

**Comité d'Analyse et de Recherche Syndicale du
Sénégal (CARES-SENEGAL)**

Plan d'action de l'année 2

**La problématique de la couverture maladie
universelle au Sénégal : état des lieux, bilan et
perspectives**

RAPPORT FINAL

Novembre 2018

SOMMAIRE

TABLEAUX ET FIGURES.....	5
SECTION 1 : ETAT DES LIEUX DE LA PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL.....	9
I. CADRE DE DEVELOPPEMENT DE LA STRATEGIE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE AU SENEGL	9
I.1 Protection sociale et cadre de développement social du PSE	9
I.2 La protection sociale : un levier de croissance	11
II- LE REGIME JURIDIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL.....	13
Le régime juridique interne de la protection sociale s’adosse sur les conventions et recommandations ratifiées par le Sénégal.....	13
II.1. Les ratifications effectuées par le Sénégal dans le domaine de la protection sociale.....	13
II.2. Le cadre juridique et institutionnel interne	14
II.3 – Les dispositifs de protection sociale au Sénégal	15
III. LES DIFFERENTES EXPERIENCES D’EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE AUX TRAVAILLEURS DE L’ECONOMIE INFORMELLE.....	16
IV. LA COUVERTURE INEGALE DES PROGRAMMES DE FILET DE SECURITE SOCIALE.....	19
SECTION 2 - BILAN ET PERSPECTIVES DE LA CMU	22
I. CADRE REGLEMENTAIRE DE LA MUTUALITE AU SENEGAL.....	22
II. LA CMU : UNE OPTION POLITIQUE DES POUVOIRS PUBLICS	23
Face au défi d’extension de la protection sociale au secteur de l’informel et du monde du rural, le gouvernement du Sénégal a pris des initiatives visant la couverture maladie universelle.....	23
II.1 La CMU : une réponse politique à l’absence de couverture sociale du secteur informel et du monde rural.....	23
II.2 : Les objectifs de la CMU	24
II.3 : Analyse des résultats de la CMU en 2017	25
III. LES LIMITES DE LA CMU.....	26
La mise en œuvre de la CMU a rencontré plusieurs obstacles.	26
III.1 Les limites liées aux exécutions financières	26
III.2 : Les limites liées au système de santé.....	27
III.3 : Le mode opératoire de la CMU inconnu des populations	28
III.4. Les effets négatifs de la communication des acteurs politiques.....	29
IV. PERSPECTIVES POUR UN NOUVEL ELAN DE LA CMU	30
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	34

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AFD : Agence Française de Développement
AFTU : Association pour le financement des transports urbains
ANSD : Agence nationale de la statistique et de la démographie
BIT : Bureau international du travail
CIT : Conférence Internationale du Travail
IPRES : l'Institut de prévoyance retraite du Sénégal
IPM : Institut de Prévoyance Maladie
CAPSU : Caisse Autonome de Protection sociale Universelle par le Ministère
CARES : Comité d'Analyse et de Recherche Syndicale
CEC : carte d'égalité des chances
CGT : Confédération Générale du Travail
CMU : Couverture Maladie Universelle
CSI : Confédération Syndicale Internationale
CSS : Caisse de Sécurité Sociale
CTM : mécanisme de paiement électronique des cotisations
CUS : Couverture Universelle en Santé
FSN : Fond de Solidarité Nationale
GESMUT : Système de Gestion de l'Assurance Maladie
GIE : Groupement d'intérêt économique
MSAS : Ministère de la santé et de l'action sociale
OIT : Organisation Internationale du Travail
PNBSF : programme national de bourses de sécurité familiale
PSE : Plan Sénégal Emergent
SNPS : Stratégie Nationale de protection sociale
PME : Petite et Moyenne Entreprise
PTF : Partenaire technique et financier
SICAP : Société immobilière du Cap-Vert
SGA : Système de Gestion des Absences
SIBIO : module d'identification biométrique
SITFAC : système intégré de traitement de factures
SISMUT : Système d'Immatriculation et de Suivi
SITFIG : Système Interne de Traitement des Factures des Initiatives de Gratuités
SUTSAS : Syndicat Unique des Travailleurs de la Santé et de l'Action Sociale
TRANSVIE : mutuelle de santé des transporteurs routiers
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UPI : unités de production informelle

TABLEAUX ET FIGURES

- *Tableau 1 - Connaissance et bénéficiaires de la P.S pour les travailleurs de l'économie informelle (page 17)*
- *Figure 1 : Cadre conceptuel de la SNPS (page 9)*
- *Figure 2 - Illustration du lien entre investissement dans la protection sociale et la croissance..... (page 11)*

INTRODUCTION

L'accessibilité aux services et soins de santé de base pour l'ensemble de la population est restée une priorité des gouvernements successifs depuis l'indépendance du Sénégal. Malgré les efforts réalisés en matière d'investissement public dans la santé, de couverture sanitaire passive et d'amélioration du fonctionnement des structures sanitaires publiques, l'évolution du système de santé du pays n'a pas favorisé l'équité dans l'accès aux soins de santé, la protection financière des ménages, et l'équité dans le financement dans la santé.

En effet, le Sénégal a institué dès les années 1960-1970 des systèmes d'assurance sociale basés sur l'emploi dans le secteur formel de l'économie, à travers les institutions de prévoyance maladie (IPM) et les imputations budgétaires. A l'instar des pays en développement qui ont instauré des systèmes d'assurance sociale, il était attendu qu'avec la formalisation de l'économie et l'extension de l'économie moderne, la couverture des systèmes d'assurance maladie serait étendue à la majorité de la population avec le temps. Cependant à cause du faible progrès dans la formalisation de l'économie, les systèmes d'assurance sociale basés sur l'emploi n'ont pas réussi à étendre la couverture maladie à la majorité de la population.

Par ailleurs, plusieurs réformes ont été initiées dans le secteur de la santé depuis la fin des années 80, surtout pendant les périodes d'ajustement structurel de l'économie. Plusieurs initiatives ont été engagées : la mise en œuvre du recouvrement des coûts suite à l'Initiative de Bamako depuis 1992, les différentes réformes des statuts des structures sanitaires pour atteindre l'équilibre financier, etc. Ces réformes ont permis une amélioration du fonctionnement des structures sanitaires en termes de disponibilité de médicaments et de viabilité financière. Elles ont, cependant, eu un impact négatif sur l'accessibilité financière aux soins de santé pour la majorité des populations qui ne bénéficient pas de système d'assurance sociale.

La combinaison de l'évolution des systèmes d'assurance sociale et des réformes dans le secteur public de la santé a laissé en rade la majorité des sénégalais employés dans les secteurs ruraux et informels.

En conséquence, les systèmes de financement de la santé du pays ont pris une trajectoire où les contraintes liées au coût trop élevé des soins de santé sont devenues des sources d'exclusion, d'inégalité sociale et d'appauvrissement des ménages. En somme, le système de couverture maladie n'est plus adapté aux exigences démocratiques et ne permet pas l'éradication de la pauvreté au Sénégal.

Face à ce défi, gouvernement du Sénégal a lancé depuis 2007 des débats de politiques sur la couverture du risque maladie. Ces débats se sont inscrits en droite ligne des orientations stratégiques en matière d'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et d'extension de la protection sociale.

Les débats de politiques ont été influencés par les leçons globales de l'histoire du développement vers la couverture maladie universelle (CMU). Il est largement reconnu maintenant que la solidarité, la bonne gouvernance, la volonté politique et le leadership à plusieurs niveaux sont des conditions nécessaires au développement de la CMU. En outre, les pays en développement combinent le financement public, les mécanismes d'assurance sociale et d'assurance communautaire dans les réformes des systèmes de financement de la santé vers la CMU pour mitiger les contraintes institutionnelles associées à l'importance du secteur informel.

Le plan d'action 2013-2017 pour l'extension de la couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion à l'horizon 2022.

Le présent rapport qui entre dans le cadre du projet « Soutenir l'action syndicale en matière économique pour faire du travail décent une réalité en

Afrique » analyse sous plusieurs angles, la problématique de la couverture maladie universelle au Sénégal.

Il est structuré en deux sections :

- section 1 : état des lieux de la protection sociale au Sénégal ;
- section 2 : bilan et perspectives de la couverture maladie universelle au Sénégal

Dans le cadre de cette étude deux approches méthodologiques sont retenues :

- **la recherche documentaire.** Les experts du CARES/Sénégal ont exploité des documents de politiques et programmes, des études de spécialistes, des textes et règlementent communautaires et nationaux portant sur la couverture maladie universelle.
- **La collecte d'informations** auprès de l'Agence de la CMU et d'une mutuelle de santé intervenant dans le cadre de la CMU. Le CARES a procédé à des enquêtes et interviews auprès des acteurs directs pour mieux comprendre la mise en œuvre de la politique de CMU et ses effets sur les bénéficiaires.

SECTION 1 : ETAT DES LIEUX DE LA PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL

Le Gouvernement du Sénégal s'est fermement engagé à inscrire le pays dans une trajectoire de prospérité partagée. Cet engagement se reflète dans le Plan Sénégal Emergent (PSE), inscrit dans le long terme et visant « ***un Sénégal émergent en 2035 avec une société solidaire dans un Etat de droit*** ». Le PSE est décliné en trois axes stratégiques (i) Transformation structurelle de l'économie et croissance ; (ii) Capital humain, protection sociale et développement durable; et (iii) Gouvernance, institutions, paix et sécurité.

Dans ce cadre, le PSE poursuit les politiques qui agissent sur les manifestations de la pauvreté tout en s'attaquant à ses causes profondes pour réduire l'impact des vulnérabilités touchant la population.

I. CADRE DE DEVELOPPEMENT DE LA STRATEGIE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE AU SENEGL

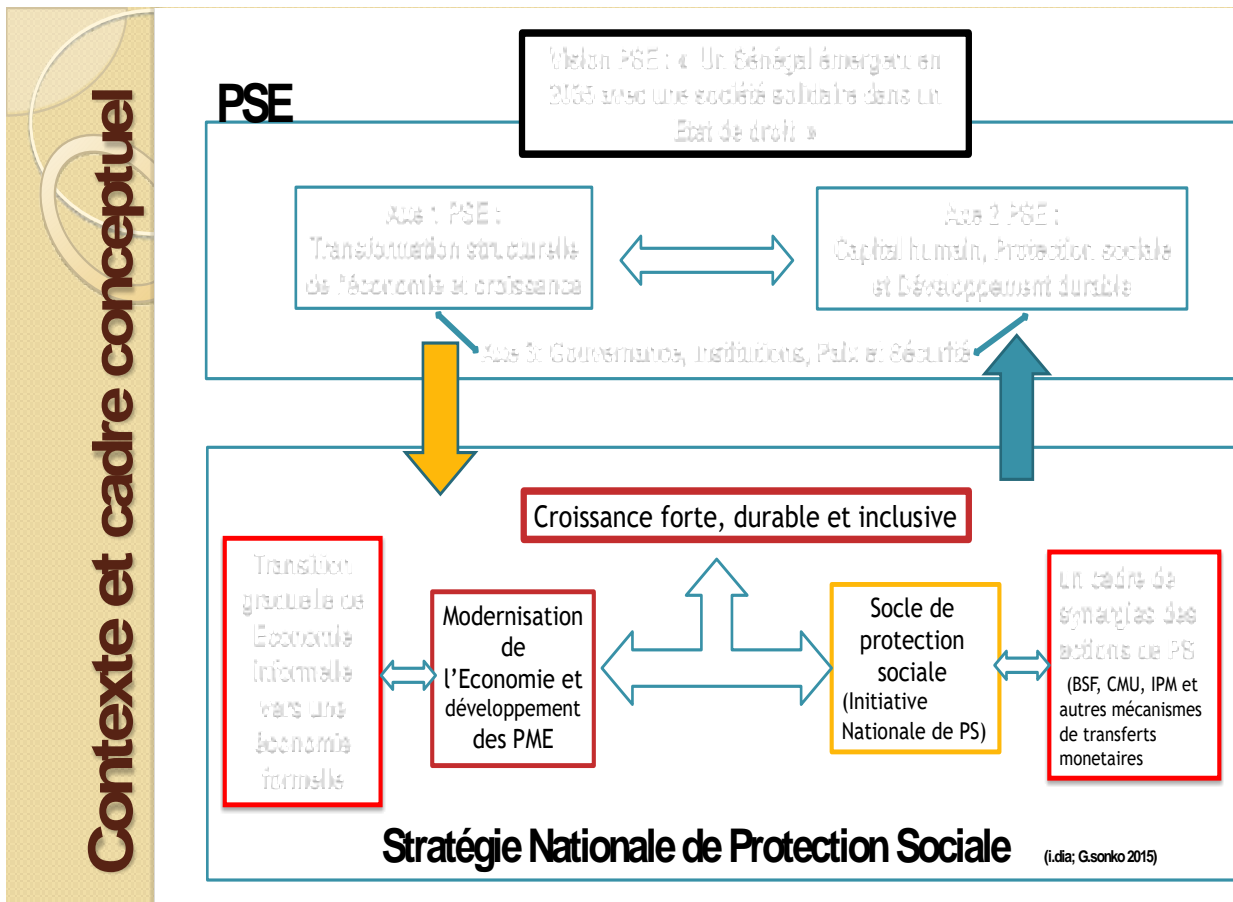
I.1 Protection sociale et cadre de développement social du PSE

La Politique de protection sociale du Sénégal (PS) doit être considérée comme une partie des autres politiques et programmes qui ensemble, constituent les éléments du cadre de développement social que traduit l'axe 2 du PSE intitulé « Capital humain, protection sociale et développement durable ».

Le PSE définit la protection sociale comme « un ensemble de mesures visant à protéger les populations contre la survenance de risques sociaux. Elle intègre les régimes publics de sécurité sociale, les régimes privés ou communautaires, avec les trois logiques : celle d'assistance, celle d'assurance dans la prise en charge des prestations et celle d'autonomisation des catégories sociales ».

Cet objectif de développement social global sera atteint à travers une gamme de politiques et de programmes pour la plupart de nature complémentaire, qui réduisent la pauvreté et la vulnérabilité et impactent positivement sur la cohésion sociale et économique.

Figure 1 : Cadre conceptuel de la SNPS



Comme le suggère la fig. 1, les trois composantes du PSE forment un système cohérent qui concourt au même résultat à savoir « la croissance forte, durable et inclusive ». Cette croissance s’appuie sur deux réformes majeures inscrites en priorité dans chacun des axes. En ce qui concerne l’axe 1, le PSE vise la « modernisation de l’économie et développement des PME » qui passe par la « transition graduelle de l’économie informelle vers une économie formelle » or cette formalisation ne peut se faire sans un socle de protection sociale.

Dans l’autre sens l’objectif de mise en place du socle de protection sociale inscrite dans l’axe 2, par « la mise en synergie des actions de protection sociale », ne peut être atteint et soutenable (durable) sans « la modernisation de l’économie ». C’est pourquoi la stratégie de protection sociale ne peut être séparée des objectifs d changement structurelle de l’économie et vice versa.

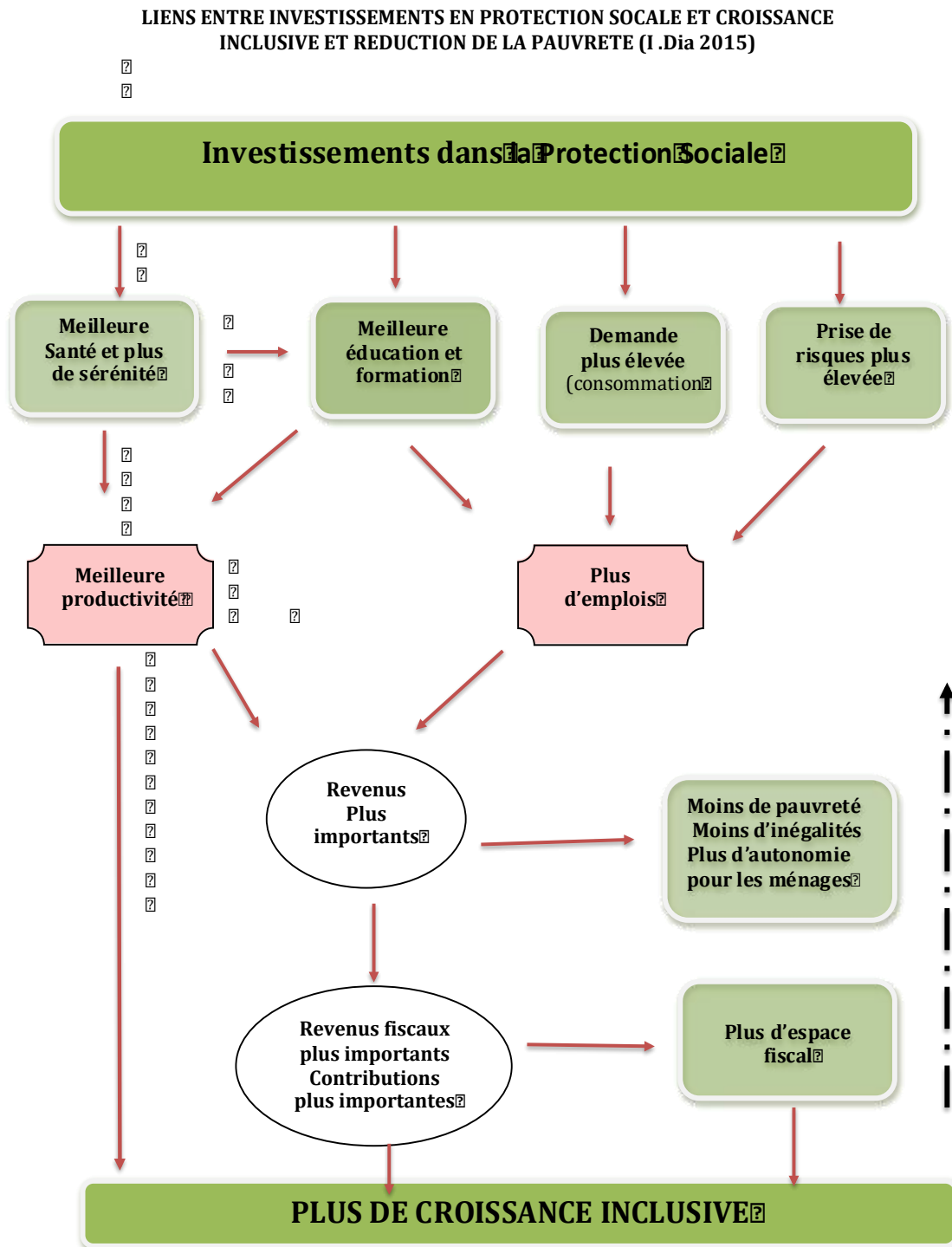
Bien que la politique de la protection sociale ait une relation évidente avec la réduction de la pauvreté et le développement humain, et d'autres défis comme la sécurité alimentaire, **il n'est pas un substitut** à ces stratégies de développement humain. Le défi sera de circonscrire le champ et d'établir les ponts entre d'une part les secteurs qui adressent la question de l'offre en services sociaux de base (politiques sectorielles de l'axe 2 PSE) et les interventions de protection sociale plus orientée vers la demande pour comprendre que la stratégie de protection sociale n'est qu'un élément d'un cadre de politique de développement social global.

La SNPS devrait également être considérée comme complémentaire aux autres politiques et les stratégies de développement couverts par le cadre de politique de développement inscrit dans l'axe 1 consacré à la «Transformation structurelle de l'économie et Croissance».

I.2 La protection sociale : un levier de croissance

Le Sénégal introduit un changement important de paradigme en considérant la Protection sociale comme un investissement au même titre que les infrastructures et non plus comme une dépense. En effet, il est de plus en plus établi que les investissements en protection sociale contribuent largement à la croissance économique à moyen et long terme par les effets sur la consommation, sur la qualité des ressources humaines et l'incitation à la prise de risques dans les affaires (fig. 2).

Figure 2 - Illustration du lien entre investissement dans la protection sociale et la croissance



Au vu de l'importance de la protection sociale, le Sénégal s'est doté d'un cadre réglementaire qui organise sa politique de protection sociale.

II- LE REGIME JURIDIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL

Le régime juridique interne de la protection sociale s'adosse sur les conventions et recommandations ratifiées par le Sénégal.

II.1. Les ratifications effectuées par le Sénégal dans le domaine de la protection sociale

Outre les recommandations importantes de 1944 : n° 67 sur la garantie des moyens d'existence, n° 69 sur les soins médicaux, n° 169 concernant la politique de l'emploi, disposition complémentaire (1984), n° 202 sur les socles de protection sociale de 2012 et n° 204 sur la transition de l'économie informelle et vers l'économie formelle de 2015 et la Recommandation n° 169 concernant la politique de l'emploi, le cadre juridique de l'OIT en matière de sécurité sociale et de protection de la maternité compte sept conventions Essentielles, à savoir :

Sur l'ensemble des conventions que l'OIT a adopté depuis sa création, le Sénégal qui est membre de l'organisation depuis 1960, en a ratifié 37 dont 32 sont actuellement en vigueur. Celles relatives à la sécurité sociale sont, pour l'essentiel:

- La Convention (n° 12) sur la réparation des accidents du travail (agriculture), 1921 ratifiée le 22/10/1962 ;
- La Convention (n° 18) sur les maladies professionnelles, 1925, ratifiée le 22/10/1962, dénoncée le 10/05/1971 du fait de ratification de la convention n° 121 ;
- La Convention (n° 19) sur l'égalité de traitement (accidents du travail), 1925, ratifiée le 22/10/1962 ;
- La Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952 (parties VI à VIII). La partie VI a cessé de s'appliquer par suite de la ratification de la convention n° 121. Date de ratification : le 22/10/1962 ;
- Convention (n° 102) sur les objectifs et les normes de base de la politique sociale 1962 13/11/1967
- La Convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964 (tableau I modifié en 1980). Date de ratification le 25/04/1966.

- La Convention (n° 183) sur la protection de la maternité. Date de ratification le 18/04/2017.

En plus des conventions ratifiées, le Sénégal dispose d'un cadre institutionnel clairement défini.

II.2. Le cadre juridique et institutionnel interne

L'Etat du Sénégal qui a ratifié la Convention n° 102 de l'OIT suivant la loi n° 62-46 du 13 juin 1962, a organisé quatre (04) branches de couverture des risques correspondant que sont : Les prestations familiales ; les accidents du travail et maladies professionnelles ; la vieillesse et les soins médicaux.

La charpente juridique et institutionnelle sur laquelle repose la sécurité sociale au Sénégal comprend, pour l'essentiel, outre les dispositions constitutionnelles en la matière :

- la loi n°73-37 du 31 juillet 1973 portant Code de Sécurité Sociale,
- la loi n°75-50 du 03 avril 1975 relative aux institutions de prévoyance sociale,
- la loi n° 91-33 du 26 juin 1991 transformant la Caisse de Sécurité Sociale en institution de prévoyance sociale de droit privé exerçant une mission de service public,
- Loi n°97-17 du 1er décembre 1997, portant code du Travail,
- le décret n°75-455 du 24 avril 1975 rendant obligatoire pour tous les employeurs et tous les travailleurs l'affiliation à un régime de retraite (dont la gestion est confiée à l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal),
- le décret n°2012-832 du 07 août 2012 portant organisation et fonctionnement des IPM d'entreprises ou inter-entreprises qui abroge et remplace le décret n°75-895 du 14 août 1975 ;
- les arrêtés, statuts et règlements intérieurs des institutions de prévoyance sociale

II.3 – Les dispositifs de protection sociale au Sénégal

Au Sénégal a mis en place des dispositifs formels (CSS, IPM, IPRESS, FNR, les assurances privées et les mutuelles professionnelles complémentaires) de protections sociales basées sur la couverture des fonctionnaires et autres salariés contre les risques de perte de revenus et les maladies.

Ces systèmes auxquels les salariés sont profondément attachés ont tout de même fait leurs preuves en matière de santé, de retraite, de politique familiale mais ne couvrent que 20% des travailleurs. Elles ne prennent pas en charge une grande majorité de la population, notamment les travailleurs du secteur informel et du secteur rural.

Les récentes enquêtes de l'Agence nationale de la statistique et de la démographie ANSD¹ montrent que "le secteur informel non agricole emploie 2,216 millions personnes soit l'équivalent de 48,8% de la population active au Sénégal répartie en 773 900 UPI dont seulement 2,2 % sont affiliées à la Caisse de sécurité sociale ou à l'IPRES", l'Institut de prévoyance retraite du Sénégal.

Ces catégories sociales vulnérables sont exclus du système de sécurité sociale formelle et des dispositions législatives régissant la santé, la sécurité, la maternité, entre autres. Elles sont marquées par des conditions de travail précaires, inadaptées et dangereuses.

La majeure partie des dépenses de protection sociale sont allouées à des programmes d'assurance sociale, qui ne bénéficient qu'à 6% de la population. Les cinq programmes d'assurance sociale (deux caisses de retraite, accident du travail, congés de maternité, allocations familiales) bénéficient à 822 591 individus qui sont des travailleurs du secteur formel et leurs familles (environ 6.1% de la population), mais représentent 60% des dépenses².

En raison de cette disparité, la solution préconisée est l'extension de la couverture dans le sens des orientations données par l'organisation Internationale du Travail.

¹ Enquête continue sur la prestation de services de soin de santé 2017

² ibidem

Des études réalisées par le Bureau international du travail (BIT) ont permis de définir "un régime d'assurance sociale adapté et répondant aux besoins prioritaires des travailleurs du secteur informel".

Elles ont mis en évidence la nécessité de couvrir les branches maladie, vieillesse et risques professionnels auxquels devraient s'ajouter également une branche famille.

Ce Régime Simplifié pour les Petits Contribuables sera obligatoire et accompagné de mesures incitatives en faveur des unités de production informelle (UPI).

III. LES DIFFERENTES EXPERIENCES D'EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE AUX TRAVAILLEURS DE L'ECONOMIE INFORMELLE

L'expression économie informelle fait référence à « toute activité économique réalisée par des travailleurs ou des unités économiques qui n'est pas couverte ou est insuffisamment couverte – selon la loi ou en pratique – par des dispositions officielles » (CIT de 2002)

Le Sénégal a entamé plusieurs initiatives d'extension de la protection sociale au secteur informel :

- extension des prestations de la CSS. En 1996, sous l'impulsion du ministère du Travail et de l'Emploi et suite à une déclaration du Chef de l'Etat le 1er mai 1996, une réflexion a été lancée sur l'extension de la protection sociale avec les organisations d'artisans. Cette réflexion a abouti à la signature d'un protocole d'extension fixant le libre choix de s'affilier à une ou deux branches de sécurité sociale gérées par la Caisse de Sécurité Sociale ainsi que les éléments techniques et de financement du système.
- en 1996, promotion d'une mutuelle de santé pour les transporteurs routiers (TRANSVIE). La Mutuelle sociale des travailleurs des transports routiers au Sénégal TRANSVIE, a pour mission d'offrir une couverture médicale aux travailleurs des groupements d'intérêt économique (GIE) et de l'association des professionnels du transport urbain (AFTU) dont les membres sont estimés à près de 42 000. La Mutuelle compte environ 2 500 adhérents et couvre près de 12 000 travailleurs.

- La conception d'un régime de protection sociale dans le cadre de la loi d'orientation agro-sylvo-pastorale. La Loi 2004-16 portant loi d'orientation agro-sylvo-pastorale en son article 14 prévoit pour les personnes exerçant les métiers de l'agriculture le bénéfice d'une protection sociale au même titre que les travailleurs des autres secteurs d'activité. Les initiatives d'extension de la protection sociale couplées aux prestations fournies par le système formel de sécurité sociale se sont révélées insuffisante pour résorber le déficit en matière de protection sociale au niveau national. promotion des mutuelles de santé communautaires dans le cadre du programme CMU

Malgré une vaste campagne de sensibilisation, à l'exception de TRANVIE - qui assure une couverture maladie et une offre de prévoyance Accident, invalidité et décès à 7 000 adhérents pour 30 000 bénéficiaires -, les différentes expériences n'ont pas abouti « l'adhésion massive » des travailleurs. Les évaluations menées ont avancées plusieurs explications à cet échec, parmi lesquelles :

- l'écrasante majorité de l'économie informelle n'ont pas les documents exigés à l'immatriculation : photocopie du registre du commerce, fiche de déclaration du personnel, fiche d'ouverture d'établissement visée par l'inspection du travail et de la sécurité sociale, etc.
- l'irrégularité du paiement des cotisations par les assurés en raison notamment de l'irrégularité des revenus des travailleurs et des difficultés conjoncturelles ;
- la mobilité des ateliers qui sont souvent délogés par les autorités municipales ou par les propriétaires fonciers ou immobiliers ;
- la faiblesse des capacités administratives des employeurs de l'économie informelle qui sont en grande majorité de condition modeste sans instruction ni formation technique institutionnelle, leur savoir résultant généralement d'un long apprentissage dans un atelier familial ;

- le décalage entre les besoins prioritaires des travailleurs et les prestations offertes, avec pour conséquence possible un découragement des assurés.

Diverses leçons peuvent être tirées des expériences du Sénégal et des différents pays qui ont entrepris d'étendre la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle. Ainsi la principale remarque qu'il urge de faire c'est qu'en dépit de ces nombreuses dispositions, l'écart entre la volonté formulée et les actions réalisées dans le cadre de la protection sociale restent immense en ce sens que le niveau de connaissance des structures de protection sociale par les acteurs de l'informel reste relativement faible.

Ces constats sont corroborés par les résultats de la consultation menée par le CARES/SENEGAL en novembre 2014 auprès des 200 acteurs de l'économie informelle comme l'indiquent les données du tableau 6 ci-après.

Tableau 1 : Connaissance et bénéficiaires de la P.S pour les travailleurs de l'économie informelle³

PROTECTION SOCIALE	OUI	NON	TOTAL
Connaissances des Institutions de la PS	22,9%	77 ,1%	100%
Acteurs bénéficiaires de la P.S	14,6%	85,4%	100%

Source :

NB : Les valeurs du tableau sont au pourcentage au total établis sur 200 observations

L'analyse du tableau nous montre que sur un effectif de 200 travailleurs du secteur informel, 23% affirment connaître l'existence d'une structure de

³ Rapport Phase 1 CARES/Sénégal ; enquête sur la protection sociale des travailleurs de l'économie informelle, Novembre 2014

protection sociale malgré le fait que 56% de ces individus bénéficient d'une expérience de 10 ans et plus dans le domaine. Les institutions les plus connues par ces acteurs de l'informel sont respectivement l'IPRES, la Caisse de sécurité sociale et la MECOSO (micro crédit).

Par ailleurs, seul 15% des acteurs consultés ont déclaré avoir bénéficié de la protection sociale par le biais des mutuelles de santé communautaire. Cela révèle que l'extension de la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle n'avance que lentement.

IV. LA COUVERTURE INEGALE DES PROGRAMMES DE FILET DE SECURITE SOCIALE

Certains des programmes d'assistance sociale et la quasi-totalité des programmes de réponse aux chocs ciblent les ménages ou des personnes à besoins spécifiques sans lien avec leur âge. Les trois programmes principaux d'assistance sociale transversaux sont : le programme national de bourses de sécurité familiale (PNBSF), la branche assurance de la CMU et le programme de carte d'égalité des chances (CEC).

- Le PNBSF s'illustre par la très grande couverture des besoins identifiés. Le programme cible tous les ménages vivant dans l'extrême pauvreté du Sénégal, soit environ 14% de la population. Le nombre total de ménages bénéficiaires du PNBSF s'élève à plus de 300.000 ménages⁴.
- En 2015, la couverture de la branche assurance de la CMU (subvention à l'enrôlement aux mutuelles de santé) n'était pas encore très élevée et tournait autour de 7% de la population totale (moins les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées de plus de 60 ans)⁵.

Le nombre de personnes enrôlées dans les 675 mutuelles de santé s'élève à 2.544.328, dont 1.482.942 personnes issues des ménages bénéficiaires du PNBSF et 17.192 détentrices de la Carte d'Egalité des Chances

⁴ Gouvernement du Sénégal. Revue annuelle conjointe 2018 : état de la mise en œuvre de la politique économique et sociale en 2017

⁵ ibidem

- Les objectifs de couverture de la CEC sont bien en deçà des besoins identifiés. Le programme a démarré récemment et vise tous les personnes handicapées du Sénégal. Si la couverture est encore limitée (25.926 en 2017), l'objectif est d'accélérer rapidement l'enregistrement de ces personnes pour atteindre 50 000 en 2018. Or, cette cible ne paraît pas suffisante et ne représente que 21% de la population cible, si l'on considère que le nombre de personnes déclarant avoir un handicap lourd dans le recensement général de la population²⁶ s'élève à environ 230 000 individus.⁶
- **Malgré l'existence de multiples mécanismes de réponse aux chocs, les réponses mises en œuvre disposent rarement d'une couverture adéquate.** De manière générale, le suivi des programmes de réponse aux chocs et d'urgence se fait sur la base du nombre de matériel ou nourriture distribué, plutôt que de personnes soutenues. C'est le cas pour le CSA, où seul le nombre de tonnes de vivres distribuées est calculé ; ce qui était le cas également jusque récemment pour le FSN. Cela pose un problème majeur pour mesurer la couverture des besoins et l'efficacité de la réponse.
- **Le programme national de riposte à l'insécurité alimentaire dépend en grande partie des acteurs extérieurs pour toucher les bénéficiaires.** La cible totale des individus ayant besoin d'un appui en 2015 était de 927 416 personnes sur l'ensemble du territoire. Les ONG et partenaires ont touché 263 645 personnes dans le cadre de la partie du PNR qu'ils exécutaient, soit environ 30% des besoins (groupe sectoriel sécurité alimentaire, 2015). Les données ne sont pas disponibles sur le nombre de personnes touchées par la réponse gouvernementale en 2015.

Le Sénégal est résolument engagé dans le processus de renforcement et d'adaptation de son cadre juridique sur la protection sociale. Des avancées notables sont réalisées même s'il reste des efforts à faire.

⁶ Ibidem

La CMU constitue l'une des stratégies de renforcement de cette politique de protection sociale. Mais, à mi-parcours, quel bilan faire de la l'exécution de la CMU ?

SECTION 2 - BILAN ET PERSPECTIVES DE LA CMU

Le droit à la santé représente un droit universel consacré depuis 1789, par la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 et le Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels adopté par l'assemblée générale des Nations Unies en 1966.

Au fil du temps, la couverture maladie universelle est devenue un objectif partagé entre plusieurs Etats du monde dont le Sénégal.

I. CADRE REGLEMENTAIRE DE LA MUTUALITE AU SENEGAL

L'idée de couverture maladie universelle est une vieille idée, qui date de la création de l'OMS (1948), qui l'a d'ailleurs inscrite en bonne place dans sa Constitution. Elle a été renforcée, en 1978, lors de la fameuse conférence d'Alma Ata qui a jeté les bases de la politique de soins de santé primaires.

Plus de trente ans plus tard, devant les difficultés croissantes rencontrées par tous les pays du globe à prendre en charge la santé de leurs populations, l'OMS invita à nouveau les Etats à améliorer l'équité en santé, en procédant à des réformes de la couverture universelle. D'ailleurs, en 2010, le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde était intitulé « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle ».

Pour le BIT, « inscrire la sécurité sociale dans ses instruments et dans la législation nationale, c'est reconnaître aussi qu'elle est une nécessité humaine ». L'OMS, elle, parle de Couverture Universelle en Santé (CUS), définissant le concept comme « le résultat souhaité d'un système de santé où tous les individus nécessitant des services de santé (promotion, prévention, traitement, rééducation et soins palliatifs) les reçoivent, sans encourir de difficultés financières injustifiées ».

En Afrique, c'est la Charte africaine des droits des peuples adoptée le 27 juin 1981 à Nairobi (Kenya) qui affirme ce droit. Précisément, en Afrique de l'ouest, le droit universel à la santé tire sa force du Traité modifié de l'UEMOA, Traité portant création du Parlement de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Ce n'est donc pas fortuit que le conseil des ministres a adopté à Dakar, le 26 juin 2009, le Règlement communautaire portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA⁷.

Au Sénégal, inscrite dans l'article 8 de la Constitution du 22 janvier 2001, le droit un meilleur accès de tous aux services de santé se matérialise surtout à travers la couverture maladie universelle, mise en œuvre depuis 2013.

II. LA CMU : UNE OPTION POLITIQUE DES POUVOIRS PUBLICS

Face au défi d'extension de la protection sociale au secteur de l'informel et du monde du rural, le gouvernement du Sénégal a pris des initiatives visant la couverture maladie universelle.

II.1 La CMU : une réponse politique à l'absence de couverture sociale du secteur informel et du monde rural

A l'image des autres pays en voie de développement, le Sénégal n'est pas épargné par les difficultés liées à l'accessibilité aux soins sanitaires.

Au Sénégal, jusqu'en 2012, les systèmes d'assurance maladie obligatoire sont basés sur l'emploi depuis les années 60-70 (IPM, Imputations budgétaires) avec seulement une couverture de 11% de la population en 2012. Ce qui révèle une absence de mécanisme de couverture pour les populations des secteurs informel et rural, donc une faiblesse du taux de couverture de la population et une vulnérabilité liée aux systèmes de financement de la santé.

Les ménages payaient directement les dépenses de santé des ménages (41% en 2008) et accèdent faiblement aux soins de santé. Les risques

⁷ Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation la mutualité sociale au sein de l'UEMOA

d'appauvrissement liés aux dépenses de santé deviennent réels pour les populations.

C'est dans ce contexte que, le 20 septembre 2013, le Président de la République Macky Sall avait lancé la Couverture Maladie Universelle. Pour le Chef de l'Etat sénégalais, les mutuelles de santé constituent, pour le moment, la stratégie la plus efficace pour faire bénéficier de la Couverture Maladie Universelle aux 80% de citoyens (du monde rural et du secteur informel) qui ne bénéficient d'aucune couverture du risque maladie.

Plusieurs autres mesures ont été annoncées par le Président de la République. Parmi celles-ci : la création de la Caisse Autonome de Protection sociale Universelle (CAPSU) par le Ministère de l'Economie et des Finances au courant du premier trimestre de l'année 2014, la mise en place de mécanismes de financements innovants faisant appel à la contribution du secteur privé, des collectivités locales, des ONG, des partenaires au développement et à la taxation de produits néfastes pour la santé.

Le Chef de l'Etat sénégalais s'est engagé ainsi à faire mobiliser les ressources nécessaires à l'application de ces mesures qui s'inscrivent dans le cadre du Plan stratégique de la Couverture Maladie Universelle 2013-2017, dont l'objectif est de porter la couverture maladie à 75% de la population en 2017.

Toujours à l'occasion du lancement de la CMU, s'exprimant au nom des Partenaires au développement du secteur santé, le Dr Alimata Jeanne Diarra-Nama, représentant de l'OMS au Sénégal, a déclaré que les partenaires au développement apporteront l'accompagnement technique et financier nécessaire à la réalisation et à la réussite de la CMU. Selon le Dr Diarra-Nama, les mesures déjà prises, la gratuité des accouchements et des césariennes, la gratuité des soins aux personnes du troisième âge ainsi que celle à venir concernant les enfants de moins de cinq ans, sont autant d'initiatives qui concourent à alléger le fardeau de la maladie pour les populations dont environ 80% ne bénéficient pas de couverture sociale.

II.2 : Les objectifs de la CMU

L'agence de la CMU visait deux objectifs majeurs : (i) étendre la couverture maladie de base à au moins 80% de la population du Sénégal d'ici 2021 ; (ii) renforcer la gouvernance de la CMU à travers le pilotage et la gestion de l'Agence.

De façon spécifique l'agence de la CMU vise à :

- amener la couverture du risque maladie à au moins 51% de la population du Sénégal à travers les mutuelles de santé communautaires d'ici 2021 ;
- relever à travers le renforcement des initiatives de gratuité existantes, la couverture des soins de santé à 100% des personnes ciblées ;
- assurer par le biais des mutuelles de santé communautaires la couverture du risque maladie des indigents et personnes vulnérables.
- assurer une mobilisation annuelle d'au moins 95% de l'ensemble des ressources allouées à l'Agence de la CMU ;
- renforcer le pilotage et la gestion de la CMU.

II.3 : Analyse des résultats de la CMU en 2017

Selon le rapport du ministère de la santé et de l'action sociale publié en mars 2018, le taux de couverture du risque maladie, en 2017, est de 48,31% pour une cible fixée à 76%, soit un écart négatif de 25,7%⁸.

En 2017, le taux de couverture de la population du Sénégal par les mutuelles de santé est de 45%. Ce qui est loin de permettre la couverture d'une masse critique de personnes vulnérables.

En 2017, la proportion de mutuelles fonctionnelles ne dépasse pas les 55% des mutuelles. Cela montre que beaucoup de mutuelles installées sont encore incapables d'offrir des services à leurs bénéficiaires.

⁸ Source : Rapport Ministère de la santé et de l'action sociale de mars 2018, portant sur « performances du programme de couverture maladie universelle en 2017 »

Toujours en 2017, le nombre total de personnes ayant bénéficié des initiatives de gratuité des soins de santé de la CMU est porté à 3 100 920. les cas d'enfants malades de moins de 5 ans ayant bénéficié de la gratuité des soins de santé dans le cadre de la CMU est de 2 635 509.

Dans la même année, seules 28 834 cas de femmes ont bénéficié des initiatives de gratuité de la césarienne ; les personnes âgées de 60 ans et plus qui ont bénéficié du plan sésame sont au nombre de 145 995 ; et, seules 460 personnes ont été soutenues pour la dialyse.

Ainsi, on peut observer que la prise en charge médicale des soins de santé reste très faible pour les indigents et groupes vulnérables, notamment pour les travailleurs du secteur informel.

Le paradoxe, c'est que la CMU annonce un taux de mobilisation de ressources de 95%, à la fois pour le fonctionnement, les investissements et les services. Cela invite à s'interroger sur l'efficacité de l'utilisation des ressources financières.

III. LES LIMITES DE LA CMU La mise en œuvre de la CMU a rencontré plusieurs obstacles.

III.1 Les limites liées aux exécutions financières

Les contraintes majeures liées à l'exécution des ressources financières sont les suivantes :

- Faible niveau de paiement des subventions aux mutuelles de santé s'explique par des difficultés de mobilisation des ressources et un manque de visibilité sur le niveau de trésorerie.
- Insuffisance du budget de l'Etat dédié à la communication.
- Lourdeurs des procédures de mobilisation des ressources de certains PTF comme la Banque Mondiale d'où le faible niveau d'exécution des activités notamment de la communication entre autres.
- Retards persistants de remboursement des structures de santé dans le cadre de la gestion des initiatives de gratuité

III.2 : Les limites liées au système de santé

Il y a d'abord ceux liés aux facteurs extérieurs au système de santé. Il s'agit de facteurs tels que le genre, le statut de migrant et les déterminants sociaux de la santé : stress, manque d'éducation, alimentation, habitat, emploi, exclusion sociale, transport...etc. qui, bien évidemment, ne pourront être résorbés que progressivement.

Il y a ensuite la faiblesse du système de santé. Il faut se départir de la fausse idée, selon laquelle la couverture universelle n'intéresserait que le financement de la Santé. L'échec de la CMU peut également être en rapport avec les autres composantes du système de santé (souvent appelées les «buildings blocks»)

- Pénurie en personnel de santé,
- Ruptures fréquentes de stock en médicaments et en technologies médicales,
- Prestation de services inefficace,
- Systèmes d'information insuffisants, faibles et mal coordonnés,
- Leadership déficient du gouvernement et/ou mal gouvernance.

Il est clair, cependant, que les autres composantes du système de santé ne peuvent pas fonctionner correctement si les fonds sont insuffisants au départ, ce qui peut être dû à un faible taux de mise en commun des ressources (assurance maladie, dépenses publiques directes pour la santé). La situation de déficit peut être aggravée par la nécessité de ressources supplémentaires à cause des transitions épidémiologiques et démographiques dans nos pays.

Par ailleurs, le caractère embryonnaire de la collecte des données financières peut nuire aussi bien à l'établissement de critères pertinents d'allocation des ressources qu'à l'analyse des obstacles financiers à l'accès aux services de santé.

Enfin, les ressources financières de notre système sanitaire, en plus d'être insuffisantes, font souvent l'objet d'une utilisation inefficace par :

- le non-respect du code des marchés aboutissant parfois à des surfacturations préjudiciables aux structures sanitaires,
- l'absence de rationalisation des soins pouvant conduire à des protocoles thérapeutiques onéreux,
- les recrutements intempestifs et massifs de personnels non diplômés concomitants à une insuffisance des personnels qualifiés (manque de motivation des personnels, détérioration de la qualité des soins, équilibre financier des structures sanitaires compromis à cause de la lourdeur de la masse salariale et l'importance des primes et gratifications),
- l'option du tout hospitalier avec prédominance des soins curatifs onéreux dessert les activités liées à la prévention et à la promotion, qui en plus de préserver les populations de maladies très graves et souvent mortelles, sont d'un meilleur rapport coût/efficacité

III.3 : Le mode opératoire de la CMU inconnu des populations

Dans les hôpitaux de Dakar, le constat demeure invariable. Le mode opératoire de la CMU reste peu connu des populations. Par exemple, à la pédiatrie Albert Royer, on assiste fréquemment à de rudes altercations entre les parents accompagnateurs et le personnel médical. Un père de famille était venu soigner son enfant de 4 ans en espérant ne payer ni frais de consultation, ni médicaments. Invoquant les bénéfices de la CMU, qui selon lui, le dispensait de tous ces frais, il finit par créer une petite dispute avec les blouses blanches.

Mais où est donc cette gratuité annoncée en grande pompe? On a toujours soutenu que pour les enfants de 0 à 5 ans, les soins médicaux seront gratuits avec l'arrivée de la CMU. Il semble à cet effet, qu'il y a des non-dits

« Nos camarades rencontrent chaque jours des problèmes. Parfois même certains parents les agressent. Il y'a une mauvaise compréhension de la CMU, et cela est dû à un manque de communication notoire », nous explique Monsieur Mballo Dia Thiam, Secrétaire général du syndicat unique des travailleurs de la santé et de l'action sociale (SUTSAS).

Il ajoute à cela : « *Par exemple, Albert Royer est une pédiatrie exclusivement réservée aux enfants. C'est pourquoi, lors d'une réunion, nos camarades ont sollicité la réadaptation du mécanisme de la CMU eu égard aux réalités de cette structure* ».

A la pédiatrie Albert Royer, 10 à 15 enfants de 0 à 1 ans bénéficient en moyenne par jour de la couverture maladie universelle. Ces enfants viennent avec une référence médicale délivrée par un centre de santé ou un district sanitaire. En d'autres termes, il s'agit d'enfants en état d'urgence.

Et M. Mballo Dia Thiam de conseiller: « *Les parents devraient emmener leurs enfants dans les postes de santé ou districts sanitaires qui appliquent pleinement les règles de la CMU* ».

C'est ce manque de communication évoqué par M. Mballo Dia Thiam qui est à l'origine de toutes ces défaillances. Très souvent, on évoque la CMU sans pour autant donner une explication claire à la population notamment, aux non instruits.

III.4. Les effets négatifs de la communication des acteurs politiques

« *Pour que la CMU puisse donner les résultats escomptés, il faut que les populations s'y mettent. Ils doivent cotiser car c'est une mutualisation, la gratuité n'existe pas* ». C'est du moins ce que nous confirme le médecin chef du district sanitaire du centre de santé de Sicap Mbao. Et de poursuivre: « *On ne doit pas parler de gratuité* », il s'agit d'une cotisation. Les jeunes prennent en charge les plus vieux. Les parents prennent en charge leurs enfants. Les politiciens ont brisé le rêve de la population par la communication politicienne sur la Couverture Maladie Universelle.

Pour la plupart des professionnels, la santé ne peut pas être totalement gratuite. Elle se paye nécessairement. Si certains pays réussissent avec la couverture maladie universelle, c'est parce que la population cotise. La gratuité totale tant chantée par les hommes politiques relève donc d'une chimère.

IV. PERSPECTIVES POUR UN NOUVEL ELAN DE LA CMU

Pour passer de la noble ambition de la couverture universelle proclamée par les pouvoirs publics à la réalité d'un meilleur accès aux soins pour les larges masses populaires, qui devraient être épargnées de dépenses de santé onéreuses voire catastrophiques, il s'agira de prendre en compte les recommandations suivantes :

☞ Au plan des ressources financières :

- Augmenter les ressources nationales pour la Santé en portant enfin la part du budget dévolu à la Santé à 15% (déclaration d'Abuja en 2001) ;
- Collecter les ressources de manière plus efficiente en luttant contre la corruption aussi bien à l'échelle nationale qu'à celle des structures de soins ;
- Trouver de nouvelles sources de revenu (taxes indirectes à travers la TVA ; taxes sur les produits nocifs ; taxe sur les opérations de change ; taxe sur les transactions financières internationales...etc.) ;
- Réduire l'impact des paiements directs pour la population générale et les couches vulnérables en renforçant et en pérennisant la couverture maladie universelle ;
- Privilégier les paiements à l'épisode par rapport au paiement à l'acte ;
- Affiner le dispositif de subvention des cotisations des pauvres et personnes vulnérables ;

☞ Au plan règlementaire :

- Approfondir le processus de réforme des IPM ;
- Etablir un plan pour fusionner progressivement les mutuelles communautaires en un système national d'assurance maladie ;
- Evoluer vers des contributions obligatoires (taxes ou cotisations d'assurance), voie obligée vers la couverture universelle ;
- Minorer les sources d'inefficience (respect du code des marchés, recrutement de ressources humaines qualifiées en respectant le tableau des emplois) ;

- Respecter scrupuleusement les différentes étapes de mise en place d'une mutuelle pour éviter des risques majeurs que sont le risque de sélection adverse, le risque moral ou de consommation abusive de soins, le risque de sur prescription, les fraudes et les abus, l'occurrence de cas « catastrophiques », etc.

Face à la politique communicationnelle offensive de l'Agence de couverture maladie universelle, il importe, en tout premier lieu, de s'assurer de la réalité de la protection contre le risque financier. C'est pourquoi, le suivi des performances de la CMU devrait plutôt être centré sur la couverture réelle de la population par des services de santé essentiels de qualité et sur la protection contre les dépenses de santé directes catastrophiques.

A cet égard, il s'agira de prendre des mesures incitatives, de renforcer le personnel, les infrastructures et les équipements, bref de renforcer l'offre de santé, pour permettre aux groupes de population les plus vulnérables, comme les personnes pauvres ou celles qui vivent dans les zones rurales isolées, d'avoir accès à des soins de qualité.

C'est dire que le suivi des progrès vers la couverture sanitaire universelle ne devrait pas se limiter à un décompte administratif de pourcentages de couverture, mais s'inscrire dans le cadre plus général de la performance globale du système sanitaire.

La résolution de ce problème résiderait aussi dans la mise en œuvre d'une campagne de sensibilisation : expliquer clairement, dans les différentes localités et dans les langues locales, le contenu et la démarche à effectuer pour bénéficier des avantages de la CMU. Cela passe nécessairement par le renforcement des activités de communication de proximité portées par les mutuelles de santé et par les organisations communautaires de base.

CONCLUSION

La protection sociale est un élément clef pour la réduction de la pauvreté et la croissance économique. Elle est révélatrice du niveau de prise en charge des besoins en couverture sociale des populations par l'Etat.

Les organisations de travailleurs doivent s'engager à consolider le socle de protection sociale dans une approche inclusive. Le défi majeur des syndicats est de revendiquer leur participation dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des stratégies nationales de protection sociale, en vue d'influencer positivement sur les politiques et programmes.

Il est important comprendre que les « facteurs comme les variations dans l'ampleur des besoins ; la force de l'engagement politique au niveau national, les intérêts des donateurs, et les conditions sociales et économiques intérieures influenceront le développement et le succès de la protection sociale »⁹.

Les expériences relatives à l'élargissement de la protection sociale à l'économie informelle ont buté contre de nombreux obstacles qu'il convient de lever. La faiblesse du niveau de couverture, le retard des remboursements des frais liés aux soins, le manque de pérennisation des actions constituent de véritables freins à l'extension de la politique de protection sociale.

L'extension et l'universalisation de la couverture sociale au secteur informelle et au monde rural imposent de sortir des sentiers battus pour dépasser les schémas classiques de sécurité sociale et organiser des régimes de protection sociale spécifiques, novateurs et adaptés.

Pour une extension généralisée de la protection sociale, il faut sensibiliser les populations dans les différentes localités et dans les langues locales, le contenu et la démarche à effectuer pour bénéficier des avantages de la CMU. Cela passe nécessairement par le renforcement des activités de

⁹ Rapport UNICEF 2012 sur la protection sociale

communication de proximité portées par les mutuelles de santé et par les organisations communautaires de base.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Bureau international du Travail(BIT) /STEP : Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, 2002*
2. *Inke Mathauer, MSc., PhD ; Département des Systèmes de Financement de Santé ; OMS ; Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers la couverture universelle, 2010*
3. *MSAS ; Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017, 2018*
4. *OMS ; Couverture sanitaire universelle ; Aide-mémoire N° 395 ; Décembre 2015*
5. *Mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) dans le contexte du Règlement communautaire de la mutualité de l'UEMOA, mémoire pour le Master 2 professionnel de droit gouvernance mutualiste, Présenté par SORO MAMADOU, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines Faculté de droit et de science politique, 2015*
6. *Article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948*
7. *Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels*
8. *I.dia, G. Sonko, 2015*
9. *Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA*
10. *Article 8 de la Constitution de la République du Sénégal du 22 janvier 2001. <http://www.gouv.sn/Constitution-du-Senegal-.html>*
11. *Performances du programme de couverture maladie universelle en 2017, CMU, mars 2018*