

# Compte-rendu de la mission accomplie par une délégation du GIP SPSI au Sénégal du 6 au 8 janvier 2014

Ref : 2014-3

*Une mission conduite par Raynal LE MAY, Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Essonne, s'est rendue à Dakar du 6 au 8 janvier 2014 afin de clarifier les dispositions du second accord cadre de coopération entre le GIP SPSI et la Commission de Supervision des Institutions de Sécurité Sociale (COSRISS) sous tutelle du Ministère de la Fonction Publique, du Travail, du Dialogue Social et des Organisations Professionnelles (MFPTDSOP) du Sénégal. Elle était composée de Jean MILLIEZ, ancien Directeur chargé des systèmes d'information à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et de Clara LEYMONIE, chargée de mission au GIP SPSI. Cet accord devrait être signé au premier trimestre 2014.*

## **Rappel du contexte :**

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 le 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. Cet accord portait sur l'élaboration d'un code unique de la sécurité sociale, la faisabilité d'un minimum vieillesse 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 portant sur 5 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

Une délégation du GIP SPSI s'est rendue à Dakar pour finaliser le contenu de cet accord.

## **La mission en bref :**

Deux journées ont été consacrées à l'étude des 5 axes de travail. La mission a permis de préciser certains points de l'accord quant aux attentes et besoins du Ministère de la Fonction Publique, du Travail, du Dialogue Social et des Organisations Professionnelles (MFPTDSOP) et aux possibilités du GIP SPSI. Des points restent cependant à définir, concernant plus particulièrement le renforcement de la capacité des acteurs de l'AMO. La mise en place de l'ICAMO et l'élaboration d'un schéma directeur du système d'information de l'AMO constituent par ailleurs des sujets techniques complexes qui demanderont à la partie sénégalaise un travail important en amont pour en préciser l'architecture et le périmètre de compétences. Quant à l'élaboration du Code unique de sécurité sociale, on note un véritable portage politique, la supervision de celle-ci ayant

été confiée au Conseiller technique n°1 du Ministre, mais il s'agit là d'un travail fastidieux dont le résultat dépendra fortement des capacités mobilisées et affectées à cette tâche.

La troisième journée a permis à la délégation de rencontrer d'autres acteurs de la santé au Sénégal, en particulier le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et l'Agence Française de Développement (AFD), et de resituer les différents axes de coopération dans la stratégie globale des pouvoirs publics sénégalais concernant la protection sociale en santé.

La délégation a achevé sa mission par un entretien avec le Ministre de la Fonction Publique, du Travail, du Dialogue Sociale et des Organisations Professionnelles (MFPTDSOP) qui s'est montré réjoui de la coopération menée entre le Ministère et le GIP SPSI, rappelant le fort engagement politique autour du Président de la République, Macky Sall, sur ces sujets.

## **I- Séminaire de travail sur le contenu du second accord cadre de coopération**

**Le séminaire s'est tenu les 6 et 7 janvier 2014 à la Direction Générale de la sécurité sociale du Ministère de la Fonction Publique, du Travail, du Dialogue Sociale et des Organisations Professionnelles (MFPTDSOP). Il était présidé par Karim CISSE, Conseiller technique n°1 du Ministre de la fonction publique, du travail, de l'emploi et des relations avec les institutions.**

La première journée, lundi 6 janvier, a été l'occasion de rappeler l'objet du séminaire visant la finalisation d'un avant projet de réforme de l'AMO et l'élaboration d'un code unique de sécurité sociale. **Karime CISSE** et **Raynal LE MAY** ont exprimé le souhait commun d'arriver à une signature dans les plus brefs délais. **Raynal LE MAY** a expliqué que ce séminaire serait l'occasion de préciser les attentes et les besoins du MFPTDSOP ainsi que les possibilités du GIP SPSI qui n'assure que des missions de coopération légère de courte durée. Il a ajouté que cette mission permettrait par ailleurs d'appréhender la manière dont ce nouvel accord s'inscrit dans la dynamique globale d'instauration de la couverture maladie universelle (CMU) au Sénégal et la réforme institutionnelle entreprise notamment avec la mise en place de l'ICAMO, rappelant que de nouveaux textes avaient été annoncés lors de la mission du GIP SPSI en janvier 2012 (décret portant statut de l'ICAMO, arrêté interministériel relatif aux IPM).

**Alpha NDIAYE, Conseiller technique n°3 du Ministre et Président de la COSRISS**, a rappelé la signature d'un premier accord entre la COSRISS et le GIP SPSI en 2009, revenant rapidement sur les actions ayant découlé de chacun des trois axes de l'accord : les préconisations faites à l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) quant à l'instauration d'un minimum vieillesse, l'élaboration d'une stratégie pour la mise en place du système d'information de l'AMO (élaboration d'une lettre d'orientation et d'un schéma directeur), la définition de préalables juridiques et institutionnelles à travers des échanges et ateliers constituant une base de travail pour l'élaboration d'un code unique de sécurité sociale. Ce dernier point sera précisé dans le nouvel accord s'inscrivant dans la continuité du premier.

***La première journée était consacrée aux axes portant sur la mise en place de l'ICAMO et la contractualisation avec les acteurs.***



## 1) Séance consacrée à la mise en place de l'ICAMO

**Marie Rosalie COLY, Inspecteur du travail à la Direction générale de la Sécurité Sociale, chef de la division des IPM,** a présenté les différentes institutions de prévoyance sociale (IPS) des travailleurs du secteur privé formel - CSS, IPRES, IPM - ainsi que leur cadre juridique respectif et la réforme en cours de l'assurance maladie. Un arrêté interministériel du 18 février 2013 est venu préciser le statut et le règlement intérieur des IPM. Toute entreprise comptant au moins 300 travailleurs (et non plus 100) doit créer une IPM ou, en-deçà de ce seuil, une IPM inter-entreprise. Le taux de cotisation mensuelle globale (financé de manière égale par les employeurs et les salariés) varie entre 4% et 15%, appliqué sur une assiette de 250 000 francs CFA maximum de salaire mensuel. Les IPM offrent une couverture sociale aux travailleurs permanents et leurs ayants-droits (les femmes travailleuses peuvent désormais prendre en charge leur mari) pour 50 à 80% des prestations de consultations médicales générales et spécialisées, les analyses, radios, médicaments sur ordonnance, les soins dentaires ou extractions dentaires, les accouchements, l'optique, les transports médicaux et l'hospitalisation chirurgicale et médicale, auxquels s'ajoutent des prestations facultatives.

Les cotisations salariales et patronales des entreprises membres des IPM constituent leur principale source de financement, auxquelles s'ajoutent à titre subsidiaire des contributions et subventions des entreprises. Les IPM représentent une source importante du financement de la santé : 50 à 60% des honoraires des médecins, 50% du chiffre d'affaires des pharmacies et 20 à 35% de celui des cliniques.

**Marie Rosalie COLY** a rappelé que l'instauration de la CMU se traduit par trois composantes au Sénégal à savoir l'AMO (assurance gérée par les IPM et imputations budgétaires pour les fonctionnaires), l'assurance maladie volontaire et l'assistance médicale. Le rôle des IPM dans le socle de protection sociale et dans la perspective de la mise en place de la CMU consistera à couvrir de manière universelle le monde du travail qu'il s'agisse du secteur privé formel (travailleurs permanents et non permanents), du secteur informel et des agents non fonctionnaires de l'Etat. Or actuellement les IPM couvrent de manière effective 120 000 travailleurs parmi les 400 000 travailleurs du secteur privé formel, représentant 700 000 bénéficiaires (parmi les 1 280 000 bénéficiaires potentiels). Quant aux travailleurs non permanents et aux travailleurs du secteur informel, ils ne sont pour l'instant pas couverts, sauf exceptions.

Sur la base d'une étude réalisée par l'ADECRI en 2009 à la demande de la COSRISS, le MFPTDSOP a engagé une réforme de l'AMO pour pallier ces goulots d'étranglement, selon 3 axes : une réforme juridique avec la réactualisation des principaux textes régissant les IPM, une réforme institutionnelle avec la création de l'ICAMO et une réforme de la gouvernance avec la mise sur pied du fonds de garantie et de solidarité des IPM, une régulation médico-économique avec le recrutement d'un médecin conseil au niveau de l'ICAMO, un renforcement de la capacité des acteurs et la définition d'un profil de gérant de l'ICAMO.

Le Sénégal compte 91 IPM alors que les autres branches sont régies par des organes uniques CSS (AT/MP et prestations familiales) et IPRES (retraites). Chaque IPM fait l'objet d'un arrêté de création par la Direction des IPM du MFPTDSOP qui assure une tutelle sur chacune d'entre elles. Malgré cette proximité avec les IPM, l'éparpillement de ces dernières engrange des difficultés de coordination, de suivi, de contrôle et de gouvernance des IPM.



**L'ICAMO** aura pour objet de réaliser des missions communes au profit de l'ensemble des IPM à savoir : représenter les IPM auprès des autorités, veiller à l'équilibre financier du régime obligatoire de l'AM des salariés et à ce titre conseiller et assister les IPM, voire prendre en charge les risques pesant sur les IPM. L'ICAMO sera par ailleurs chargée d'exercer toute mission d'intérêt commun au profit des IPM dans le cadre des relations avec les professionnels de santé et d'intégrer les services d'un médecin conseil. Il devra concevoir et mettre en œuvre toute disposition de nature à faciliter la gestion administrative des IPM (informatique, gestion des actions de formation, contentieux, achat des équipements et fournitures), offrir des formations destinées au renforcement des acteurs et apporter un appui technique aux entreprises informelles.

**Composition** : une assemblée générale, un conseil d'administration (organe de décision), un bureau exécutif (composé d'un directeur, d'un trésorier et d'un secrétaire général), éventuellement une commission technique consultative, et plusieurs services techniques (contrôle médical, information statistique, fonds de garantie et de solidarité des IPM, audit général et contrôle, contentieux). Afin de pallier la difficulté de la sécurité sociale à capter l'économie informelle et à intégrer les travailleurs migrants dans la branche d'assurance maladie, s'ajouteront deux bureaux annexes des IPM inter-entreprise respectivement en charge des travailleurs non permanents et des travailleurs migrants.

L'ICAMO aura un rôle d'interlocuteur unique de l'AMO.

Le MFPTDSOP a identifié 3 types de besoins relatifs à la mise en place de l'ICAMO portant sur l'organigramme de l'ICAMO, le financement des frais d'investissement initial et le cahier des charges du médecin conseil. La partie sénégalaise a par ailleurs fait part de son souhait d'appliquer le statut d'Institution de prévoyance sociale (IPS) à l'ICAMO tout en allégeant la structure. Elle a interrogé la délégation quant à la pertinence d'appliquer les dispositions de la loi du 3 avril 1975 relative aux IPS à l'ICAMO ainsi que sur l'opportunité et l'exhaustivité des services techniques présentés.

- **Raynal LE MAY** a mis en avant l'enjeu des bureaux annexes comme levier d'extension de la CMU dans une logique assurantielle, suggérant que l'ICAMO soit à la fois une structure faitière et une structure prestataire pour les travailleurs non permanents. La partie sénégalaise ne souhaite cependant pas que l'ICAMO délivre de prestations. Les travailleurs non permanents seront gérés par une IPM spécifique.

Plusieurs préoccupations ont par ailleurs été soulevées par les participants au sujet de l'ajout d'une commission technique consultative au nombre des organes de l'ICAMO puisqu'une commission telle qu'envisagée par la Direction des IPM ne figure à l'heure actuelle dans aucun autre organisme de protection sociale. **Mamadou Racine SENHOR, Directeur de la protection sociale, MFPTDSOP**, a également mis en garde contre une éventuelle redondance entre le bureau exécutif et le conseil d'administration et a préconisé l'instauration d'un bureau opérationnel, cantonné aux aspects de gestion.

- Le MFPTDSOP envisage un financement initial de l'ICAMO sur la base de 2% de prélèvement sur l'ensemble des cotisations des IPM pour les frais de gestion de l'ICAMO, ainsi qu'un autre prélèvement destiné au fonds de garantie et de solidarité. La partie sénégalaise souhaiterait faire une requête de financement partiel pour ce faire auprès de P4H et a sollicité un appui du GIP SPSI dans cette démarche. La partie française a expliqué qu'elle ne pouvait prendre d'engagement sur



ce point, rappelant que le GIP ne dispose pas de financement propre et que P4H n'est qu'un réseau ne disposant pas d'enveloppe propre.

- Afin d'assurer un contrôle médical et la maîtrise médicalisée des dépenses, le MFPTDSOP souhaite instaurer un contrôle médical efficace au sein de l'ICAMO avec un médecin conseil dont le cahier des charges (profil, tâches, etc.) reste à définir. Plusieurs IPM travaillent d'ores et déjà avec des médecins libéraux qui interviennent à titre privé mais il n'existe pas de corps de métier autonome. Le médecin conseil pourrait siéger au bureau exécutif.

La viabilité financière de l'ICAMO a suscité des discussions ainsi que la création d'un organe de contrôle permettant d'assurer, outre le contrôle médical, un recouvrement effectif des cotisations. Les difficultés financières rencontrées par les IPM ne bénéficiant pas de subventions, notamment en raison de difficulté de prélèvement des cotisations, ont été mises en avant. **Raynal LE MAY** a donné l'exemple de l'URSAFF en France, questionnant sur la capacité de l'ICAMO à assurer une fonction de lutte contre la fraude sociale, outre le mécanisme de sanctions existant et le corps des inspecteurs du travail et de la sécurité sociale dont il est prévu de renforcer les capacités dans le cadre de l'accord.

Plusieurs autres points ont fait l'objet de discussions à savoir : un service transversal en charge des systèmes d'information statistiques (organisation et technique), la relation entre le fonds de garantie et de solidarité des IPM et le fonds de garantie qui sera institué au Ministère de la santé pour les mutuelles sociales, le champ d'action de l'ICAMO et notamment la gestion de la branche maternité par les IPM qui aujourd'hui ne couvrent que les prestations en nature (la CSS gère les prestations en espèces : indemnités journalières et pré et post-natales).

**Mamadou Racine SENGHOR** a rappelé le travail en cours sur la mise en place d'un régime simplifié des petits contribuables dans le cadre d'une convention GIP SPSI/BIT, et a fait part d'une volonté de cohérence globale et d'articulation de l'ICAMO avec le processus de mise en place de la CMU.

Les parties se sont entendues sur le fait que la partie française donne un avis et fasse des observations sur le projet d'organigramme de l'ICAMO et le cahier des charges pour le médecin conseil, à charge pour la partie sénégalaise d'en définir le contenu, en particulier concernant l'ICAMO elle devra préciser les fondamentaux à savoir les missions, fonctions, organisation, traitement de l'information. La partie sénégalaise organisera par ailleurs une rencontre avec un médecin conseil français à l'occasion d'une visite d'étude de la délégation sénégalaise (dans le cadre du renforcement des capacités des acteurs de l'AMO) ou d'un atelier à Dakar animé par la partie sénégalaise. Cette action pourrait alors être couplée avec celle envisagée pour la contractualisation avec les médecins. La partie française a rappelé qu'il était important de définir précisément au préalable les missions et domaines de compétences de l'ICAMO.

## 2) Séance consacrée à la contractualisation avec les professionnels de santé

**Alpha NDIAYE** a rappelé que le but de cet axe de travail était d'élaborer un projet de convention type avec les prestataires de soins en opérant un focus sur les médecins dans un premier temps. Cette convention type servira ensuite de modèle pour les contrats passés avec les autres catégories de prestataires de soins.

**Ibra FALL, Président de l'association des gérants d'IPM, Gérant de l'IPM Sonatel (Société**



Nationale des Télécommunications du Sénégal, filiale d'Orange) et **Secrétaire général du Syndicat national des travailleurs de l'électricité du Sénégal** (Syntes)<sup>1</sup>, a expliqué que jusqu'à présent les arrangements contractuels entre IPM et syndicats des médecins privés se résument à la seule tarification des actes minimaux du secteur privé (arrêté interministériel du 19 avril 2002). Il n'existe pas de conventions nationales portant sur les prestations de soins et autres besoins des IPM en termes de plateau technique. La tarification est éclatée et les prestations sont facturées aux IPM de manière hétérogène. Le Ministère souhaite harmoniser les coûts au niveau national et envisage dans le cadre de la réforme hospitalière, d'ouvrir l'accès des conseils d'administration des hôpitaux aux IPM qui jusqu'à présent et contrairement à la CSS, n'y sont pas représentées et se voient imposer les tarifs des honoraires médicaux. A noter que le Ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS) a instauré une Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat (CAFSP) en 2011 et souhaite impliquer le secteur privé (IPM) dans la gestion de la santé, dans le cadre de la mise en place CMU (décentralisation et réforme hospitalière).

Un guide d'opérationnalisation de la politique de contractualisation a été élaboré. **Ibra FALL** a présenté les prérequis à la contractualisation, les éventuelles difficultés pouvant être rencontrées, les possibilités de contenu et les procédures de délégation et d'agrément de signature aux acteurs de la santé ainsi que le contrôle exercé par l'Etat sur la base d'une convention cadre entre le Ministère de la santé publique et les mutuelles.

L'ICAMO pourra signer des conventions avec les syndicats représentatifs de médecins, avec l'agrément du Ministre de la santé et de l'action sociale par le biais d'un arrêté ministériel et le cas échéant d'autres ministres (Ministre du commerce, de l'entrepreneuriat et du secteur informel, Ministère de l'économie et des finances). Reste à déterminer la personne qui pourra signer au nom de l'ICAMO (président du conseil d'administration comme dans les IPM, Directeur comme dans les IPS...), ainsi que le lieu d'enregistrement des contrats.

Il a été convenu que la partie française donnerait un avis sur un modèle de convention nationale passée avec les médecins, que lui communiquera la partie sénégalaise. Elle participera par ailleurs à un atelier de validation du modèle de convention à Dakar, regroupant les syndicats représentatifs de médecins du Sénégal, avec l'appui éventuel d'un médecin-conseil français et/ou d'un directeur de CPAM. La partie française a rappelé que le préalable à la contractualisation avec les médecins est la mise en place fonctionnelle de l'ICAMO qui sera l'organe contractant avec les représentants des professionnels de santé.

La partie sénégalaise a fait part de sa volonté de procéder rapidement à la mise en place effective de l'ICAMO, dès le premier trimestre 2014 et d'envoyer le projet de convention à la partie française au plus tard fin mars 2014. Une réunion est d'ores et déjà organisée chaque semaine entre les représentants des IPM et les syndicats de médecin afin de déterminer le cadre d'une convention type. La partie sénégalaise devra ensuite déterminer le déroulement de l'atelier de validation qui devrait avoir lieu début mai.

***La seconde journée, mardi 7 janvier, a porté sur les 3 derniers axes et a été suivie d'une rencontre avec le Directeur de cabinet de la Ministre de la santé et de l'action sociale et le Docteur Jérôme CLOUZEAU, Conseiller technique au MSAS.***

---

<sup>1</sup> Ibra Fall est également à l'origine du progiciel LAMPS utilisé par les 2/3 des IPM pour le traitement informatique des prestations.





### 3) Séance relative au système d'information de l'assurance maladie obligatoire

La partie sénégalaise a fait part de sa volonté d'harmoniser le système d'information de l'AMO et d'acquiescer un logiciel type de gestion que toutes les IPM seraient amenées à utiliser. A l'heure actuelle les données relatives aux assurés sont gérées par des systèmes décentralisés, autonomes, et par conséquent très hétérogènes. Le logiciel LAMPS semble le plus complet et le plus intégré (gestion technique et comptable); il est utilisé par 70 IPM (soit plus des 2/3 des IPM). Un audit complet devrait cependant être réalisé afin d'évaluer sa capacité à être « industrialisé ». Le logiciel type pourrait éventuellement à terme être étendu au niveau national aux mutuelles communautaires dans le cadre de la CMU.

La faible informatisation des IPM et l'absence de logiciel de gestion harmonisé au niveau des IPM impliquent l'absence de statistiques fiables en matière d'AMO, une difficulté à déterminer exactement le nombre d'IPM existant au Sénégal, ainsi que de manière précise la couverture, les prestations offertes, les dépenses effectuées et le taux réel de contribution. Cela rend la centralisation et le traitement des données des IPM difficiles au niveau de la tutelle. Les données sanitaires sont compilées par le MSAS dans les comptes nationaux de la santé triannuels mais il semblerait que ces derniers n'aient pas été alimentés depuis 2008.

**Ibra FALL** a rappelé les recommandations faites par le GIP SPSI en 2012 et l'étude à partir de laquelle a été identifié l'état actuel des systèmes d'informations. Concernant la gestion des données et le préalable de l'identifiant unique des travailleurs et de leurs ayants droit, il est envisagé d'utiliser le numéro d'identification national, couplé au matricule des assurés jusqu'à présent utilisé par les IPM, et le numéro d'inscription à l'ordre pour les prestataires de soins (médecins, pharmaciens, etc.); il faudra modifier la numérotation des chirurgiens dentistes opérée jusqu'alors par ordre alphabétique. Pour les médicaments, la codification se fera au niveau national grâce au code identifiant de présentation (CIP).

**Jean MILLIEZ** est revenu sur ses préconisations de novembre 2010 et janvier 2012, insistant sur la nécessité de définir dans un premier temps et par écrit, les missions respectives des IPM et de l'ICAMO et d'élaborer une note de lancement dont devra découler le schéma directeur du système d'information visant à en définir les grandes orientations fonctionnelles. Ces dernières devront préciser le champ du système d'information, ses composantes, ses orientations techniques, sa structure et ses instances de management, ses ressources et enfin les projets à mener qu'il faudra prioriser et budgétiser. Viendront ensuite les questions techniques d'ordre informatique. **Jean MILLIEZ** a rappelé que la mise en place de l'ICAMO et la détermination de ses fonctions et de son rôle dans le système d'information constituaient un préalable à son instauration ; il devra ensuite être déterminé si chaque IPM va continuer à être autonome et utiliser son propre serveur ou s'il s'agira d'un système national dont toutes les IPM ne seront que des clients.

La réalisation d'une étude approfondie de l'existant et la planification et priorisation des actions sont également essentielles. Le logiciel LAMPS constitue un canevas pouvant servir de base. **Jean MILLIEZ** préconise de faire une enquête auprès des utilisateurs et un audit complet du logiciel afin d'en évaluer la capacité à être « industrialisé ». Une mise en concurrence formelle via un appel d'offre permettrait de justifier son choix obligatoire par l'ensemble des IPM. L'expérience de l'IPM Sonatel avec l'opérateur Almerys dans l'utilisation d'un système de dématérialisation et d'automatisation des échanges entre les patients, l'IPM, les médecins et la Sonatel depuis 2011



constitue également une pratique riche à exploiter (chaque salarié et ayant droit dispose d'une carte à puce « Cleyris » permettant l'automatisation des échanges patients/IPM et de l'envoi des factures aux IPM par les professionnels de santé)<sup>2</sup>.

**Jean MILLIEZ** a par ailleurs mis l'accent sur la normalisation des données utiles et a invité à réfléchir au périmètre du recueil et de la consolidation des données, insistant sur l'importance des données médicales.

Les parties se sont entendues sur la transmission d'un canevas de la note de lancement du projet de système d'information par la partie française au plus tard fin janvier, dont découlera le schéma directeur, à charge pour la partie sénégalaise de compléter la note, de rédiger le schéma directeur et d'organiser par la suite un atelier de validation du schéma directeur avec la participation de la partie française. Cet atelier sera animé par l'ICAMO.

#### 4) Séance relative au Code unique de sécurité sociale

**Karim CISSE** a présenté le contexte législatif du Sénégal en matière de protection sociale mettant une nouvelle fois en avant la disparité des textes [**IPS** : Code de la SS (lois juil. 1973 et mars 1997), loi av 1975 ; **CSS** (Code de la SS, loi juil. 1973, loi juin 1991, décret avr. 1980): AT/MP (arrêté juil. 1977, loi déc. 1997), prestations familiales (décret fév. 1986) ; **IPRES** : gestion vieillesse, survivant, invalidité (décret avr. 1975) ; **IPM** : maladie professionnelle (décret août 1975, arrêté juil. 1976, arrêté avr. 2012, décret août 2012, arrêté fév. 2013)]. Il a expliqué que l'objectif est de regrouper l'ensemble des branches de la sécurité sociale dans un instrument législatif unique, clair, afin de faciliter la gestion notamment en matière de financement de la sécurité sociale. Les taux de cotisations sont fixés par voie législative (loi de 1973) mais certains organismes ont par ailleurs la possibilité de les fixer par voie réglementaire.

Ce code unique de sécurité sociale intègrera l'ensemble des normes existantes relatives à ce secteur (de nature législative et décrétable uniquement) et s'inscrira ainsi dans la continuité des textes en vigueur de droit public et de droit privé, tout en palliant ses manquements. Il aura donc également pour vocation de trancher sur certaines zones d'ombres (attributions du conseil d'administration et du directeur, gestion de la branche maternité et de la branche invalidité, etc.) et d'intégrer de nouveaux aspects de la couverture sociale (retraite complémentaire par capitalisation et salaire minimum en cas de perte d'emploi). Les termes de référence ont été validés ; à noter qu'ils ne prévoient pas d'intégrer les futurs textes sur la CMU. La loi 75-50 du 03 avril 1975 relative aux IPS joue le rôle de loi cadre puisqu'elle régit l'ensemble des IPS.

**Karim CISSE** a rappelé les recommandations faites par les GIP SPSI en janvier 2012 dont notamment la nécessité d'un portage politique au plus haut niveau, l'implication de la commission des lois de l'assemblée nationale et des différents acteurs concernés et l'instauration d'un comité de pilotage. Il a fait part de l'engagement politique pris par le Président de la République Macky

---

<sup>2</sup> Almerys est un opérateur français de service (tiers-payant) pour les professionnels de la santé, filiale du Groupe Orange, implantée à Clermont-Ferrand. La carte Cleyris a pour objet de remplacer le livret de famille et de jouer le rôle de carnet de santé (elle présente la photo des ayants droit et permet de retracer toutes les actions, prescriptions et antécédents médicaux). Chaque professionnel de santé agréé dispose d'un lecteur de carte et d'un logiciel permettant un accès sécurisé aux informations de l'adhérent et à la réalisation de la facture. La collaboration entre Almerys et Sonatel constitue le premier déploiement à l'international de la carte Cleyris.





Sall sur le sujet ainsi que sur la réforme de l'assurance maladie et la volonté de faire avancer les choses rapidement.

Le Ministère de la FPTDSOP est en train d'arrêter la composition d'un comité de coordination et de pilotage de la réforme du cadre juridique de la sécurité sociale. Ce comité donnera les orientations du gouvernement et sera présidé par un représentant du MFPTDSOP. Il regroupera des représentants de la Présidence de la République, de la Primature, de la Commission des lois de l'Assemblée Nationale, des ministères en charge de l'économie et des finances, des affaires étrangères, de la santé, de la famille, du secteur informel, du commerce, de l'emploi et de la justice, ainsi que la COSRISS, la CSS, l'IPRES, les IPM et chacune des organisations d'employeurs et syndicats les plus représentatifs. Ce comité devra superviser le travail d'un comité de rédaction qui sera mis en place pour rédiger l'avant-projet de code. Ce dernier regroupera les représentants des directions des ministères intéressés ainsi que la CSS, l'IPRES, des universitaires, experts du BIT, expert du GIP et éventuellement les juristes des ministères (conseillers). La composition définitive des deux comités sera définie par arrêté ministériel. Une réunion ministérielle s'est tenue sur la matrice d'action.

Les participants ont mis en avant l'importance de définir de manière préalable le périmètre du code, de partir de l'existant et d'intégrer des acteurs de terrain à la rédaction, insistant sur la nécessité d'englober les 3 piliers de l'assurance maladie (assistance sociale, assurance obligatoire, assurance volontaire). **Raynal LE MAY** a proposé d'intégrer les textes sur la CMU dans le code mais un représentant du MSAS s'est montré sceptique quant à une telle intégration, précisant que le MSAS envisage l'élaboration d'une loi sur la CMU et la mise en place de la Caisse autonome de protection sociale universelle (CAPSU).

Les parties se sont entendues sur une aide à la formation aux outils méthodologiques de la légistique, plus particulièrement de la technique de codification qui se tiendra au premier semestre 2014. **Raynal LE MAY** a rappelé que le GIP SPSI pourrait aider la partie sénégalaise à trouver des formateurs en liaison avec le Conseil d'Etat et l'EN3S pour intervenir auprès du comité de rédaction et lui apporter une aide méthodologique à la technique de codification, mais ne prendrait pas part à la rédaction en elle-même. Il a demandé à la partie sénégalaise de lui transmettre un cahier des charges reprenant les éléments de contexte, les termes de référence et les besoins identifiés, afin de les communiquer à l'expert qui sera mobilisé. La réalisation d'une étude d'impact a par ailleurs été suggérée par les participants pour tenir compte de la viabilité du processus. La partie sénégalaise a exprimé le souhait d'une participation française plus poussée dans l'accompagnement à la codification et a demandé si le GIP SPSI pouvait apporter une expertise technique sur l'intégration de nouvelles garanties de protection sociale telles qu'une couverture en cas de chômage (substitution de revenus temporaire en cas de licenciement économique), et une retraite complémentaire-invalidité.

## 5) Renforcement des capacités des acteurs de l'ICAMO

**Marie Rosalie COLY** a présenté les différents acteurs de l'AMO nécessitant un renforcement des capacités ainsi que leur rôle respectif : employeurs et travailleurs (obligation de mise en place des IPM, appelés à être membres des organes de direction des IPM), agents de l'administration du travail (inspecteurs et contrôleurs du travail et de la sécurité sociale, agents de statistiques du travail), administrateurs d'IPM (gérants trésoriers : administration technique des IPM), prestataires



de soins (premiers collaborateurs des IPM), organisations syndicales et organismes représentatifs des travailleurs, ministères de tutelle.

L'étude réalisée par l'ADECRI en 2009 a mis en lumière certaines lacunes quant à la capacité des acteurs de l'AMO au regard du niveau de connaissance sur la réglementation des IPM et leur fonctionnement technique, la difficulté d'exploitation des états financiers des IPM, la faiblesse du contrôle des entreprises dans le domaine de l'AMO et la difficulté de suivi en découlant, les problèmes de gouvernance et de gestion des IPM, l'insuffisance des données statistiques détaillées sur les IPM et leur traitement.

En découlent des besoins en termes de formation de trois ordres :

- une formation des formateurs sénégalais en assurance maladie portant sur la gestion comptable et technique et le contrôle des organismes d'assurance maladie, la contractualisation avec les prestataires de soins, les missions du médecin conseil et l'exploitation d'un système d'information et le traitement des données statistiques afin d'évaluer le taux de pénétration des IPM. Ces formateurs vont former par la suite les différents acteurs de l'AMO ;
- un renforcement des capacités des inspecteurs et contrôleurs du travail et de la sécurité sociale afin d'opérer un contrôle plus efficace ;
- un appui aux formations dispensées au Sénégal aux acteurs de l'AMO.

Les participants ont évoqué la nécessité de définir un profil des gérants d'IPM, précisant qu'ils ont surtout besoin de formation en gestion plus qu'en assurance maladie. Les deux parties se sont entendues sur une formation des formateurs en assurance maladie en France, alliant cours théoriques et visites de terrain, précisant que le GIP SPSI ne pourrait former les acteurs sénégalais qu'au fonctionnement du système français. Il a été demandé à la partie sénégalaise de préciser le cahier des charges des formations ainsi que le profil des participants afin d'en déterminer la durée. Les experts français pourraient dans un second temps accompagner les formateurs sénégalais dans les cours qu'ils délivreront à Dakar. Un représentant du Ministère de l'économie et des finances a fait part de l'existence d'un organe de formation interne au Ministère délivrant des formations diplômantes et à la carte.

La partie française a émis des réserves quant à l'appui à la demande de formations des inspecteurs et contrôleurs du travail et de la sécurité sociale auprès de l'EN3S ou d'organismes internationaux habilités tels que l'IM2S et le centre de formation du BIT à Turin pour une courte période de 10 jours, rappelant que de telles formations sont en outre payantes. La partie sénégalaise a fait part de son intention de solliciter un financement de P4H ou de l'AFD. **Raynal LE MAY** a précisé l'existence d'une formation de 6 mois au CESGOS par quelques inspecteurs du MFPTDSOP ou de 18 mois à l'IM2S dont 4 mois se déroulent en France (pour les cadres supérieurs). Le Sénégal travaille déjà avec le CIFOX. D'autres pistes de formation ont été évoquées telles que des formations délivrées par la Banque Mondiale sur la couverture sanitaire universelle ou les bourses du Ministère des affaires étrangères français via Campus France.



## II- Rencontres annexes

*Mardi 7 janvier, la délégation a été reçue au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale par Mame Abdoulaye GUEYE, Directeur de cabinet de la Ministre de la Santé et de l'Action sociale, et le Dr Jérôme CLOUZEAU, Conseiller technique au Ministère, en présence du Professeur Seydou Badiane, Directeur de la Cellule d'appui à la couverture maladie universelle (CACMU).*

Cette rencontre a été l'occasion d'un échange sur la mise en place de la CMU et l'enjeu politique de la réforme.

Le Président de la République, Macky Sall, a pris des engagements forts concernant l'extension de la protection sociale. La présidence vise ainsi une couverture de 75% de la population d'ici 2017<sup>3</sup>, échéance des prochaines élections présidentielles, alors qu'aujourd'hui seuls 20% de la population est couverte. Pour ce faire, l'Etat s'est engagé pour le développement de la CMU, à travers l'élaboration du plan stratégique de la CMU (PSD-CMU 2013-2017)<sup>4</sup>, mettant l'accent, outre sur **(I)** la réforme des IPM et la mise en place de l'ICAMO (représentent 7-8% de la population et 14 milliards de Francs CFA), sur **(II)** le développement de la CMU de base à travers la promotion et le développement des mutuelles de santé qui visent les travailleurs du secteur informel assimilés à des travailleurs indépendants et le secteur rural. Ce projet (« décentralisation et assurance maladie – DECAM) comprend la mise en place d'une section de mutuelle de santé dans l'aire géographique de chaque poste de santé, d'une institution mutualiste dans chaque collectivité, la création d'unions de district des mutuelles communautaires et d'unions régionales de mutuelles de santé.

Le projet repose sur **1)** une subvention de l'Etat à hauteur de 50% des cotisations (3500 francs CFA), **2)** une subvention totale des cotisations pour les personnes identifiées comme indigentes, **3)** une prise en charge à hauteur de 80% des coûts (des paniers de soins de base et complémentaires ont été définis d'après une étude de viabilité des mutuelles) et **4)** le renforcement de la réglementation à travers la mise en place d'un office national de la mutualité sociale et d'un fonds de garantie des mutuelles sociales.

L'idée est d'accroître les capacités et de professionnaliser ces mutuelles reposant initialement sur le bénévolat et dont le taux de pénétration est pour l'instant très faible. Un département pilote va être instauré dans chaque région. Quatre départements ont d'ores et déjà mis en œuvre le projet depuis un an et trois d'entre eux font valoir une forte adhésion dans les mutuelles communautaires. L'enjeu est le maintien des adhésions sur la durée.

L'instauration d'une fédération des mutuelles est en cours de négociation, afin de regrouper les mutuelles professionnelles et les mutuelles communautaires. **Mame Abdoulaye GUEYE** a expliqué que les choses prennent du temps, rappelant qu'il avait fallu 4 ans pour mettre en place l'Union nationale des mutuelles communautaires. Il espère voir diminuer l'assistance et pouvoir faire évoluer la protection sociale au Sénégal vers un système complètement assurantiel comme au Rwanda, avec un relai des mutuelles de santé qui paieraient les prestataires de soins.

Le plan stratégique porte également sur **(III)** le renforcement des dispositifs de gratuité existants (exemption de paiement des accouchements et des césariennes (2005), subvention des maladies à soins coûteux (2005), prise en charge des personnes âgées de 60 ans et plus (plan SESAME, 2006).

<sup>3</sup> Date des prochaines élections présidentielles.

<sup>4</sup> Voir l'aide-mémoire de mission de l'AFD, Mission de pré-identification du projet « Amélioration de l'accès aux soins des enfants de moins de 5 ans au Sénégal » (Initiative Santé Solidarité Sahel - ISS), 10-11 septembre 2013.



Ce renforcement doit s'opérer par une **1)** une augmentation des fonds alloués, **2)** le renforcement du système de gestion des gratuités, **3)** l'intégration des fonds spécifiques aux personnes âgées dans la liste des médicaments essentiels, **4)** l'extension de la gratuité de la césarienne et des accouchements sur l'ensemble du territoire depuis le 1<sup>er</sup> janvier, y compris dans la région de Dakar (qui était exclue du dispositif jusqu'à présent). Le taux de césarienne n'est néanmoins que de 5%.

Enfin, **(IV)** les enfants de moins de 5 ans font l'objet d'une attention particulière. Les enfants de moins de 5 ans représentent 2,5 millions d'enfants au Sénégal, soit 22% de la population. L'enjeu est d'assurer la gratuité des soins pour ces derniers selon une application progressive en deux étapes et de la maintenir sur la durée. Ainsi depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2013 sont exemptés de paiement les tickets de consultation, vaccination et hospitalisation au niveau des postes et centres de santé, de consultation aux urgences et de consultation des malades référés au niveau de l'hôpital. Depuis janvier 2014 toutes les affections sont prises en charges au niveau des postes et centres de santé, de même que les urgences à l'hôpital.

La CACMU est chargée de la stratégie de mise en œuvre du programme CMU. Au total, 13,5 milliards ont été alloués pour répondre aux besoins de la mise en place de la CMU. A titre de comparaison, l'hôpital principal de Dakar présente un coût de fonctionnement s'élevant à 13 milliards de francs CFA par an, pour une qualité de prestations de soins supérieure aux autres hôpitaux de la région. A noter que 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.

Le gouvernement a en projet l'adoption d'une loi sur la CMU en 2014 portant sur les aspects de financement et de gouvernance, qui viendrait compléter la loi de juin 2003 régissant les mutuelles et l'adhésion à celles-ci (règlementation UEMOA) et la loi d'août 1975 relative aux IPM, précisée par le décret d'août 2012. Aujourd'hui le périmètre des cotisations, panier de soins, etc. est établi dans le cadre de conventions passées entre le MSAS et les prestataires de soins mais ces conventions peuvent être remises en cause et ne peuvent être passées avec le secteur privé. Des paniers de soins doivent être définis par niveaux : dispensaires (soins primaires avec accès aux médicaments génériques), centres de soins, hôpitaux, avec des tarifs opposables aux IPM et aux mutuelles.

Le Président de la République a par ailleurs décidé la mise en place d'une caisse autonome de prévoyance sociale universelle (CAPSU) couvrant la CMU et les « bourses de sécurité » (bourses familiales). Une dotation budgétaire de 10 milliards de francs CFA a été allouée à la CAPSU en 2013, 5 milliards étant destinés à la CMU (dont 1,5 milliards pour le dispositif de gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans) et 5 milliards aux bourses familiales.

En 2014, les bourses familiales visent 50 000 familles, avec des bourses de 100 000 francs CFA par an et par famille et sont gérées depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2013 par la Direction Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSN) sur la base du registre unifié dans l'attente de la mise en place de la CAPSU. Le système devrait bénéficier à 250 000 familles d'ici 2017.

La retraite reste gérée par l'IPRES qui a récemment opéré une revalorisation des pensions. Néanmoins, de nombreux travailleurs retraités ne perçoivent pas le salaire minimum légal sénégalais malgré cette revalorisation. Le paquet du plan SESAME va être redéfini et sera cofinancé par le Ministère à hauteur de 850 millions et l'IPRES (300 millions). L'appui de la Caisse de Sécurité Sociale sera également sollicité.



La CAPSU a vocation à venir chapeauter l'ensemble de la couverture maladie : les mutuelles de santé volontaires, l'assurance obligatoire (y compris les IPM et l'ICAMO) mais l'articulation avec l'ICAMO nécessitera une clarification. Le MSAS aimerait s'inspirer de l'organisation et du pilotage de la caisse de sécurité sociale du Ghana. Un atelier d'orientation sur les modalités d'organisation de la CAPSU est prévu dans l'optique d'un échange et d'une articulation entre les différents acteurs gravitant dans le champ de la protection sociale (MFPTDSOP, MSAS, Ministère de la famille, DGPSN, etc.).

De nombreux partenaires interviennent sur le financement de la CAPSU (Banque mondiale, AFD, UNICEF, USAID, BIT et coopération technique belge). La DGPSN a fait une demande de financement auprès de l'AFD pour mener une étude en vue de définir le rôle, le statut et le montage juridique de la futur CAPSU, pour laquelle des termes de référence ont été élaborés. La DGSS va lancer un appel d'offre pour la mise en place de la CAPSU initialement prévue pour le premier trimestre 2014.

### **Mercredi 8 janvier, la délégation a rencontré Ibrahima DIALLO, Chargé de projet de l'Agence de l'AFD à Dakar. Ce dernier a fait part à la délégation de sa vision sur la mise en place de la CMU.**

**Ibrahima DIALLO** a expliqué que l'engagement de l'AFD était assez récent en matière de santé au Sénégal, ayant débuté en 2012 dans le cadre de la coopération bilatérale France Sénégal en faveur des OMD santé (4 et 5). L'AFD vient en appui aux politiques nationales. Sa démarche s'inscrit dans une réponse à une demande du gouvernement sénégalais, en particulier de la DGSS, mais également un engagement de la France dans le cadre de l'Initiative Santé Solidarité Sahel (I3S) instaurée par le Ministre du développement Canfin, ciblée sur la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans. 5 millions d'euros ont été alloués au Sénégal. La gestion de cette enveloppe budgétaire a été confiée à l'AFD.

Une visite d'Adrien Absolu, chef de projet au sein de la division santé et protection sociale de Paris est prévue en février pour établir une stratégie avec le Ministre et la CACMU. Le fonds servira certainement en grande partie à l'achat de prestations de services. Depuis le second trimestre 2013, la gratuité des consultations est assurée. La gratuité a été étendue aux hospitalisations jusqu'à 7 jours et aux vaccinations en janvier 2014.

**Ibrahima DIALLO** a mis en avant un engagement politique fort mais des difficultés à le concrétiser, mettant en exergue deux faiblesses des systèmes de gratuité au Sénégal risquant de mettre en péril leur viabilité:

- l'absence de système spécifique de contrôle et de système d'information fiable et un état civil fragile conduisent à de nombreux abus à la fois des hôpitaux (font remonter de fausses factures) et des patients. Cela est amené à continuer tant qu'il n'existera pas d'accès universel à des services de santé de qualité.
- l'insuffisance de l'enveloppe budgétaire initiale allouée (exemple de la gratuité des césariennes et du plan SESAME).

Le renforcement et la professionnalisation des mutuelles communautaires apparaissent par ailleurs un enjeu essentiel pour supporter la demande accrue de soins qui va découler de la mise en place de la CMU, de même que l'optimisation de personnels de santé de qualité dans le secteur



publics. La carte sanitaire se répartit entre les cases de santé (matrones et agents communautaires de santé) et postes de santé (infirmiers) et les centres de santé (médecins) et semble acceptable en termes de nombre et de répartition des infrastructures mais de nombreux professionnels de la santé vont dans le secteur privé ou sont au chômage. L'amélioration des infrastructures, de l'équipement, de la gestion semblent également nécessaires. En outre, les postes et centres de santé disposent de structures de gestion et d'un système de collecte et de transmission via des rapports consolidés par district et par région mais pas de système d'information consolidé au niveau national. Le MSAS est en train de mettre en place un système informatisé mais depuis 2010 les données sanitaires sont bloquées par les agents sous la pression syndicale. **Ibrahima DIALLO** s'interroge sur la continuité de la collecte des données dans cette période de rétention.

L'AFD étudie actuellement la demande de la DGPSN de mise à disposition d'un fonds d'études et de renforcement de capacités (FERC), afin d'approfondir l'étude menée par cette dernière concernant les statuts, rôle et montage juridique de la CAPSU. Le MSAS passera peut-être un appel d'offre pour réaliser une étude globale. Si l'AFD est sollicitée pour financer l'étude, elle pourra apporter un appui technique dans la finalisation des termes de référence proposés par la DGPSN qui apparaissent un peu légers.

De manière générale, la répartition des tâches entre les différents acteurs MSAS, MFPTDSOP, DGPSN mérite d'être clarifiée.

**La délégation a participé à un déjeuner avec les acteurs français intervenant dans le domaine de la santé à Dakar, organisé par l'Ambassade de France en la personne de Jean Pierre Bellefleur, Conseiller Régional de coopération santé.** Des représentants de l'Institut Pasteur, de l'Institut de recherche pour le développement (IRD), d'organisations internationales (Unicef, Banque Mondiale, ONUSida), d'ONG (Médecins Sans Frontières), de la Croix Rouge Française et du GIP Esther étaient présents.

**La délégation a achevé sa mission par une rencontre avec le Ministre de la fonction publique, du travail et des relations avec les institutions au MFPTDSOP. Ce dernier a exprimé l'importance des sujets traités dans le cadre de l'accord et remercié le GIP SPSI pour sa contribution au développement de la protection sociale au Sénégal.**

La délégation envisage de réunir à Paris, courant janvier 2014, les différents acteurs français intervenant dans la mise en place de la CMU et la réforme de l'AMO au Sénégal afin d'échanger et mutualiser les informations recueillies au cours des missions respectives et de coordonner les actions de chacun: l'AFD, le GIP Esther et le Dr Pascal Perrod, médecin conseil, Directeur de la gestion des risques et de l'action sociale du RSI ayant mené une étude technique sur la branche santé du Régime simplifié pour les petits contribuables (RSPC- travailleurs indépendants) en décembre 2013.

