exemple du RSI montrant qu'un tel système n'est pas que théorique.

D'un point de vue très concret, il est tout à fait possible, pour encourager les affiliations à cette nouvelle branche maladie, de construire une offre attractive et abordable. En effet, la mise en place d'un paquet de soins répondant aux besoins de cette population est un préalable à toute adhésion. De plus, la démonstration de la soutenabilité financière d'une formule socle universelle est réalisée. En effet, pour une cotisation individuelle forfaitaire abordable et superposable à celle des autres dispositifs, les travailleurs de l'économie informelle peuvent bénéficier d'une couverture maladie de base. Ce dispositif nouveau, sans révolutionner les relations entre les acteurs en place, s'inscrit parfaitement dans les choix politiques récents en matière de protection sociale. Le RSPC doit être un levier pour mettre en place la Couverture maladie universelle (CMU).

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Etat des lieux des dispositifs de protection sociale de sante au Sénégal</b> .....	<b>6</b>
1.1 LE SYSTEME DE SANTE ET LA SITUATION SANITAIRE : UN MAILLAGE DU TERRITOIRE IMPORTANT POUR DES RESULTATS CONTRASTES.....	6
1.2 LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE : COMPLEXE, PARTIEL ET PEU PERFORMANT.....	8
1.2.1 - <i>SOCLE OBLIGATOIRE</i> .....	8
1.2.2 <i>PROTECTION VOLONTAIRE DU RISQUE MALADIE</i> .....	9
1.2.3 <i>LA COUVERTURE MALADIE</i> : .....	10
1.3 POLITIQUE DE SANTE, UNE VOLONTE FORTE POUR METTRE EN PLACE LA CMU .....	13
<b>2. PROPOSITIONS POUR METTRE EN PLACE LA BRANCHE MALADIE DU RSPC</b> .....	<b>15</b>
2.1 EXEMPLE DU REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS (RSI) : UNE GESTION GLOBALE ET COMPLETE DE LA PROTECTION SOCIALE DU CHEF D'ENTREPRISE FRANÇAIS.....	15
2.2 ENJEUX DU SECTEUR INFORMEL : LE RSPC COMME REPONSE A UN ENJEU NATIONAL, EN S'APPUYANT SUR L'EXISTANT .....	16
2.3 PROPOSITIONS : PRAGMATISME ET REALISME .....	17
2.3.1 <i>REGIME OBLIGATOIRE OU VOLONTAIRE ?</i> .....	17
2.3.2 <i>LE CHOIX DE GESTIONNAIRES DE LA BRANCHE MALADIE</i> .....	18
2.3.3 <i>METTRE EN PLACE UNE GOUVERNANCE SPECIFIQUE</i> .....	18
2.3.4 <i>UTILISATION DES STRUCTURES EXISTANTES COMME ORGANISMES GESTIONNAIRES DU RSPC</i>	18
2.3.5 <i>COTISATIONS AU RSPC POUR LA BRANCHE MALADIE</i> .....	19
2.3.6 <i>VERSEMENT DES PRESTATIONS</i> .....	20
<b>3. PISTES CONCRETES</b> .....	<b>22</b>
3.1 DEFINITION D'UN PAQUET DE SOINS ADAPTE AU RSPC : UNE FORMULE SOCLE UNIVERSELLE, ATTRACTIVE, ET EN LIEN AVEC LES BESOINS DE BASE DES ADHERENTS. ....	22
3.2 DEFINITION DES MECANISMES D'INTERRELATION ENTRE LES ACTEURS : UNE MOBILISATION DE L'EXISTANT A PARTIR D'UN PILOTAGE NATIONAL FORT.....	23
3.3 ESTIMATION DES COUTS ET PRIMES DE LA BRANCHE MALADIE DU RSPC : UNE PREMIERE CONSTRUCTION EMPIRIQUE A PARTIR DES DONNEES EXISTANTES.....	25
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>27</b>
<b>LISTE DES PROPOSITIONS</b> .....	<b>28</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISES</b> .....	<b>29</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES</b> .....	<b>30</b>

## INTRODUCTION

Par lettre de mission datée du 13 novembre 2013, le GIP Santé Protection Sociale International (GIP SPSI), dans le cadre d'une convention signée le 9 décembre 2011 avec l'Organisation Internationale du Travail (OIT) a saisi un expert du Régime Social des Indépendants (RSI) pour réaliser, au Sénégal, une étude technique sur la branche santé d'un projet de Régime Simplifié pour les Petits Contribuables (RSPC). L'étude attendue devait comprendre :

- un état des lieux des dispositifs de protection sociale de santé au Sénégal
- des propositions pour mettre en place la branche maladie du RSPC
- des pistes concrètes pour la définition d'un paquet de soins adapté au RSPC, la définition des mécanismes d'interrelation entre les acteurs et une estimation des coûts de la branche maladie du RSPC.

L'articulation de ce dispositif avec l'existant et sa soutenabilité financière devaient faire l'objet d'une attention particulière.

Cette mission s'inscrivait plus largement dans l'appui apporté par le Bureau International du Travail (BIT) au Gouvernement du Sénégal, notamment dans son soutien technique au Ministère de la fonction publique du travail du dialogue social et des organisations professionnelles, pour l'extension de la protection sociale à l'économie informelle à travers la mise en place d'un RSPC.

Un premier rapport « socle » du BIT<sup>1</sup>, présentant les problématiques, les stratégies d'extension de la protection sociale au Sénégal, ainsi que des propositions pour mettre en place un RSPC, a été présenté en Mai 2013 dans le cadre d'un atelier tripartite (travailleurs, employeurs et gouvernement). Le Ministre du Travail a demandé la poursuite des travaux et quatre rapports additionnels relatifs, à l'administration de ce régime, au choix des secteurs et des mesures incitatives à promouvoir, aux pensions et à la santé sont attendus pour la fin de l'année. Un dialogue national, organisé par le Ministère du travail, est prévu en février 2014 à partir des éléments fournis par les différents rapports. A l'issue, un document projet, sur la base de 7 volets (pilotage, cadre juridique, secteurs-incitations, système d'information, communication, suivi-évaluation, mise en œuvre) sera remis au Gouvernement. Une Loi est attendue en 2015, pour une mise en œuvre progressive du RSPC.

Le présent rapport additionnel porte sur la branche santé du futur RSPC.

Il est très vite apparu à l'auteur, à travers les auditions des personnes rencontrées et les documents consultés, que l'analyse de l'existant ne pouvait représenter qu'un élément de réflexion et qu'il fallait surtout intégrer les différents projets en cours. En effet, qu'ils s'agissent des récentes déclarations du Président de la République en matière de CMU, des projets portés par les Ministères de la Santé ou du Travail, des engagements pris par les partenaires internationaux, ou des initiatives des acteurs locaux, la protection sociale est aujourd'hui l'objet de nombreux débats. Faire des propositions pertinentes pour un nouveau dispositif de protection social implique donc de prendre en compte toutes les dynamiques actuelles.

Pour mener ses investigations, l'auteur a rencontré les principaux acteurs et responsables de la protection sociale du Sénégal : cabinet ministériel, directions d'administration, partenaires internationaux, responsables de mutuelles et d'Institutions de prévoyance maladie (IPM) et professionnels de santé.

---

<sup>1</sup> Extension de la protection sociale à l'économie informelle : vers un régime simplifié pour les petits contribuables (RSPC) au Sénégal, BIT, ETD-BP/Dakar, mai 2013

Il s'est attaché à recueillir les réflexions et les propositions de ces interlocuteurs et les adresses électroniques jointes au rapport précisent les sources des données disponibles en matière de protection sociale. Les propositions émises n'engagent que son auteur.

# 1. Etat des lieux des dispositifs de protection sociale de sante au Sénégal

## 1.1 Le système de santé et la situation sanitaire : un maillage du territoire important pour des résultats contrastés.

L'organisation du système de santé au Sénégal se présente sous forme pyramidale à trois niveaux :

- l'échelon périphérique est constitué de 50 districts sanitaires. C'est l'unité opérationnelle de proximité responsable des dimensions curative, préventive, sociale et éducative de la médecine. Chaque district est constitué de centres de santé (78 au total) et d'un réseau de postes de santé (1112 au total) qui supervisent 1703 cases de santé et les maternités rurales. Chaque district comprend au minimum un centre de santé et un réseau de poste de santé et couvre une population de 50 000 à 150 000 habitants.
- l'échelon régional compte 14 régions médicales correspondant aux régions administratives. Chaque région médicale assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privée de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leurs tâches administratives, de gestion et de planification.
- l'échelon central comprend outre le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés.

La situation sanitaire s'est améliorée sur de nombreux points ces dernières années, notamment en matière de lutte contre le paludisme. Depuis 2006 les indicateurs nationaux ont baissé de manière drastique, passant de 33% à 4% pour le taux de morbidité et de 18% à moins de 4% pour le taux de mortalité, une élimination totale étant attendue pour 2015 (sources OMS<sup>2</sup>). Il en est de même en matière de décès néonatal : en 1990, 41 bébés sur 1000 n'atteignaient pas le premier mois de vie, en 2012, ce nombre a été pratiquement divisé par deux avec 24 décès pour 1000 naissances (sources OMS).

Ces progrès, selon les profils réalisés par l'OMS, placent globalement le Sénégal devant les autres pays de la région, notamment en matière de prévalence de la tuberculose et du HIV, et de taux de mortalité infantile, alors que ses ressources en médecins et en infirmières sont nettement inférieures, le quart pour les médecins et la moitié pour les infirmières. Selon le Président National de l'Ordre des Médecins du Sénégal, près de 2000 médecins sont inscrits au tableau, pour moitié en section A (activité publique) et pour moitié en section B (activité libérale).

Ces bons résultats sont probablement en lien avec les grands programmes nationaux en place. Les principaux concernent le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les infections nosocomiales ou encore la drépanocytose.

Pour tout ce qui est hors programmes nationaux, l'accès aux soins reste marginal. La question du lien avec le niveau de couverture maladie qui avoisine les 20% de la population est posée. La deuxième Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal<sup>3</sup> (ESPS-II 2011) permet de disposer d'éléments qualitatifs et de mieux connaître les modalités de recours au système de soins. Cette enquête ESPS-II a été réalisée par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), du Ministère de l'Économie et des Finances (MEF).

---

<sup>2</sup> Données OMS disponibles à l'adresse : [www.who.int/nha/country/sen/fr](http://www.who.int/nha/country/sen/fr)

<sup>3</sup> Deuxième enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, Ministère de l'économie et des finances, mai 2013

Ainsi, il ressort un faible recours aux consultations par la population totale : durant la période d'observation, 85% n'ont pas consulté un personnel de santé. Le taux de fréquentation des structures sanitaires et des tradipraticiens par des personnes malades ou non varie peu selon le milieu de résidence (15,2% en milieu rural; 15,0% à Dakar et 14,7% dans les autres centres urbains). En ce qui concerne les malades, il est à signaler qu'environ une personne sur deux a eu une consultation.

De plus, il apparaît, quel que soit le milieu de résidence, que les structures publiques de santé sont les plus consultées par les personnes ayant un problème de santé quelconque, comparativement aux structures privées. En effet, en milieu rural, une personne ayant un problème de santé sur dix, consulte des structures de santé privées (9,8%) alors que neuf personnes sur dix ont recours aux structures publiques (89,4%). Dans les centres urbains autres que Dakar, huit personnes malades sur dix ont recours à une structure de santé publique (80,0%) contre seulement deux individus malades sur dix qui vont dans le privé (18,5%) pour une consultation médicale. En milieu urbain dakarois, c'est un peu plus du quart des individus malades qui ont recours au privé.

Globalement au niveau national, l'offre publique (83,6%) est plus consultée que le privé (15,3%) par les personnes malades.

Toujours selon cette enquête, pour ce qui est des raisons de non utilisation des services de santé, 9 enquêtés sur 10 répondent que la raison de non fréquentation des structures sanitaires se justifie par le fait qu'ils ne le jugent pas nécessaire. L'automédication est citée par 9,0% des personnes comme cause de la non-utilisation des services de santé tandis que 7,5% n'utilisent pas les services de santé à cause de leur coût. En ce qui concerne l'éloignement, il n'est cité que par 1,4% des personnes. Ce qui amène à un faible niveau de dépenses : en moyenne, les dépenses annuelles de santé s'élèvent à 2461 francs CFA par personne.

La structure des dépenses de santé varie sensiblement selon le milieu de résidence indiquant ainsi que les habitudes en matière de prise en charge des questions de santé, diffèrent entre les citadins et les ruraux. Ces derniers dépensent moins pour leur santé: 1 764 francs CFA par individu contre 2 766 francs CFA par citadins des autres villes et 3 857 francs CFA par citadins habitant le milieu urbain dakarois, par an.

Une enquête récente (Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé<sup>4</sup>) réalisée en 2012-2013 par l'ANSD et le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale permet une première approche qualitative de l'offre. Elle est conçue pour fournir des informations détaillées sur la prestation des services et le fonctionnement des divers éléments du système de santé pouvant affecter la qualité des services. Elle s'intéresse principalement aux services de la santé de l'enfant, aux services de maternité, aux services de planification familiale, aux services pour les maladies transmissibles comprenant les IST, le Paludisme, la tuberculose (TB), le VIH/ SIDA et aux services pour les maladies non transmissibles comprenant le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques.

Ainsi, pour ce qui concerne les pathologies chroniques n'appartenant pas aux programmes nationaux, l'enquête montre que 91 % des structures enquêtées offrent des services du diabète, 96 % offrent des services de maladies cardiovasculaires, et 95 % offrent des services de maladies respiratoires chroniques. Cependant, les moyens restent limités ; parmi les structures offrant le traitement du diabète, à peu près un quart seulement étaient capables de réaliser la glycémie (19 %), la glycosurie (25 %) et la protéinurie (25 %). De même, la disponibilité des médicaments pour la prise en charge du diabète est très faible; seulement 2 % des structures disposaient d'insuline, 3 % de glibenclazide et 4 % de

---

<sup>4</sup> Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS) du Sénégal 2012-2013, ANSD, Ministère de la santé et de l'action sociale, septembre 2013

metformine. Quant au soluté de glucose, il était disponible dans 42 % de ces structures le jour de l'enquête. Le constat est identique pour les médicaments à visée cardio vasculaire et respiratoire.

Pour l'OMS, en 2009, l'espérance de vie à la naissance était au Sénégal de 60 ans pour les hommes et de 62 ans pour les femmes, et pour l'ONU<sup>5</sup>, l'espérance de vie en 2010, était de 61,8 pour les hommes et de 64,7 pour les femmes (derniers chiffres officiels connus).

## **1.2 Le système de protection sociale : complexe, partiel et peu performant**

### **1.2.1 - Socle obligatoire**

Au Sénégal, comme dans la plupart des pays africains, l'accès aux systèmes de sécurité sociale est réservé aux travailleurs du secteur formel : patronat, fonctionnaires, salariés des entreprises et autres travailleurs du secteur formel, qui bénéficient d'un système de protection sociale de type assuranciel, c'est-à-dire basé sur un principe liant la distribution de prestations à la fiscalité ou au versement de cotisations préalables.

Ce système de protection social, obligatoire, se caractérise par l'existence de trois institutions autonomes, à savoir la caisse de sécurité sociale (CSS), les institutions de prévoyance maladie (IPM) et l'institution de prévoyance retraite du Sénégal (IPRES) :

**La caisse de sécurité sociale**, créée le 1er janvier 1956, est devenue par la Loi n° 91-33 du 26 juin 1991 un organisme de droit privé chargé d'une mission de service public. Elle vise tous les risques sauf la maladie et le chômage. En effet, le risque maladie n'est pas garanti dans le cadre du code de la sécurité sociale, mais dans les dispositions du code du travail issues de la Loi n° 75-50 du 3 avril 75 relative aux institutions de prévoyance maladie. Les employeurs ont l'obligation d'affilier leurs salariés auprès de ces institutions pour leur garantir une couverture maladie. La CSS a le statut d'institution de prévoyance sociale et gère donc la branche prestations familiales (la plus ancienne et la plus connue), la branche prévention et réparation des accidents du travail et maladies professionnelles. La CSS joue un rôle déterminant dans la prévention des risques professionnels, par le contrôle, l'assistance- conseil et la formation des entreprises.

Pour ce faire, elle dispose de 15 agences dont 4 dans l'agglomération de Dakar et 8 établissements régionaux. Elle gère aussi des établissements de soins : le centre de traumatologie et d'orthopédie de l'hôpital Grand Yoff à Dakar, conçu pour améliorer notamment la qualité des soins prodigués aux victimes des accidents du travail et de la circulation, deux centres de protection maternelle et infantile, une clinique et une antenne de planning familial.

Globalement, la CSS joue incontestablement un rôle de premier plan dans la politique nationale de protection sociale des travailleurs salariés.

**Les IPM**, régies par la Loi cadre n° 75-50 du 3 avril 1975 et le décret n° 2012-832 du 7 août 2012 portant organisation et fonctionnement des IPM d'entreprise ou inter entreprise, constituent un dispositif obligatoire pour les employeurs. C'est le régime obligatoire d'assurance maladie des salariés, constitué au profit des salariés et de leur famille, et regroupent tout ou partie du personnel d'une (à partir de 300 salariés) ou plusieurs entreprises (inter entreprises, ou par secteur d'activité). Leur création est autorisée par le Ministre chargé du travail et de la sécurité sociale. On compte aujourd'hui 91 IPM avec des effectifs variant d'une centaine de personnes à près de 20 000 adhérents pour les écoles privées.

---

<sup>5</sup> Données ONU disponibles à l'adresse : [www.un.org.sn/-ONU-Senegal-.html](http://www.un.org.sn/-ONU-Senegal-.html)



Les cotisations<sup>6</sup>: identiques pour les employeurs et les salariés (prochainement entre 4 et 15% de 36 243 francs CFA (salaire minimum) à un plafond de 250 000 francs CFA), soit de 34 800 CFA à 900 000 francs CFA de cotisation annuelle totale.

Les garanties: chaque IPM détermine son panier de soins dans une fourchette fixée réglementairement (de 40 à 80% de prise en charge), après négociations avec les prestataires de soins (à titre d'exemple : 1 consultation de médecin généraliste tarifée 10 000 francs CFA dans le secteur privé, est « acheté » 4 800 francs CFA par l'IPM, et 9 400 francs CFA à la place de 25 000 francs CFA pour une consultation chez un spécialiste). C'est un système de tiers payant complet ; le reste à charge étant prélevé directement sur les salaires à venir (4 mois en général).

Les frais de gestion: ils doivent être inférieurs à 15 % selon une recommandation de la CIPRES.

Une importante réforme des IPM est en cours.

**L'IPRES**, organisme de droit privé sous la tutelle de l'Etat, gère depuis 1975 sur le principe de la répartition, la branche vieillesse (retraite de base et retraite complémentaire). Elle assure aussi, dans le cadre de son action sanitaire et sociale, pour les titulaires de pension et leur famille, ainsi que pour les veuves et leurs enfants mineurs, la prise en charge des frais hospitaliers (dans la limite de 4000 francs CFA par jour) et la prise en charge des soins de base dans ses structures sanitaires (offre publique).

**Le Fond National de Retraite (FNR)** est un régime d'assurance sociale destiné aux fonctionnaires géré en répartition par le Ministère de l'Economie et des Finances. Le FNR verse des prestations de retraite, d'invalidité et de survivants. Il s'agit d'un régime géré en prestations définies, même si la réforme de 2002 a modifié les paramètres de calcul des pensions. Le FNR verse également des prestations relatives aux allocations familiales.

## 1.2.2 Protection volontaire du risque maladie

A côté de ce socle obligatoire de protection sociale qui, pour sa branche maladie concerne essentiellement les salariés stables, les fonctionnaires bénéficiant d'un régime spécifique, il existe, en complément et pour tous les autres, une offre basée sur le volontariat à travers les assurances privées et les mutuelles.

**Les assurances privées**, régies au Sénégal par le code CIMA (conférence inter africaine du marché des assurances) ont un très faible taux de pénétration de la population (moins de 2% de la population totale) et couvrent principalement les membres des professions libérales, les industriels et les cadres supérieurs. Les contrats d'assurance sont proposés sous forme de paquet (maladie, vol, incendie, responsabilité civile..) avec des cotisations dépendant du niveau de couverture souhaité. A titre d'exemple, l'Ordre des médecins a signé avec un assureur privé une police santé avec des primes annuelles de 192 175 francs CFA à 285 000 francs CFA pour un taux de remboursement de 80% et dans un plafond annuel de remboursement de 20 000 000 francs CFA par bénéficiaire.

A noter, l'initiative récente prise par 6 compagnies d'assurance privées pour offrir, à travers une plate forme agréée par le gouvernement et de statut associatif, des produits de micro assurance destinés aux organisations socio professionnelles (à partir de 50 personnes). Les primes s'étalent de 5 000 francs CFA à 31 000 francs CFA par an et par personne, avec pour la plus petite offre un accès aux urgences chirurgicales de l'offre publique dans un plafond de 800 000 francs CFA.

---

<sup>6</sup> Source : Division IPM, Ministère de la fonction publique du travail du dialogue social et des organisations professionnelles

**Les mutuelles de santé** se définissent comme un système contributif d'assurance volontaire et à but non lucratif, constitué sur la base d'une éthique de solidarité et de mise en commun des risques de santé dans lequel les membres participent activement à la gestion et au fonctionnement. Il existe les mutuelles au premier franc (mutuelles communautaires ou de regroupement de travailleurs du secteur informel) et les mutuelles complémentaires du secteur formel comme celles des militaires ou des douaniers qui s'apparentent plus à des IPM. Le cadre juridique des mutuelles de santé est défini par la Loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 et le règlement n° 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'Union économique et monétaire ouest africain (UEMOA). Elles concernent tous ceux qui ne sont pas éligibles aux régimes obligatoires d'assurance maladie, soit près de 80% de la population sénégalaise.

Selon les chiffres fournis par la Stratégie nationale de développement économique et social (SNDES 2013-2017), le taux de couverture de la population cible par les mutuelles de santé était de 13,6% en 2012.

A titre d'exemple, la mutuelle Transvie<sup>7</sup> des transporteurs routiers en cours d'élargissement au secteur maritime et ferroviaire présente un bilan particulièrement positif (plusieurs millions d'excédent par mois). Grâce à une gestion rigoureuse de près de 3 000 adhérents « bancarisés » (recouvrement de 98 %), elle offre un service de base constitué par une prise en charge de 90% dans les hôpitaux, de 70% dans les centres de santé et de 30 % dans les pharmacies privées pour une prime mensuelle de 7 200 francs CFA pour la famille (6 personnes). L'offre la plus élevée est constituée par une prime de 20 000 francs CFA, permettant l'accès aux différentes structures privées. Fort de son succès, Transvie diversifie son offre et commercialise désormais d'autres produits comme les indemnités journalières en cas d'hospitalisation, ou les évacuations sanitaires vers le Maroc.

Autre exemple, mais d'une petite mutuelle communautaire<sup>8</sup>: A Goxu-Mbathie, quartier de pêcheurs de Saint-Louis, la mutuelle, créée depuis 1999, compte 215 membres, qui cotisent 300 francs CFA par mois après une prime d'adhésion de 1 000 francs CFA pour la famille (4 personnes). La mutuelle permet l'accès au poste de santé du quartier ou à la maternité avec 100% de prise en charge pour la consultation, 40% pour l'échographie et 80 % pour l'hospitalisation. Pour les ordonnances, le malade est couvert jusqu'à 2000 francs CFA, et le reste à charge lui est fourni sous-forme de prêt à rembourser.

### 1.2.3 La couverture maladie :

Au Sénégal, la couverture maladie est donc assurée par deux régimes et une politique de gratuité :

- un régime obligatoire comportant deux dispositifs :
- celui spécifique aux fonctionnaires qui bénéficient de formules d'assurance maladie attachées à leur statut et pour lesquelles ils ne versent aucune cotisation. Ils ont accès à l'offre publique nationale, régionale et locale et à certaines structures privées agréées. Le reste à charge est de 20% sur l'ensemble des prestations (hospitalisation, consultations et analyses), les 80% restant étant payés par le biais d'imputations budgétaires.
- celui des IPM pour les salariés stables.

---

<sup>7</sup> Source : Directeur Général de la mutuelle Transvie

<sup>8</sup> L'entrepreneuriat communautaire en contexte de précarité : Monographie de la Caisse d'Épargne et de Crédit des Artisans de Saint-Louis (Sénégal), Sambou Ndiaye, janvier 2005

- un régime volontaire constitué par deux dispositifs
  - celui des mutuelles au premier franc et des mutuelles complémentaires
  - celui des assurances privées
- une politique de gratuité, pour les démunis et à travers des programmes

La Direction de l'Action Sociale a mis en place depuis 2003 un fonds de solidarité pour améliorer l'état sanitaire des personnes démunies sans couverture médico-sociale. Il concerne les actes médicaux prescrits par le médecin traitant et ceux réalisés par la structure hospitalière partenaire (consultations, imageries médicales, analyses, hospitalisation, interventions chirurgicales, soins médicaux...).

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale<sup>9</sup> gère différents programmes nationaux relatifs, au traitement du paludisme, à la vaccination, au traitement des pathologies à soins coûteux (diabète à travers la subvention de l'insuline et insuffisance rénale chronique à travers la gratuité de la dialyse dans les hôpitaux), ou encore des programmes de lutte contre la tuberculose et le HIV-SIDA..

Le tableau n° 1 reprend les caractéristiques des différents dispositifs, les cotisations affichées correspondent à l'offre de base quand il existe différentes formules

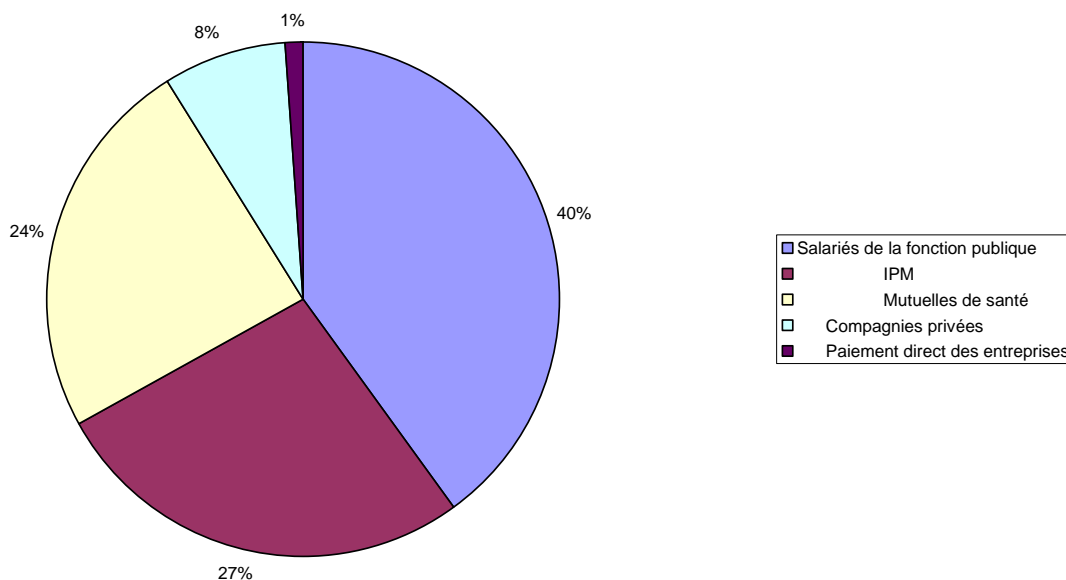
<b>Dispositif</b>	<b>Personnes concernée</b>	<b>Population couverte/cible</b>	<b>Cotisations personnelles annuelles</b>	<b>Panier de soins</b>	<b>Reste à charge</b>
<b>Etat</b>	Fonctionnaires et ayants droit	300 000 bénéficiaires	0 FCFA imputation budgétaire	Offre publique et privée si conventions	20% sur l'offre
<b>IPM</b>	Salariés du secteur privé	50% environ 700 000 bénéficiaires	17 400 FCFA à 450 000 FCFA (de 4 à 15% du SMIG)	variable	20% à 60% (50% bientôt), avec plafond de prise en charge
<b>Mutuelles complémentaires</b>	Fonctionnaires	nc	nc	nc	nc
<b>Mutuelles communautaires au premier franc</b>	Non salariés stables	4,70% de la population totale	variable, à partir de 3 600 FCFA pour une famille de 4, à 86 400 FCFA pour Transvie	Poste de santé du quartier, maternité	0% pour la consultation, 60% pour l'échographie
<b>Assurances privées</b>	Professions libérales, cadres	2% de la population totale	Très variable (ex des médecins : 192 000 FCFA)	Offre privée variable	20% avec plafond de prise en charge

Au Sénégal, il est habituel de retenir le chiffre de 20 % comme taux de couverture maladie de la population générale.

Selon les données de la cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat (CAFSP) du Ministère de la santé et de l'action sociale, la répartition des assurés avec une couverture maladie, tous dispositifs confondus, est la suivante :

<sup>9</sup> Données ministère de la santé et de l'action sociale disponibles à l'adresse : <http://www.sante.gouv.sn/>

### Répartition des assurés avec une couverture maladie



Ces données quantitatives, même s'il est difficile de consolider les chiffres relevés et même si toute comparaison entre les dispositifs aurait peu de sens compte tenu de la structure même des régimes, peuvent être rapprochées d'informations plus qualitatives, et permettre ainsi de dégager comme points saillants de la couverture maladie au Sénégal :

- un faible taux de couverture maladie : près de 11 millions de personnes ne sont pas concernées
- un système qui ignore la majorité des travailleurs des secteurs informel et rural
- 3 dispositifs principaux de gestion : offre publique, IPM obligatoires et mutuelles facultatives
- 2 modèles très différents (cotisations, panier de soins): offre publique et IPM-Mutuelles
- Des principes de fonctionnement assez proches entre les IPM et les Mutuelles dans, par exemple, la définition d'un panier de soins et la contractualisation avec les professionnels, mais avec des modalités adaptées à leur public pour ce qui concerne l'affiliation ou encore le recouvrement
- De faible taux de pénétration, notamment des mutuelles de santé compte tenu de la faible attractivité des paquets de prestations offerts, en raison de la faiblesse des montants de cotisations et des taux de prise en charge
- le principe d'un reste à charge (20% est le chiffre bas le plus retrouvé) et de plafonds de prise en charge
- un dispositif de « gratuité » qui concoure de façon significative à la couverture maladie. Il concerne principalement les grands programmes nationaux, notamment de lutte contre le paludisme, la tuberculose ou encore le VIH/SIDA, le plan d'exemption des frais de santé pour les personnes âgées (plan Sésame) et la gratuité des accouchements et des césariennes.
- Des positions très partisans et des appréciations très divergentes quant à l'existant (régime obligatoire, organisations mutualistes et assistance médicale)

### 1.3 Politique de santé, une volonté forte pour mettre en place la CMU

Jusqu'à présent, la politique de santé du Sénégal était mise en œuvre à travers le Plan National de Développement Sanitaire <sup>10</sup>(PNDS 2009-2018), avec comme principaux objectifs :

- Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles
- Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie
- Renforcer durablement le système de santé
- Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

Très récemment, le 20 septembre 2013, le chef de l'État, le Président Macky Sall a procédé au lancement officiel de la Couverture Maladie Universelle (CMU) sur toute l'étendue du territoire national. C'est une priorité politique pour faire passer le taux de couverture maladie de base de la population sénégalaise de 20% à au moins 75% à l'horizon 2017.

Pour ce faire, un Plan Stratégique de Développement de la CMU 2013-2017<sup>11</sup> a été élaboré. Ce plan est structuré autour des axes suivants :

- le développement de la couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé
- la réforme des Institutions de Prévoyance Maladie
- le renforcement des politiques de gratuité dans les structures sanitaires publiques, concernant la vaccination, la dialyse, les antirétroviraux, les antituberculeux, les antipaludéens et la prise en charge des personnes âgées dans le plan Sésame, mais aussi la subvention de l'insuline et des anticancéreux.
- la mise en œuvre de la nouvelle initiative de gratuité des soins pour les enfants de 0-5 ans
- la prise en charge forfaitaire du suivi des grossesses, de l'accouchement, des césariennes et des soins postnataux
- le développement de la Télémédecine
- la promotion du Partenariat Public-Privé

Ce plan d'action s'inscrit dans les cadres politiques et les orientations stratégiques du PNDS 2009-2018 et de la SNDES 2013- 2017.

Le choix politique pour accroître la couverture maladie de base, confie donc un rôle majeur aux mutuelles de santé, engage une réforme des IPM et renforce les politiques de gratuité. Ce qui correspond d'un point de vue opérationnel à :

Développer les mutuelles de santé communautaire. Elles doivent devenir les mutuelles de santé communautaire de la collectivité locale pour toutes les personnes résidentes de la collectivité locale d'implantation à l'exception des personnes qui bénéficient d'une couverture maladie basée sur l'emploi. L'objectif fixé par le Ministère chargé de la santé correspond à « une collectivité locale, une mutuelle de santé ». Ces mutuelles devraient ainsi proposer un paquet de base et un paquet complémentaire. Le paquet de base inclut les services qui sont offerts au niveau des postes de santé et des centres de santé. Le paquet complémentaire inclut les services qui sont offerts au niveau des hôpitaux. Par ailleurs, les bénéficiaires des mutuelles de santé devront s'acquitter d'un ticket modérateur dont le taux varie selon le type de prestation et le niveau de prise en charge

---

<sup>10</sup> Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2009-2018, Ministère de la Santé et de la Prévention, janvier 2009

<sup>11</sup> Plan Stratégique de Développement de la CMU 2013-2017, Ministère de la Santé et de la Prévention,

des soins. Les relations avec les prestataires de soins seront gérées à travers une convention cadre pour harmoniser l'offre. Pour le financement, le Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) et l'Union départementale des mutuelles de santé vont mettre en place un fonds départemental de solidarité santé (FDS) qui va servir de relais au FNSS dans chaque département. Les FDS vont remplir les trois fonctions suivantes : une subvention partielle pour étendre les paquets de bénéficiaires et pour promouvoir la mise en commun des gros risques des mutuelles de santé communautaires au niveau départemental ; des subventions ciblées pour assurer la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables; et des mécanismes de garanties pour promouvoir l'adhésion en groupe à travers des partenariats entre les mutuelles de santé communautaires et les institutions de financement décentralisées (micro finance, micro crédit et épargne). L'objectif est d'aboutir, avant la fin de l'année 2017, à la mise en place d'une mutuelle de santé au-moins dans chaque collectivité locale de base. L'articulation entre les institutions mutualistes et l'union départementale des mutuelles de santé se fera dans le cadre du projet « Décentralisation et extension de la couverture maladie (DECAM).

Réformer les IPM. Cette réforme tourne autour de trois objectifs spécifiques : mettre en place l'Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO) et réactualiser le cadre juridique des IPM, renforcer les capacités des acteurs, et améliorer la gouvernance et le suivi des IPM.

Cette réforme doit apporter des réponses concrètes aux problèmes actuels notés dans le système de l'assurance maladie obligatoire, notamment :

- une augmentation des cotisations qui passent d'une fourchette de 2 à 6% à une fourchette de 4 à 15%, avec une augmentation du plafond de l'assiette de calcul (de 60 000 francs CFA à 250 000 francs CFA) et une augmentation de la fourchette de prise en charge (de 40-80 % à 50-80 %) pour permettre un équilibre entre cotisations et prestations.
- la mise en place effective d'un fonds de garantie pour surmonter les difficultés financières
- l'amélioration de la couverture des travailleurs permanents avec la modification des paramètres techniques, l'extension de la couverture maladie aux travailleurs non permanents et la possibilité d'aider les entreprises de l'économie informelle à avoir une couverture maladie dans le cadre de l'extension, de façon à améliorer la faiblesse du taux de couverture et l'évasion sociale.

Cet ambitieux plan stratégique de développement de la CMU va permettre de disposer, à terme sur l'ensemble du territoire, de deux opérateurs fiables, l'un relevant du régime obligatoire, l'autre du régime volontaire.

C'est en fait une chance pour imaginer la mise en place d'un régime simplifié pour les travailleurs du secteur informel. En effet, vu la spécificité de ce secteur, qu'ils s'agissent de l'affiliation, de l'assiette de calcul des cotisations, du recouvrement, ou encore des prestations, l'architecture de ce régime doit se construire sur l'existant.

## 2. PROPOSITIONS POUR METTRE EN PLACE LA BRANCHE MALADIE DU RSPC

### 2.1 Exemple du Régime Social des Indépendants<sup>12</sup> (RSI) : une gestion globale et complète de la protection sociale du chef d'entreprise français.

Le RSI a pour mission d'assurer la protection sociale obligatoire d'environ 6 millions de chefs d'entreprise indépendants -actifs et retraités- artisans, commerçants, industriels et professionnels libéraux, et ayants droit. En 2013, il compte 2,8 millions de cotisants, 4,1 millions de bénéficiaires de l'assurance maladie et 2 millions de retraités. Il a encaissé près de 10 milliards de cotisations et a servi plus de 16 milliards de prestations.

Il effectue :

- l'affiliation et le recouvrement des cotisations et contributions sociales personnelles (maladie-maternité, indemnités journalières, retraite de base et complémentaire, invalidité-décès, allocations familiales et impôts sociaux)
- le versement des prestations (maladie-maternité, indemnités journalières, retraite de base et complémentaire, invalidité-décès)
- l'action sanitaire et sociale des actifs et des retraités
- le contrôle médical
- la médecine préventive
- le recouvrement d'un impôt sur les grandes sociétés

Les professions libérales ne sont rattachées au RSI que pour leur assurance maladie-maternité.

Le RSI conseille et accompagne le chef d'entreprise au moment de la création de l'entreprise et tout au long de son activité et de sa retraite. Il assure également une mission d'interlocuteur social unique dans un objectif de simplification de leurs démarches (un seul avis d'appel annuel regroupant l'ensemble de leurs cotisations et contributions personnelle, un prélèvement unique pour l'ensemble de leurs cotisations).

Les caisses RSI sont administrées par les représentants des indépendants, élus au suffrage universel direct par leurs pairs.

Le RSI s'appuie sur un réseau décentralisé composé d'une caisse nationale, d'un réseau de 30 caisses dont 2 dédiées aux professions libérales, de nombreuses agences et points d'accueil, et d'un réseau d'organismes conventionnés chargés de la gestion des prestations maladie-maternité.

**Les organismes conventionnés (OC)** sont liés au RSI par convention qui précise les modalités d'exercice de la mission de service public à laquelle ils participent (organismes visés à l'article L 611-20 du code de la sécurité sociale, c'est à dire des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou des groupements de sociétés d'assurance.). La convention définit les conditions dans lesquelles ces organismes, partenaires du Régime Social des Indépendants, participent pour le compte des caisses de base à l'encaissement et au recouvrement contentieux des cotisations maladie et maternité des membres des professions libérales, et au service des prestations en nature et en espèces d'assurance maladie et maternité des ressortissants du régime social des indépendants.

**Les auto-entrepreneurs (AE)** sont gérés par le RSI. Créé par la Loi de modernisation de

---

<sup>12</sup> Données RSI disponibles à l'adresse : [www.rsi.fr](http://www.rsi.fr)

l'économie du 4 août 2008, ce régime vise à faciliter la création d'entreprises commerciales, artisanales et libérales. Il met en œuvre un dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales et, sur option, de l'impôt sur le revenu, par un prélèvement proportionnel au chiffre d'affaire réalisé. Il propose aussi des mesures de simplification en matière d'immatriculation et de comptabilité des entreprises concernées. Son accès est limité aux entreprises relevant du régime micro-fiscal qui concerne en conséquence des activités générant de faibles recettes (moins de 81 500€ pour les activités de vente et moins de 32 600€ pour les prestations de service et activités libérales).

Ce régime est un succès pour ce qui concerne son attractivité avec près de 890 000 AE au 31 décembre 2013, répartis en 40% de commerçants et industriels, 36% d'artisans et 24% de professionnels libéraux, pour un chiffre d'affaires réalisé supérieur à 5 Mds€

Cependant, si le régime a fortement contribué à la création d'entreprises, il a généré des revenus faibles pour ses bénéficiaires (inférieurs au salaire minimum pour 90% d'entre eux) et fait toujours l'objet de critiques multiples : risque de concurrence déloyale en raison de taux de prélèvement sociaux et fiscaux plus faibles, risque de détournement du modèle salarial et risque de fraudes compte tenu de la simplicité du dispositif. Une réflexion est en cours pour mieux sécuriser ce régime.

## 2.2 Enjeux du secteur informel : le RSPC comme réponse à un enjeu national, en s'appuyant sur l'existant

La récente enquête Nationale sur le Secteur Informel au Sénégal, publiée en novembre 2013 a été réalisée par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie <sup>13</sup>(ANSD). Elle examine les principaux indicateurs pouvant faire ressortir la situation du secteur informel au Sénégal notamment sur les conditions d'activité, la main d'œuvre et les emplois, le capital, l'investissement et le financement, les performances économiques et les difficultés rencontrées.

Elle fournit de précieux renseignements pour mieux comprendre et mesurer les enjeux de la mise en place d'une branche maladie dans ce secteur :

- le poids du secteur informel est très important : en 2011, le secteur informel non agricole emploie **2 216 717 personnes**, soit 48,8% de la population active occupée estimée à 4 538 360 personnes par l'ESPS II. Il a produit 4 336 milliards de francs CFA en 2010, soit 39,8% de la production. Il a créé 2655 milliards de francs CFA de valeur ajoutée représentant 41,6% du PIB et 57,7% de la valeur ajoutée non agricole.
- La masse salariale totale versée au personnel est évaluée à 600 milliards de francs CFA, avec un salaire mensuel moyen de 42 150 francs CFA.
- il se définit comme un ensemble d'unités de production informelles (UPI). On estime leur nombre à 744 453. Elles sont constituées de micro-unités, dont la taille moyenne est de 2,9 travailleurs par unité et où l'auto-emploi est la règle, puisque l'entrepreneuriat individuel représente 91,8% des entrepreneurs.
- Ces UPI sont dirigées par des entrepreneurs au faible niveau de scolarisation (28,2% ont arrêté les études au primaire et 27,7% n'ont aucun niveau d'études). Les UPI disposant du numéro national d'identification (NINEA) représentent 8,7%, même si elles ont souvent le Registre du Commerce et du Crédit Mobilier (RCCM). La part des impôts et taxes payés à l'Etat reste relativement faible, avec 4,2% de la valeur ajoutée totale du secteur, contre 10,4% pour le secteur moderne.
- les principales difficultés de fonctionnement des UPI sont essentiellement dues à l'absence de débouchés et manque de clientèle (60,4%), la concurrence excessive

---

<sup>13</sup> Enquête Nationale sur le Secteur Informel au Sénégal (ENSIS 2011), ANSD, Direction des statistiques économiques et de la comptabilité nationale, novembre 2013



(36,7%), les problèmes d'accès au crédit (27,3%), les charges fiscales (19,2%) et les difficultés d'approvisionnement en matières premières (19,1%).

Au total, il s'agit d'une population très importante représentant près de la moitié de la population active du pays, générant près de la moitié de la richesse nationale, disposant de revenus mais non réguliers, mais aussi d'une population très peu répertoriée, dispersée et très fragile économiquement sur le plan individuel. L'absence de toute protection sociale, dès qu'un aléa social ou de santé se produit, se révèle immédiatement dramatique dans de telles conditions. La santé du travailleur indépendant et la santé de son entreprise sont directement liées. A contrario, toute avancée, aussi modeste soit-elle, ne peut qu'améliorer la situation actuelle.

**C'est un enjeu majeur, de portée nationale, autant sanitaire qu'économique.**

Le RSPC peut répondre à cet enjeu, notamment en mettant en place une branche maladie et retraite et en proposant un bouquet de services.

Pour ce qui concerne la branche maladie, objet de ce rapport, l'analyse du système de santé et de la situation sanitaire du pays, l'analyse de sa couverture maladie et des orientations politiques récentes, permettent d'imaginer des modalités de mise en œuvre de ce régime et montrent qu'il est tout à fait possible, compte tenu des contraintes économiques du Sénégal, de faire des propositions pragmatiques et réalistes en complète articulation avec l'existant. L'analyse du modèle français de protection sociale des indépendants conforte cette approche.

## **2.3 Propositions : pragmatisme et réalisme**

Pour sa branche maladie, que ce soit dans sa dimension organisationnelle ou fonctionnelle, le RSPC doit être attractif, fiable et inspirer confiance à ces adhérents, de façon à lever les freins culturels, financiers et administratifs, vécus comme des repoussoirs par la majorité. Les échecs de différentes expérimentations récentes sont là pour le rappeler. Par exemple, en 1996, une expérience d'élargissement du régime de la CSS aux travailleurs du secteur informel a été lancée. Ce fût un échec car l'adhésion était trop compliquée d'où un faible nombre d'adhérents, les paiements irréguliers et les ateliers étaient souvent amenés à bouger, d'où des difficultés dans le recouvrement des cotisations.

Les propositions qui suivent sont des pistes de réflexion par rapport à la mise en place de la branche maladie et devront faire l'objet de discussion lors du prochain dialogue national. Une fois les grandes lignes définies, des études de faisabilité seront menées pour continuer l'analyse technique en vue d'adopter le cadre juridique et opérationnel du RSPC.

Certaines propositions demandent simplement une volonté et un accord entre les parties prenantes tandis que d'autres sont assujetties à une modification substantielle des textes législatifs et réglementaires.

### **2.3.1 Régime obligatoire ou volontaire ?**

Un des facteurs de réussite d'un régime de protection sociale pour les travailleurs de l'économie informelle est lié à sa capacité de bâtir un régime obligatoire là où les régimes volontaires n'ont pas fait preuve de l'extension de la couverture de la protection sociale. Le RSPC repose sur le principe d'affiliation obligatoire et de déploiement progressif pour organiser un schéma de financement juste et équitable en répartissant le coût de la protection sur une masse importante de personnes et en orientant des transferts de l'Etat pour la couverture des plus pauvres.

Cependant, et en guise de montrer une ouverture envers ce secteur peu structuré, où l'affiliation obligatoire demande d'avantage d'efforts d'organisation, le RSPC pourrait envisager un affiliation volontaire pour ceux qui désireraient, sans attendre l'affiliation obligatoire du secteur dont ils dépendent, bénéficier d'emblée, à titre individuel, d'une protection sociale.

Ce montage permettrait une montée en charge progressive et contrôlée. La partie obligatoire ayant vocation à s'élargir progressivement, la partie volontaire servant de « variable d'ajustement » et devant conduire dans un temps défini à une adhésion obligatoire.

**Proposition n° 1 : Définir le RSPC comme un régime obligatoire pouvant accueillir, pour un temps limité, des adhésions individuelles à titre volontaire**

### **2.3.2 Le choix de gestionnaires de la branche maladie**

Se situant toujours dans le principe d'utilisation de structures existantes au Sénégal en matière de gestion de la branche maladie, on peut distinguer au moins trois options valables pour le RSPC. La première option est l'utilisation des IPM, la deuxième des mutuelles de santé et la dernière de l'offre publique (paquet de soins spécifique du MAS pour le RSPC).

Il est possible de trouver des avantages et inconvénients dans chaque option mais le fait d'être pragmatique et l'impérieuse nécessité de prendre en compte les besoins des travailleurs de l'économie informelle nous imposent une ouverture d'esprit et l'abandon des positions dogmatiques. Le but ultime est d'inspirer confiance aux adhérents et de leur offrir des prestations attractives.

**Proposition n° 2 : Adopter la combinaison la plus efficace des organismes gestionnaires de la branche maladie existante**

### **2.3.3 Mettre en place une gouvernance spécifique**

Les travailleurs du secteur informel doivent avoir des représentants élus au niveau du conseil d'administration du RSPC. Cette décision participera à établir un lien de confiance avec l'administration. Ils devraient être aussi représentés dans les instances nationales des mutuelles et des IPM. Ils doivent ainsi, dans une logique démocratique, être associés aux décisions les concernant.

**Proposition n° 3 : Intégrer des représentants des travailleurs du secteur informel dans la gouvernance du RSPC**

### **2.3.4 Utilisation des structures existantes comme organismes gestionnaires du RSPC**

Un des principes du RSPC est l'utilisation, dans la mesure du possible, des structures existantes et il peut donc, à travers des conventions, déléguer aux mutuelles et aux IPMs, certains activités de la gestion administrative du RSPC. En contrepartie des dépenses de gestion administrative que chaque organisme conventionné engage pour exécuter les opérations découlant de la convention qu'il a passé avec l'administration centrale du RSPC, celui-ci percevra chaque année des remises de gestion versées par l'organe national ou régional le représentant.

Les réformes en cours concernant les mutuelles et les IPM confortent cette proposition.

En effet, le renforcement du maillage territorial est une opportunité et les conventions nationales, à bâtir, permettront à des organismes de statuts différents de remplir une mission de service public. De plus, une IPM pour les saisonniers et les travailleurs temporaires est en train d'être constituée.

Certaines activités de gestion du RSPC pourront être menées en utilisant le réseau des 15 agences de la CSS et des 11 agences de l'IPRES comme élément du front office. Il s'agira, en effet, de trouver la combinaison la plus efficace possible de délégation de gestion à fin de permettre aux utilisateurs du RSPC une offre de services adaptée à leurs besoins.

Les institutions de micro finance et les organisations professionnelles assurent une proximité avec les travailleurs de l'économie informelle et peuvent, après une mise à niveau, jouer un rôle d'interface important avec le RSPC.

**Proposition n° 4 : Confier des activités de gestion du RSPC, y compris de sa branche maladie, au réseau des mutuelles et à celui des IPM et autres acteurs, en leur attribuant une délégation de service public et associer le réseau de la CSS et celui de l'IPRES à cette démarche**

**Proposition n°5 : Etablir des conventions d'objectifs et de moyens entre la structure nationale du RSPC et les organismes délégataires pour préciser les modalités d'exercice**

### 2.3.5 Cotisations au RSPC pour la branche maladie

Pour la partie obligatoire, compte tenu de l'impossibilité de connaître les chiffres d'affaires, il faut privilégier une approche pragmatique et le forfait paraît la formule la plus réaliste et la plus aisée à mettre en place. Il faut imaginer deux niveaux de prestations : un forfait minimal (forfait 1) pour des prestations de base, commun aux gestionnaires de la branche maladie du RSPC, et un forfait plus important (forfait 2) pour une offre plus conséquente et propre à chaque gestionnaire.

**Proposition n° 6 : Retenir pour les cotisations, le principe du forfait, un forfait de base commun aux gestionnaires de la branche maladie du RSPC, et 1 forfait plus élevé propre à chaque gestionnaire**

Ce dispositif du forfait doit avant tout servir à lancer le RSPC, son évolution étant fonction des premiers bilans comptables. Mais, il est primordial, pour des raisons de transparence et donc aussi de confiance des adhérents, que les cotisations soient identiques pour le forfait 1, quel que soit le gestionnaire. Pour ce qui concerne le forfait 2, les cotisations pourraient évoluer dans une fourchette prédéfinie conventionnellement, pour permettre le jeu de la concurrence entre les gestionnaires.

Pour la partie volontaire et individuelle, il faut accepter le principe du « zéro chiffre d'affaires, zéro charges ». Soit les adhérents volontaires déclarent un chiffre d'affaires et choisissent alors le forfait 1 ou 2, soit ils ne le déclarent pas et, dans ce cas, l'accès aux prestations du forfait 1 est automatique. L'intérêt de cette formule qui peut paraître très « généreuse » est de favoriser l'affiliation. Il convient par contre de la maîtriser en la limitant dans le temps (1 an par exemple), l'objectif étant d'amener les adhérents, une fois affiliés, à prendre un forfait 1 ou 2. Dans le cas contraire, après un an, la radiation est automatique, avec, par exemple, une interdiction de toute nouvelle affiliation pendant 2 à 3 ans, de façon à empêcher toute utilisation itérative du dispositif.

Il faut comprendre cette formule comme un investissement et une incitation à l'affiliation au RSPC.

**Proposition n° 7 : Susciter les adhésions volontaires en ouvrant largement l'accès aux prestations du forfait 1**

### 2.3.6 Versement des prestations

Indépendamment de la structure gestionnaire de la branche maladie du RSPC, le versement des prestations doit être assuré selon des principes de tiers payant et de ticket modérateur, que l'adhésion soit obligatoire ou volontaire.

Pour le forfait 1, le tiers payant doit être la règle pour tous les professionnels appartenant au panier de l'offre publique et un ticket modérateur sera réglé par l'adhérent.

Pour le forfait 2, le tiers payant reste la règle, mais le ticket modérateur peut varier dans une fourchette règlementairement définie. Il sera aussi réglé par l'adhérent.

Les organismes devront s'engager sur un délai pour payer les prestataires (par exemple 1 mois à réception de la facture). Cette donnée doit aussi entrer dans le calcul de la remise de gestion.

**Proposition n° 8 : Imposer le tiers payant aux professionnels et imposer un ticket modérateur identique pour le forfait 1**

**Tableau 2 :** Synthèse de propositions

<b>Proposition n° 1 :</b> Définir le RSPC comme un régime obligatoire pouvant accueillir, pour un temps limité, des adhésions individuelles à titre volontaire
<b>Proposition n° 2 :</b> Adopter la combinaison la plus efficace des organismes gestionnaires de la branche maladie existante
<b>Proposition n° 3 :</b> Intégrer des représentants des travailleurs du secteur informel dans la gouvernance du RSPC
<b>Proposition n° 4 :</b> Confier des activités de gestion du RSPC, y compris de sa branche maladie, au réseau des mutuelles et à celui des IPM et autres acteurs, en leur attribuant une délégation de service public et associer le réseau de la CSS et celui de l'IPRES à cette démarche
<b>Proposition n° 5 :</b> Etablir des conventions d'objectifs et de moyens entre la structure nationale du RSPC et les organismes délégataires pour préciser les modalités d'exercice
<b>Proposition n° 6 :</b> Retenir pour les cotisations, le principe du forfait, un forfait de base commun aux gestionnaires de la branche maladie du RSPC, et 1 forfait plus élevé propre à chaque gestionnaire
<b>Proposition n° 7 :</b> Susciter les adhésions volontaires en ouvrant largement l'accès aux prestations du forfait 1
<b>Proposition n° 8 :</b> Imposer le tiers payant aux professionnels et imposer un ticket modérateur identique pour le forfait 1

L'exemple du RSI montre qu'un tel montage est possible. Ce type de montage existe et le régime social des indépendants français fonctionne en déléguant une partie de la gestion de sa branche maladie. Celle-ci est en effet gérée par des organismes conventionnés régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou des groupements de

sociétés d'assurance. C'est une délégation construite dans le cadre d'une convention d'objectifs et de moyens qui permet au RSI de remplir, à un coup moindre et dans une logique de partenariat public-privé, pleinement sa mission de service public.

### **3. PISTES CONCRETES**

#### **3.1 Définition d'un paquet de soins adapté au RSPC : une formule socle universelle, attractive, et en lien avec les besoins de base des adhérents.**

Une analyse rapide de l'offre actuelle montre, pour ce qui concerne les offres de premier niveau des mutuelles et des IPM, un panier de soins globalement très réduit. De plus, compte tenu de nombreux impayés de la part des mutuelles et des IPM, il n'est pas rare que les établissements de soins, théoriquement sous contrat avec ces organismes, refusent l'accès aux adhérents. C'est une des principales raisons avancées pour expliquer la faiblesse de pénétration des dispositifs, notamment celle des mutuelles.

Le RSPC sera donc attractif, s'il est en mesure de garantir l'accès à un paquet de soins attractif et abordable.

Ce paquet de soins « de base », correspondant au forfait 1 est proposé en prenant en compte, la situation sanitaire du pays, l'offre de service publique déjà en place, dont les dispositifs de gratuité, et les besoins en soins de santé primaires.

Pour séduire et convaincre les adhérents potentiels, il doit couvrir l'urgence vitale, prendre en charge le reste à charge des programmes nationaux et rembourser partiellement les traitements des maladies chroniques, graves et coûteuses.

C'est le principe du tiers payant qui prévaut et les organismes délégataires doivent être en mesure de garantir les paiements des prestataires. La future mise en place d'un fond de garantie est un atout majeur.

Dans une première phase de lancement du RSPC, afin de bien contrôler les coûts, le forfait 1 concerne exclusivement l'adhérent.

Dans les initiatives de gratuité, le programme de lutte contre le VIH-SIDA<sup>14</sup> fournit des informations intéressantes en termes de suivi et d'observance de ce qui est devenu une pathologie chronique. Ainsi, il est possible d'imaginer les modalités de la prise en charge des pathologies chroniques les plus fréquentes au Sénégal comme le diabète et l'hypertension artérielle (prévalence respective de 9,3% et 37,9% chez les plus de 25 ans : chiffres OMS pour 2008).

En effet, selon les informations fournies par le centre de recherche clinique, la prise en charge est assurée par l'Etat pour 250€ par an et par patient (200 pour les médicaments et 50 pour les examens de laboratoire). Le malade conserve un reste à charge de 10€ mensuel, correspondant au traitement des affections intercurrentes. Le suivi de cette cohorte nous apprend aussi, que le 1/3 des malades n'a pu s'acquitter de cette somme, après 12 ans d'exemption totale. Pour ces derniers, les traitements sont donc pris sans contrôle sanguin, ce qui est un non sens total.

---

<sup>14</sup> Source : B Taverne, Directeur du centre de recherche clinique IRD, Dakar

**Tableau 3** : Résumé de l'offre correspondant au forfait 1 proposé

Nature des prestations	Taux de remboursement	Plafond de remboursement	Financement
<b>Urgences vitales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>urgences médicales</li> <li>urgences chirurgicales</li> </ul> - actes chirurgicaux et médicaux - examens complémentaires	Tiers payant, 100% les 3 premiers jours, 80% à partir du 4ème jour d'hospitalisation	Hospitalisation dans offre publique plafond : 7 jours	RSPC 80%, Etat 20% 3j RSPC 80% 4j
<b>Maladies infectieuses et chroniques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>programmes nationaux</li> <li>diabète, hypertension</li> </ul> - hospitalisation - consultation - médicaments	Tiers payant, 100%  -Tiers payant, 80% -Tiers payant, 80% -Tiers payant, 100% pour insuline, 30% pour les autres (liste fermée de génériques)	selon programme  Hospitalisation dans offre publique, plafond : 3 jours Consultation : 2 par an Médicaments : tarifs à négocier avec laboratoires internationaux	Etat et complément RSPC si reste à charge  RSPC 80% RSPC 80% Etat et RSPC pour insuline si reste à charge, les autres médicaments RSCP 30%
<b>Accouchement-césarienne</b> -frais d'accouchement (tous frais confondus)	Tiers payant, 100%	Hospitalisation dans offre publique plafond : 4 jours	Etat et complément RSPC si reste à charge

Cette offre a l'avantage d'être lisible et attractive (gratuité totale pour les urgences et les programmes nationaux, accès aux soins de l'offre publique) , d'être cohérente avec les politiques en place, et de répondre aux principaux besoins de santé publique du pays (diabète et hypertension). Elle est simple à mettre en place, pour un coût facilement maîtrisable.

Le forfait 2, permettrait aux organismes gestionnaires de la branche maladie de se différencier dans l'offre et de proposer, au-delà de ce socle, d'autres produits plus ciblés.

### 3.2 Définition des mécanismes d'interrelation entre les acteurs : une mobilisation de l'existant à partir d'un pilotage national fort.

Indépendamment du choix des organismes gestionnaires de la branche maladie du RSPC (voir section 2.3.2), il apparaît que le nombre d'acteurs à mobiliser et à coordonner pour faire fonctionner le dispositif reste faible.

**Niveau national** : la structure d'administration nationale du RSPC doit établir des relations avec les administrations centrales (notamment Ministère de la Santé) et avec les représentants nationaux des mutuelles (la fédération nationale des mutuelles) et des IPM (ICAMO).

- Une double tutelle, avec le Ministère de la santé et de l'action sociale et le Ministère de la fonction publique, du travail, du dialogue social et des organisations professionnelles s'impose, compte tenu de la construction du dispositif avec les mutuelles et les IPM. Des textes législatifs seront à prendre dans ce sens, ils devront préciser le caractère mixte du régime. De même, les liens avec l'administration fiscale

devront être réglementés, de façon à bien coordonner les décisions de définition du paquet social-fiscal à proposer aux adhérents.

- En ce qui concerne les relations entre le RSPC et les mutuelles, le RSPC et les IPM et le RSPC et les structures de santé publique, il conviendra d'établir avec chaque organisme, sur des bases analogues, une convention d'objectifs et de moyens. Mais au préalable, un texte législatif devra reconnaître le droit aux mutuelles de santé et aux IPMs de remplir une mission de service public, pour le compte du RSPC.

Ces conventions d'objectifs et de moyens, devront au minimum définir :

- les objectifs liés à la qualité du service aux adhérents obligatoires (contenu des forfaits 1 et 2, cahier des charges des contrats à passer avec les prestataires)
- les objectifs liés au développement des adhésions volontaires (campagnes de communication, stratégie de ciblage)
- les objectifs liés à la productivité et à l'exécution des gestions administratives confiées
- le cahier des charges des systèmes d'information
- la détermination des remises de gestion accordées en contrepartie des activités déléguées, ainsi que les modalités et calendrier de leur versement à chaque organisme. Les remises de gestion devront comporter une part de remise de gestion fixe et une part de remise de gestion variable dont le montant est fonction des résultats obtenus au titre d'un exercice civil
- Les modalités de suivi et d'évaluation de la convention

Etablies pour 3 ou 4 ans, ces conventions pourront être révisées en cours de période par avenant, à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, pour tenir compte d'éléments extérieurs, notamment de nature économique, dont l'importance serait susceptible de modifier, de façon significative, l'équilibre entre les objectifs, les charges et les moyens.

**Niveau régional-local :** les acteurs déjà en place sont en mesure de faire vivre la branche maladie du RSPC

- En effet, une structure nationale du RSPC suffisamment forte, qu'elle soit autonome ou placée dans une institution de prévoyance sociale existante, permet de faire l'impasse sur un réseau de caisses spécifiques. Ce sont, les IPM d'entreprise ou inter entreprise, et les mutuelles au niveau des sections locales et des unions de district ou régionales et les agences de la CSS et de l'IPRES qui pourront remplir la fonction de caisses RSPC. Pour ce faire, elles devront gérer, de façon spécifique et séparée, la population des travailleurs du secteur informel (adhérents obligatoires ou volontaires), selon un cahier des charges très précis, élément majeur des conventions d'objectifs et de moyens signées au niveau national. Une attention particulière devra être accordée aux systèmes d'information, autre élément clé des conventions. Il existe déjà dans certaines IPM un système d'information très performant.
- Des contrats locaux types, signés entre les représentants nationaux des mutuelles et des IPM et les structures opérationnelles des deux réseaux, reprendront les principaux éléments des conventions nationales. De la même façon que pour le niveau national, une partie de la rémunération sera liée aux résultats.
- Tous les points de contact potentiels avec les travailleurs du secteur informel comme les antennes régionales de la CSS et de l'IPRES ou encore les institutions de micro finance, les organisations professionnelles et les mutuelles, pourront être utilisés comme des relais pour leur affiliation. Le recueil des informations pour l'identification personnelle des travailleurs devra se faire selon un modèle établi par le RSPC.
- Les relations avec les prestataires de soins peuvent s'inscrire dans deux logiques :



- une centralisée, avec contractualisation réalisée par l'administration centrale du RSPC
- une décentralisée avec contractualisation par les organismes délégataires, dans un cadre réglementaire défini au niveau national.

Les mécanismes d'interrelation entre les acteurs présentés ici, s'inscrivent parfaitement dans le schéma actuel et surtout dans les évolutions à venir. La mise en place du RSPC tel qu'imaginé bénéficiera des réformes en cours par le développement du maillage territorial, mais accompagnera aussi ses réformes en créant une dynamique d'affiliation de travailleurs de l'économie informelle vers le RSPC.

### **3.3 Estimation des coûts et primes de la branche maladie du RSPC : une première construction empirique à partir des données existantes**

Une première estimation du coût relatif du forfait 1, que pourrait proposer le RSPC à l'ensemble de ses adhérents quel que soit l'opérateur, peut être réalisée. Pour ce faire, le choix a été fait de rapprocher de façon empirique les données disponibles et recueillies, à savoir les données officielles du très récent rapport de faisabilité pour l'implantation et la restructuration des mutuelles de santé<sup>15</sup>, les données personnelles de l'association des gérants d'IPM du Sénégal<sup>16</sup> et les informations apportées par les personnes rencontrées.

Il est ainsi possible de construire un coût relatif moyen, pour une offre de base qui couvrirait les besoins essentiels de la population, en s'appuyant sur l'offre publique et en intégrant les programmes de gratuité. Pour les prochaines étapes dans la mise en place du RSPC, une étude de faisabilité devra être menée en prenant en compte les coûts réels des prestations.

---

<sup>15</sup> Rapport de synthèse des études de faisabilité pour l'implantation/la restructuration des mutuelles de santé dans une perspective de leur mise en réseau au niveau départemental, Ministère de la Santé et de l'Action sociale, en cours de parution officielle

<sup>16</sup> Source : M. Cheikh Ibra FALL, Président de l'association des gérants d'IPM du Sénégal

**Tableau 4** : coût relatif annuel moyen construit à partir des données disponibles (FCFA)

Nature de la prestation	Fréquence relative (IPM)	Estimation à partir des données IPM	Estimation à partir des données Ministère	Autre	Estimation d'un coût annuel moyen
Hospitalisation 7 jours	0,01	$3\,494 * 7 * 0,01 = 244$	$2\,834 * 7 * 0,01 = 198$		221
Complément aux programmes nationaux	0,1	nc	nc	à partir du 1/10 RAC estimé par IRD pour SIDA: $656 * 12 * 0,1 = 787$	787
PEC diabète HTA - Hôpital 3J - C * 2 - Médicaments	0,05 0,5 0,5	$3\,494 * 3 = 10\,482$ $10\,482 * 0,05 = 524$ $500 * 2 = 1\,000 * 0,5 = 500$ $2\,000 * 0,5 = 1\,000$	$3\,332 * 0,5 = 1\,666$ fréquence relative de 0,5 retenue sur le paquet de base car représente le poids le plus important		1 845
Forfait césarienne, accouchement	0,01	$15\,000 * 0,01 = 150$	Césarienne dans paquet complémentaire, = 150 sur la base IPM		150
<b>Total</b>		<b>2218</b>	<b>1 864 + 150 = 2 014</b>		<b>3 003</b>

Pour ce qui concerne les primes relatives à cette formule, il convient, compte tenu de l'absence d'accessibilité à des données de comptabilité analytique, de se référer aux primes demandées par les IPM et les mutuelles dans le projet DECAM. Les primes affichées correspondent à l'offre de premier niveau, de façon à ce que le bouquet de service soit « peu ou prou » superposable à celui du forfait 1 du RSPC.

**Tableau 5** : primes annuelles et par personne, selon les dispositifs (FCFA)

Dispositif	Cotisation	Participation	Prime adhérent
IPM avec -frais administratifs 10% -marge de sécurité 10%	7 399	50,00% employeur	3700
Mutuelle avec -frais administratifs 10% -marge de sécurité 10%	6 420-7 399	50,00% Etat	3 210-3 700
RSPC forfait 1	3 003 coût relatif + frais administratifs 300 +marge de sécurité 300 = 3603	0,00%	3 603

Ce calcul, réalisé à partir des données utilisées par les mutuelles et les IPM dans leurs études de faisabilité, et en utilisant les mêmes modalités comptables, montre que la prime d'assurance qui pourrait être demandée aux adhérents du RSPC correspond à l'offre générale, et permet de couvrir sans participation de l'Etat le risque correspondant au forfait de base.

Au total, le forfait de base du RSPC, tel que proposé, s'avère attractif et abordable.

## CONCLUSION

Même s'il conviendrait de consolider les chiffrages par des études plus approfondies, cette étude technique sur la branche santé du Régime Simplifié pour les Petits Contribuables nous montre, au-delà des positions de principe qui devront être tranchées par les responsables de la protection sociale dans le cadre d'un dialogue national, qu'il est possible :

- de construire une nouvelle branche maladie en s'appuyant fortement sur l'existant et en s'inscrivant dans les évolutions politiques programmées
- de répondre ainsi aux demandes d'une partie des 2 200 000 travailleurs, exclus par la loi de toute protection sociale, à travers la mise en œuvre progressive d'un régime simplifié et adapté
- de proposer une offre de prestations attractives et abordables car correspondant aux besoins sanitaires de cette population et ce, pour des montants de cotisations équivalents à ceux des autres systèmes.

Le projet de mise en place au Sénégal d'une branche maladie pour les travailleurs de l'économie informelle est donc réaliste. La perspective d'une CMU généralisée est une opportunité, le RSPC doit en être un de ses leviers.

## LISTE DES PROPOSITIONS

**Proposition n° 1 :** Définir le RSPC comme un régime obligatoire pouvant accueillir, pour un temps limité, des adhésions individuelles à titre volontaire

**Proposition n° 2 :** Adopter la combinaison la plus efficace des organismes gestionnaires de la branche maladie existante

**Proposition n° 3 :** Intégrer des représentants des travailleurs du secteur informel dans la gouvernance du RSPC

**Proposition n° 4 :** Confier des activités de gestion du RSPC, y compris de sa branche maladie, au réseau des mutuelles et à celui des IPM et autres acteurs, en leur attribuant une délégation de service public et associer le réseau de la CSS et celui de l'IPRES à cette démarche

**Proposition n° 5 :** Etablir des conventions d'objectifs et de moyens entre la structure nationale du RSPC et les organismes délégataires pour préciser les modalités d'exercice

**Proposition n° 6 :** Retenir pour les cotisations, le principe du forfait, un forfait de base commun aux gestionnaires de la branche maladie du RSPC, et 1 forfait plus élevé propre à chaque gestionnaire

**Proposition n° 7 :** Susciter les adhésions volontaires en ouvrant largement l'accès aux prestations du forfait 1

**Proposition n° 8 :** Imposer le tiers payant aux professionnels et imposer un ticket modérateur identique pour le forfait 1

## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISES

ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
AT-MP	Accidents du travail- Maladies Professionnelles
BIT	Bureau International du Travail
CAPSU	Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle
CGU	Contribution globale unique
CSS	Caisse de Sécurité Sociale
DECAM	Décentralisation et extension de la couverture assurance maladie
DGPSN	Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale
ETD-BP	Equipe d'Appui Technique de l'OIT au travail décent
ICAMO	Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire
IMF	Institution de micro – financement
IPM	Institution de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
IRD	Institut de recherche pour le développement
NINEA	Numéro national d'identification
OIT	Organisation International du Travail
ECPSS	Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
MSAS	Ministère de la Santé et de l' Action Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	Prise en charge
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
RAC	Reste à charge
RC	Régime Complémentaire
RG	Régime Général
RSPC	Régime simplifié des petits contribuables
SNDES	Stratégie nationale de développement économique et sociale
SNECRM	Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SNPS	Stratégie nationale de protection sociale
HTA	Hypertension Tension Artérielle
UEMOA	Union économique et monétaire Ouest africaine
UPI	Unité de production informelle
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

### **Ministère de la santé et de l'action sociale**

- M. Mame Abdoulaye GUEYE, Directeur de Cabinet
- Docteur Jérôme CLOUZEAU, conseiller technique, coopération française
- M. Sérigne DIOUF, cellule d'appui à la CMU, économiste de la santé

### **Ministère de la fonction publique du travail du dialogue social et des organisations professionnelles**

- M. Mamadou Racine SENHOR, Directeur de la protection sociale
- Mme Marie Rosalie NGOM, inspecteur du travail et de la sécurité sociale, chef de la division des IPM
- M. Osseynou DIOP, responsables de la Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale (*DGPSN*)

### **Ambassade de France**

- Docteur Jean-Pierre BELLEFLEUR, Conseiller Régional de Coopération Santé

### **Organisation Mondiale de la Santé**

- Docteur Farba Lamine SALL, Conseiller en économie de la Santé

### **Conseil National de l'Ordre des Médecins du Sénégal**

- Docteur Alpha Boubakar SY, Président

### **Organismes professionnels**

- **association des gérants d'IPM du Sénégal**  
M. Cheikh Ibra FALL, Président
- **mutuelle Transvie**  
M. Abdou Diane, Directeur Général
- **Pool Micro Assurance Santé**  
M. El Hagji Abdoul Aziz FALL, Directeur
- **institut de recherche pour le développement**  
M. Bernard Taverne, Chargé de recherches

### **Personnes Qualifiées**

- M. Cheikh Tidiane TOUNKARA, expert consultant en protection sociale