

Compte-rendu : Réunion des acteurs français de la santé et protection sociale en santé au Sénégal

7 février 2014, GIP SPSI, Paris

Ref : 2014-10

Le 7 février 2014, le GIP SPSI a organisé une réunion réunissant les acteurs français intervenant dans les domaines de la protection sociale et de la santé au Sénégal afin de mutualiser les informations et données recueillies par chacun des acteurs. Cette réunion s'inscrivait dans le cadre des actions de coopération que le GIP SPSI mène avec le Sénégal depuis 2009 et faisait suite à la dernière mission d'une délégation du GIP SPSI du 6 au 8 janvier 2014 visant à finaliser le contenu d'un second accord de coopération.

Participants à la réunion :

Pascal PERROT, médecin conseil, Directeur de la gestion des risques et de l'action sociale, RSI
Adrien ABSOLU, chef de projet, Division de la santé et de la protection sociale, AFD
Sandra PERROT, Responsable projets Sénégal, Mali, GIP Esther
Raynal LE MAY, Directeur de la CAF de l'Essonne
Jean MILLIEZ, ancien Directeur chargé des systèmes d'information à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)
François DELALANDE, Délégué par intérim, GIP SPSI
Xavier CHAMBARD, Chef de la coopération et de la communication, GIP SPSI
Clara LEYMONIE, Chargée de mission, GIP SPSI

Pour mémoire : Faisant suite à une étude réalisée par l'ADECRI en 2009 sur la réforme de l'assurance maladie obligatoire (AMO) des travailleurs salariés au Sénégal, le GIP SPSI a mené plusieurs actions de coopération avec la Sénégal. Un premier accord de coopération a été signé en 2009 sous l'égide de l'ambassade de France, avec la Commission de Supervision des Institutions de Sécurité Sociale (COSRISS) sous tutelle du Ministère du Travail et de la Fonction Publique sénégalais. Cet accord portait sur l'élaboration d'un code unique de la sécurité sociale pour pallier l'éparpillement des textes relatifs à la sécurité sociale, la faisabilité d'un minimum vieillesse faisant suite au constat de l'isolement des personnes âgées suite à l'érosion des solidarités familiales et l'appui technique au système d'information de l'assurance maladie obligatoire.

Lors du séminaire de restitution de ce dernier tenu à Dakar du 21 au 23 janvier 2013, la partie sénégalaise a fait la demande d'un nouvel accord. Une délégation du GIP SPSI s'est rendue à Dakar du 6 au 8 janvier 2014 pour finaliser le contenu de ce second accord portant sur 5 nouveaux axes :

- ✓ Elaboration d'un code unique de la sécurité sociale
- ✓ Mise en place de l'ICAMO (Institution de Coordination de l'AMO)
- ✓ Renforcement des capacités des acteurs de l'assurance maladie obligatoire
- ✓ Contractualisation avec les médecins
- ✓ Système d'information de l'assurance maladie obligatoire.

Le GIP SPSI a par ailleurs mobilisé un expert du Régime Social des Indépendants (RSI) pour mener une étude technique sur la future branche maladie du régime simplifié pour les petits contribuables du Sénégal, dans le cadre d'une convention de coopération GIP SPSI/BIT.

1- Présentation des actions respectives des acteurs

➤ Le GIP SPSI

Une délégation du GIP SPSI s'est rendue à **Dakar du 6 au 8 janvier 2014** afin de finaliser le contenu d'un second accord de coopération avec la Commission de Supervision des Institutions de Sécurité Sociale (COSRISS) et le Ministère de la Fonction Publique, du Travail, du Dialogue Sociale et des Organisations Professionnelles (MFPTDSOP) portant sur 5 axes :

- ✓ **L'élaboration d'un code unique de la sécurité sociale** : cet axe s'inscrit dans la continuité du premier accord. Ce code devrait être élaboré selon une codification à droit constant et intégrer l'ensemble des textes relatifs à la protection sociale tout en palliant les lacunes de ces derniers. Il n'a pas vocation à englober les textes relatifs à la CMU.
- ✓ **La mise en place de l'ICAMO (Institution de Coordination de l'AMO)** : l'ICAMO sera une structure faitière destinée à coordonner et mutualiser un certain nombre d'actions à l'attention des IPM et à permettre une consolidation des comptes des IPM pour donner une meilleure visibilité sur leur activité. Certaines IPM rencontrant des difficultés financières importantes, il est prévu de mettre en place un fonds de garantie des IPM pour éviter qu'elles ne se retrouvent dans des situations financières déséquilibrées. Les attentes de la partie sénégalaise vis-à-vis du GIP SPSI portent sur la structuration de la gouvernance de l'ICAMO (avis sur l'organigramme de l'ICAMO) et le périmètre d'activité du médecin conseil (avis sur le cahier des charges du médecin conseil).
- ✓ **Le renforcement des capacités des acteurs de l'assurance maladie obligatoire** : cet axe vise pour l'essentiel les personnels du Ministère exerçant la tutelle sur les IPM, ainsi que les gérants des IPM.
- ✓ **La contractualisation avec les professionnels de santé** : cet axe a été recentré sur la contractualisation avec les médecins. Un exemple de convention avait été élaboré par les experts français en 2008, dans le cadre de l'étude réalisée avec l'ADECRI sur les IPM à la demande de la COSRISS. Dans le cadre de ce nouvel accord, il a été demandé à la partie sénégalaise de négocier avec les professionnels de santé et de soumettre un accord conventionnel pour avis au GIP SPSI.
- ✓ **Le système d'information de l'assurance maladie obligatoire** : il s'agit pour la partie sénégalaise d'élaborer le schéma directeur du système d'information de l'AMO afin de définir les grandes orientations politiques et fonctionnelles, après rédaction d'une note de lancement préalable dont un canevas a été fourni par un expert du GIP SPSI. La partie française assurera des actions d'appui-conseils au cours de l'élaboration de ce schéma directeur. Toutefois, il est constaté que depuis 2008 aucun progrès concernant le système d'information n'a été opéré, ce malgré les conseils de l'expert français. Seule la décision de mettre en place l'ICAMO est à noter.
Dans les autres domaines on note l'adoption d'un décret en 2012 et de deux arrêtés (août 2012 et fév. 2013) relatifs aux IPM (organisation et fonctionnement, tarif des honoraires médicaux, modèles types de statuts et de règlement intérieur). D'autres textes sont en projet.



➤ Le Dr Pascal Perrot, médecin conseil, Directeur de la gestion des risques et de l'action sociale du RSI

Le Dr Pascal Perrot a mené une **étude technique sur la future branche santé du Régime simplifié pour les petits contribuables** (RSPC - travailleurs indépendants) en **décembre 2013** dans le cadre d'une *convention de coopération signée entre le GIP SPSI et le Bureau International du Travail (BIT)*. Un premier rapport « socle » a été remis en mai 2013 par le BIT, présentant les problématiques, stratégies d'extension de la protection sociale au Sénégal, ainsi que des propositions pour mettre en place un RSPC. Le Ministre du travail a demandé la poursuite des travaux ainsi que 4 rapports additionnels relatifs à l'administration du régime, au choix des secteurs et des mesures incitatives à promouvoir, aux pensions et à la santé.

Le BIT a fait appel à un expert du RSI en raison du caractère particulier du régime : une caisse nationale, 30 caisses régionales et des organismes conventionnés (il n'existe pas d'équivalent des CPAM). Le futur régime des petits contribuables va s'appuyer sur le réseau des IPM et autres organismes gestionnaires à l'instar des mutuelles, caisses régionales de la Caisse de Sécurité Sociale (CSS) et de l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES). L'idée est d'établir un conventionnement au niveau national et des conventions avec les gestionnaires au niveau régional.

Le Dr Pascal Perrot, chargé du rapport additionnel sur la branche santé du futur régime a reçu une commande précise de la part de l'antenne sénégalaise du BIT :

- Faire un état des lieux des dispositifs de protection sociale de santé au Sénégal ;
- Faire des propositions pour mettre en place la branche maladie au RSPC ;
- Donner 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, tout en portant une attention particulière à l'articulation du dispositif avec l'existant et sa soutenabilité financière.

Les interlocuteurs du Dr Perrot sur place sont le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et le Ministère de la Fonction Publique, du Travail, du Dialogue Social et des Organisations Professionnelles (MFPTDSOP).

Pascal Perrot retourne à Dakar les 19 et 20 février pour présenter son rapport dans le cadre du Dialogue national sur le RSPC, placé sous l'égide du Conseil national de dialogue social (CNDS) rattaché au MFPTDSOP, considéré comme une autorité morale dans le pays. Le Dialogue national se tiendra sur la base des différents rapports fournis et devrait être décisionnel quant aux questions d'attributions entre la CAPSU (Caisse autonome de prévoyance sociale universelle), la CACMU (Cellule d'appui à la couverture maladie universelle) et la DGPSN (Délégation Générale à la Protection sociale et la Solidarité Nationale). Le BIT souhaite s'appuyer sur les syndicats dans le cadre du dialogue national.

Une loi sur le RSPC est attendue en 2014, pour une mise en œuvre en 2015.

➤ L'Agence Française de Développement (AFD)

L'AFD a réinvesti le secteur de la santé au Sénégal récemment, dans le cadre tout d'abord de l'initiative MUSKOKA centrée sur la santé de la mère et de l'enfant (7 milliards d'euros en faveur



des OMD 4 et 5, G8/juin 2010)¹, et par le biais d'une convention signée avec le Ministère des Affaires étrangères et le Ministère des finances. L'AFD a financé la construction de deux centres de santé de référence avec bloc opératoire dans la région de Louga et a apporté un appui régional médical en Casamance, région enclavée du Sénégal où l'accès aux soins est difficile, en partenariat avec le Centre national de transfusion sanguine.

Plus récemment, l'AFD s'est vue confier pour le compte de l'Etat français, la gestion d'une enveloppe budgétaire de 30 millions d'euros à destination de 6 pays (Mauritanie, Sénégal, Burkina Faso, Tchad, Mali et Niger) dans le cadre de l'Initiative Santé Solidarité Sahel (ISS) lancée en mai 2013 par M. Pascal Canfin, ministre délégué au Développement. Cette initiative vise à accompagner les pays du Sahel engagés politiquement dans la mise en place de systèmes solidaires en faveur de l'accès aux soins des enfants de moins de 5 ans. Le Ministère a décidé de consacrer 10% des recettes de la taxation sur les transactions financières (TTF) instaurée depuis 2013, au financement de projets de développement dans les pays de la zone sahéenne connaissant les taux les plus élevés au monde de mortalité infanto-juvénile. 8 millions sont consacrés au Sénégal, s'inscrivant dans le plan stratégique du Sénégal pour la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui a vocation à englober les 3 piliers de, la couverture maladie (obligatoire, volontaire et assistance sociale).

Le Président de la République du Sénégal, Macky Sall, a présenté le contenu de ce dernier lors d'un atelier de lancement de la CMU en septembre 2013, portant notamment sur le renforcement des dispositifs de gratuité existants - exemption de paiement des accouchements et des césariennes (2005) dans l'ensemble des régions du Sénégal, subvention des maladies à soins coûteux (2005), prise en charge des personnes âgées de 60 ans et plus (plan SESAME, 2006) avec l'intégration des fonds spécifiques aux personnes âgées dans la liste des médicaments essentiels - et la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans représentent 2,5 millions d'enfants au Sénégal, soit 22% de la population.

L'action de l'AFD s'inscrit dans le double cadre du renforcement des systèmes de santé d'une part et s'intègre dans les projets financés au niveau national d'autre part. Cela prend tout son sens au Sénégal où il apparaît une réelle volonté politique, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans d'autres pays (Mali par exemple).

Adrien Absolu, chef de projet de la Division de la santé et de la protection sociale de l'AFD doit se rendre en mission sur place fin février afin de définir les points d'affectation des 8 millions d'euros destinés au Sénégal. Ces derniers seront très certainement axés sur le financement direct d'achat de prestations et le remboursement de prestations de soin.

Une première phase pilote s'est déroulée en 2013 grâce à un montant de 1.5 milliards de francs CFA. Une deuxième phase en 2014 vise le remboursement généralisé du paquet de soins.

L'Unicef travaille avec la Direction de la Santé, de la reproduction et de la survie de l'enfant (DSRSE).

C'est pour l'instant la direction des affaires générales et de l'administration territoriale qui est en charge du remboursement des prestations. La CAPSU devrait à terme prendre le relai pour percevoir et gérer les différentes contributions d'une part, et assurer d'autre part le renforcement institutionnel et technique de la CACMU pour contrôler les dépenses, définition du paquet de soins, etc. Reste à savoir si la CAPSU sera effectivement mise en place en 2014.

¹ Les autorités françaises ont consenti une enveloppe de 500 M€ sur 5 ans à destination des pays définis comme



Le gouvernement envisage par ailleurs de faire appel à des mécanismes de financements innovants (taxation alcool, tabac, téléphonie mobile etc.) en plus de la mobilisation des contributions du secteur privé et des collectivités locales pour le renforcement de l'offre de soins.

Les interlocuteurs de l'AFD sont le MSAS, le Directeur de Cabinet de la Ministre de la santé et de l'action sociale, Awa Marie Coll Seck (Mame Abdoulaye Guéye), la CACMU, la DGPSN.

La DGPSN a proposé à l'AFD de financer une étude de faisabilité de création technique de la CAPSU qui constitue un préalable à l'avancée du système. Il existe une pression politique forte pour aller vers l'octroi de financement et la signature d'une convention d'ici l'été, avec un risque de zones grises dans la convention de financement qui seront complétées ultérieurement.

Lors du lancement du plan stratégique de la CMU, le 20 septembre 2013, le Président a présenté les différents acteurs de la CMU et la répartition de leurs rôles respectifs:

- la CAPSU : gestionnaire du financement
- la CACMU : en charge de la définition du panier de soins
- la DGPSN : structure faitière

➤ **Le GIP Esther**

Le GIP Esther se positionne sur l'offre de soins et la qualité des soins. A l'origine, l'action du GIP Esther porte sur le VIH/Sida mais elle s'est étendue à l'hygiène hospitalière, la santé maternelle et infantile et aux problématiques de la santé de manière générale.

Le GIP Esther intervient au Sénégal dans le cadre d'un arrangement administratif conclu en 2002 entre les ministères français et sénégalais en charge de la santé. Des prestataires des secteurs médical, paramédical et de la gestion hospitalière interviennent dans des établissements sénégalais dans le cadre de conventions signées avec des établissements français.

Le GIP Esther dispose d'une coordination nationale basée à Dakar, gérée par Karim Diopp (a notamment mené une mission avec l'ADECRI au Cameroun en décembre 2013). La présence de cette coordination assure la continuité de l'intervention hospitalière française et sa supervision.

Les interlocuteurs du GIP Esther sont le MSAS, le MFPTDSOP mais aussi le Conseil national de lutte contre le Sida concernant la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et la formation des équipes hospitalières en raison de la forte prévalence du VIH/Sida et des maladies associées.

Le GIP Esther déploie son action au Sénégal selon 3 axes d'intervention:

- ✓ **Infections opportunistes** : 3 partenariats en lien avec le laboratoire de bactériologie de l'hôpital de Fann à Dakar :
 - Hôpital Saint Antoine (APHP) & CHU de Fann (Dakar)
 - Hôpital Robert Debré (Paris, 19^{ème}) & Hôpital pour enfants Albert Royer (Dakar)
- Hôpital PROSES (Prévention des Risques, Orientations Sociales, Echanges de Seringues - Montreuil, 93000) & hôpital principal de Dakar et Hôpital de Fann concernant les usagers de drogues injectables
- ✓ **Prise en charge pédiatrique** : s'inscrit dans le cadre des initiatives MUSKOKA et I3S
Il s'agit du suivi du traitement des enfants porteurs du VIH/Sida et transition vers l'âge adulte où



les traitements ne sont plus pris en charge (de nombreux retours en service pédiatrique)

✓ **Appui au MSAS pour la construction de politiques publiques relatives à la prise en charge des usagers de drogues injectables**, visant par ailleurs l'introduction de méthadone et la mise en place d'un site de référence sur les problématiques d'addiction.

Cela amène le GIP Esther à dialoguer avec de nouveaux interlocuteurs : le Comité interministériel de lutte contre la drogue (CILD) et le Ministère de la justice sénégalais.

Le pays n'a pas encore fait le choix d'un logiciel unique mais il existe un logiciel de suivi individuels des séropositifs sous ARV « ESOPE », faisant l'objet d'expériences pilotes sur le site central et deux sites régionaux.

La PNA (Pharmacie Nationale d'Approvisionnement) est la centrale d'achat des médicaments pour l'ensemble des prestataires de soins et est également en charge de leur codification. C'est la PNA qui se chargera à terme d'importer la méthadone pour l'introduire au Sénégal. Pour l'instant, le GIP Esther procède avec l'hôpital de Fann.

France Expertise Internationale (FEI), via le Canal 1 (expertise de court terme) a mené une étude de faisabilité relative à la rénovation (plans architecturaux et coûts) de la PNA.

FEI a recours à une base de données d'experts individuels ou d'organismes comme le GIP Esther. Pour mobiliser le Canal 1 dans le cadre du VIH/Sida, les termes de référence du projet doivent être liés au financement du fonds mondial.

L'établissement français du sang est en train de négocier une convention de partenariat avec le Sénégal. Il existe par ailleurs plusieurs coopérations décentralisées : l'île aux Enfants de Tourcoing, l'Hôpital Saint Louis, l'Institut Pasteur (statut de fondation de droit sénégalais), l'ANRS, l'IRD.

2- Mise en perspectives des actions menées au Sénégal

✓ Un processus lent

Les participants ont mis en avant la lenteur du processus d'action tenant à la culture locale mais aussi à la recherche d'un consensus en raison de la fragilité de la gouvernance politique locale, soucieuse d'éviter une « révolte » de la population et de gagner la faveur des sondages d'ici l'échéance des prochaines élections présidentielles en 2017. Le Gouvernement s'appuie par ailleurs beaucoup sur l'aide extérieure, notamment en termes de financement et d'appui technique.

✓ Dichotomie des lignes d'action et gouvernance du système à clarifier

Les participants ont par ailleurs fait état d'une dichotomie entre les lignes d'action respectives du MFPTDSOP et du MSAS avec d'une part le renforcement du régime contributif et d'autre part l'extension de l'assurance maladie sur une base non contributive avec la mise en place de la CMU et le renforcement des mutuelles. A noter que la réforme de l'assurance maladie obligatoire et le renforcement des IPM ne concerne que 10% à peine de la population.

En outre, des positions et prérogatives restent à trancher, notamment quant à la répartition des rôles de la CAPSU, de l'ICAMO, de la DGPSN et des Ministères.



✓ Régime contributif vs régime non contributif

Malgré l'existence d'une solidarité communautaire, la notion de solidarité n'est pas acquise en Afrique, elle doit être imposée (ex. du Rwanda) car les populations pauvres raisonnent selon une logique de survie sans projection dans l'avenir.

La BIT met ainsi en avant le lien entre couverture sociale et micro-fiscalité pour aller vers un régime contributif et obligatoire. A noter que l'imposition sur le revenu au Sénégal s'effectue par le biais de collectes pilotés par le Ministère des finances, dans les quartiers d'entrepreneurs, sur la base d'estimations arbitraires des stocks.

(Il semblerait que le BIT compte sur la nomination de Cheick Ibra Fall à la tête de l'ICAMO.)

Il est néanmoins certains que le pays sera confronté à la fraude sociale tant qu'il n'existera pas un accès universel à une offre de soins de qualité, qu'il s'agisse de l'accès aux soins des enfants, des personnes âgées, ou même des personnes séropositives, etc.

A ce sujet, il faudra déterminer si la gratuité est réellement universelle ou si les programmes de gratuité ne visent que les personnes qui ne bénéficient pas d'un autre régime. (Pour mémoire, le plan SESAME ne concernait pas, à l'origine, les fonctionnaires, puis il leur a été étendu conduisant à la perte du régime en raison d'insuffisance budgétaire).

Les personnes affiliées aux IPM ne fréquentent pas les mêmes offreurs de soins : médecins généralistes et spécialistes mais la qualité des soins offerts aux salariés est variable selon les IPM ; il ne faudrait pas exclure les enfants des salariés.

✓ Quid de la crédibilité de l'offre de soins ?

La couverture sanitaire universelle nécessite une couverture maladie universelle mais également une offre de soins de qualité, accessible et abordable. Comment crédibiliser un système de santé de qualité, en particulier dans les hôpitaux, CHU ?

Le Rapport de l'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé réalisée par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) en 2012-2013 illustre l'importance du fossé qui existe en matière d'offre de soins. A titre d'exemple, parmi les structures interrogées, 91% offrent des services aux diabétiques mais à peine un quart d'entre elles sont capables de réaliser la glycémie et 2% seulement disposent d'insuline.

✓ Identification des usagers

Le système d'identification des usagers se fait selon une approche verticale : l'identification des malades du VIH/Sida se fait par exemple via le numéro d'identification national, par le biais du MSAS.

✓ Acteurs africains d'envergure au Sénégal

La **mutuelle Transvie** dans le domaine du transport routier, élargit son champ d'action au transport maritime et ferroviaire. Elle a signé un accord avec le Maroc et travaillerait en lien avec des acteurs parisiens et internationaux.

L'**OAS (Observatoire Africain de la Santé)** est une organisation africaine de la santé basée au Burkina Faso, très engagée politiquement en Afrique sur les sujets qui l'intéressent. Son plan stratégique pour 5 ans met l'accent sur les mutuelles de santé et la couverture maladie.

