



Wereldsolidariteit  
Solidarité Mondiale  
World Solidarity  
Solidaridad Mundial

**L'implication des mouvements  
sociaux dans les politiques de  
Couverture Sanitaire Universelle  
Une étude comparative de 5 pays  
de l'Afrique de l'Ouest**

**Pascal Ndiaye, Consultant**

**Mai 2016**

## AVANT PROPOS

Depuis 40 ans, Wereldsolidariteit - Solidarité Mondiale (WSM) collabore avec des mouvements sociaux dans le monde de manière à ce qu'ils soient en mesure de « transformer » leur société en une société durable et inclusive. Pour ce faire, WSM collabore avec les organisations du MOC et Beweging.net pour construire et renforcer des réseaux de mouvements sociaux en Belgique, en Afrique, en Amérique latine et en Asie, en vue d'internationaliser cette lutte commune et de la mener ensemble sur le plan local, national, régional et international. Pour ces mouvements sociaux, le droit à la **protection sociale** constitue une stratégie fondamentale permettant de concrétiser cette transformation.

Les défis dans le domaine de la protection sociale sont énormes. En Afrique subsaharienne, moins de 10% des travailleurs ont accès à un système formel d'assurance sociale. Les travailleurs de l'économie informelle, exclus de ces systèmes, doivent eux-mêmes mettre en place des systèmes d'assurance maladie et autres assurances sociales répondant mieux à leurs besoins. Pour répondre à ce défi, de nombreux mouvements sociaux à savoir mutuelles de santé, syndicats, organisations socioculturelles et de droits humains, organisations de l'économie sociale ; développent des actions et des services, construisant ainsi une expertise, représentativité et légitimité dans le domaine de la protection sociale.

Grâce à cette expertise, représentativité et légitimité, ces mouvements sociaux sont des acteurs clés dans les politiques de protection sociale et de couverture sanitaire universelle. **La participation et l'implication réelle des mouvements sociaux dans les politiques de protection sociale, y compris dans l'extension vers une couverture sanitaire universelle, constitue ainsi un principe fondamental pour l'ensemble des organisations partenaires en Afrique de l'Ouest.** Depuis des années, cette implication est au cœur des actions politiques développées par ces mouvements sociaux et leurs réseaux au niveau national et zonal, dans le cadre du **Réseau Ouest africain Multi-acteurs sur la Protection Sociale**. WSM et les organisations du Mouvement Ouvrier Chrétien belge, en particulier la Confédération des Syndicats Chrétiens (CSC) et l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC) appuient et renforcent les actions de ce Réseau et ses mouvements.

Ces efforts n'ont pas été sans résultats. Depuis quelques années, la réalisation d'une couverture sanitaire universelle est devenue une préoccupation importante des gouvernements des pays de l'Afrique de l'Ouest. Elle se traduit dans des textes législatifs, documents de politique sanitaire, et autres. Dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, les mouvements sociaux ont été impliqués dans l'élaboration de ces documents, et ont même obtenu un rôle dans la mise en œuvre de ceux-ci. Cette étude nous présente, de façon générale, cette implication des mouvements sociaux dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest. Elle met cette implication dans une perspective historique et formule des recommandations pertinentes pour les années à venir. Le travail n'est certainement pas abouti. Cette étude constitue dès lors une étape intermédiaire permettant de prendre un certain recul face à la situation actuelle et d'ainsi renforcer et mieux orienter les efforts à venir.

**Andre Kiekens**

**Secrétaire Général WSM**

## REMERCIEMENTS

Cette étude a été commanditée par le Bureau Afrique de Werlidsolidariteit/Solidarité Mondiale (WSM) sis à Cotonou, dans le cadre de son programme cofinancé avec la Direction Générale de la Coopération au développement et Aide humanitaire (DGD) de la Belgique. Nous remercions sincèrement le BCPA de la confiance et du soutien tout au long de l'étude, spécialement son Conseiller Technique Principal Uzziel TWAGILIMANA et son équipe.

Nous sommes également très reconnaissant envers tous les acteurs qui ont contribué à cette étude en mettant à notre disposition la documentation et les données statistiques utilisées dans notre analyse, ou en répondant au questionnaire. Ces résultats n'auraient pu être rassemblés sans l'appui spécial des contacts dans les pays, notamment Koto Yerima et Hughes Tchibozo (Bénin), Gabriel Compaoré, Pamousso Patrice et Nestor Kaboré (Burkina Faso), Aïssatou Noumou Barry (Guinée), Issa Sissouma, Amadou Diallo et Cheickna Touré (Mali), Demba Mame Ndiaye et Serigne Diouf (Sénégal), Ghislaine Saizonou (Togo).

De même, nos sincères remerciements aux personnes qui nous ont apporté un appui technique en révisant les différents documents ou en nous mettant en contact avec des acteurs clés : Oumar Ouattara, Abdoulaye Ba et Aminata Sow.

Enfin, nous tenons à adresser notre gratitude à tous les participants à l'atelier de validation de l'étude qui s'est tenue le 26 novembre 2016 à Bamako. En se constituant en comité de lecture, leurs contributions ont permis de mettre à jours les contextes nationaux.

## SIGLES ET ABREVIATIONS

ACAM	l'Agence Communale de l'Assurance Maladie
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
BIT	Bureau International du Travail
CAFO	Coordination des Associations et ONG Féminines du Mali
CAMUS	Concertation des Acteurs de la Mutualité Sociale
CCA- ONG	Comité de Coordination des Actions des ONG
CCSAM	Cadre de Concertation des Structures d'Appui aux Mutuelles de santé
CDSMT	Cadre des Dépenses À Moyen Terme
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CESOC	Conseil Economique et Social
CIMA	Conférence Inter africaine des Marchés d'Assurances
CLAM	Comité Local de l'Assurance Maladie
CLAM	Comité Local de l'Assurance Maladie
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNCMUT	Cadre National de Concertation des Mutuelles de Santé du Togo
CNP	Comité National de Pilotage
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CRMU	Couverture du risque maladie universelle
CSDMS	Cadre stratégique de développement des Mutuelles Sociales (Burkina Faso)
CSTM	Confédération Syndicale des Travailleurs du Mali
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DECAM	Décentralisation et Extension de la Couverture de l'Assurance Maladie
DGD	Direction Générale Coopération au développement et Aide humanitaire
DNPSES	Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire
GTN	Groupe de Travail National
GTR-CRM	Groupe de Travail Régional – Couverture du Risque Maladie
ICAMO	Institution de Coordination de l'Assurance maladie Obligatoire
INAM	Institut National de l'Assurance Maladie
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
IPM	Institut de Prévoyance Maladie

MSAHRN	Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord
MvS	Mouvements Sociaux
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PHPS	Politique Holistique de Protection sociale
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNPS	Politique Nationale de Protection Sociale
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
SAM	Structure d'Assurance Maladie
SCPC	Société Coopératives des Producteurs de Coton
SECO-ONG	Secrétariat de Coordination des ONG du Mali.
SNDES	Stratégie Nationale de Développement Economique et Social
SPS	Socle de Protection Sociale
UAS	Unité d'Action Syndicale
UCESIF	Union des Conseils Economiques et Sociaux et Institutions Similaires Francophones
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNAMUSC	Union Nationale des Mutuelles de Santé Communautaires
UNTM	Union Syndicale des Travailleurs du Mali
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne
WSM	Wereldsolidariteit / Solidarité Mondiale

# Table des matières

AVANT PROPOS	1
REMERCIEMENTS	2
SIGLES ET ABREVIATIONS	3
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	10
<b>PARTIE 1 : DESCRIPTION DE L'ÉTUDE</b>	<b>13</b>
<b>I. RAPPEL DES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DES TERMES DE RÉFÉRENCE</b>	<b>13</b>
1. JUSTIFICATION	13
2. OBJECTIF DE L'ÉTUDE	13
<i>a. Objectif général</i>	13
<i>b. Objectifs spécifiques</i>	13
<i>c. Champ d'investigation</i>	14
3. RÉSULTATS ATTENDUS	14
<b>II. MÉTHODOLOGIE</b>	<b>14</b>
1. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ET CADRES D'ANALYSE	14
<i>a. De la protection sociale à la CSU : dimensions et contenu</i>	14
<i>b. L'analyse des parties prenantes</i>	16
<i>c. Cartographie des acteurs</i>	17
<i>d. Le design institutionnel et les pratiques organisationnelles</i>	17
2. MÉTHODES D'INVESTIGATION	17
<i>a. Etude documentaire</i>	18
<i>b. Collecte des opinions des acteurs</i>	18
<b>III. LIMITES DE L'ÉTUDE</b>	<b>19</b>
<b>PARTIE 2 : RESULTATS DE L'ÉTUDE</b>	<b>20</b>
<b>I. RECUEIL DES DONNÉES</b>	<b>20</b>
1. DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES	20
2. ACTEURS RÉPONDANTS	20
<b>II. PRÉSENTATION SOMMAIRE DES CAS D'ÉTUDE</b>	<b>22</b>
1. BÉNIN	22

<i>a. Vision politique</i>	22
<i>b. Options stratégiques et ancrage institutionnel du RAMU</i>	23
<i>c. Options opérationnelles et organisationnelles</i>	23
<i>d. Dispositifs existants et niveau de couverture</i>	25
<i>e. Etat d'avancement du processus de mise en œuvre</i>	26
2. BURKINA FASO	28
<i>a. Vision politique</i>	28
<i>b. Options stratégiques et ancrage institutionnel du RAMU</i>	28
<i>c. Options opérationnelles et organisationnelles</i>	29
<i>d. Dispositifs existants et niveau de couverture</i>	29
<i>e. Etat d'avancement du processus de mise en œuvre</i>	32
3. MALI	33
<i>a. Vision politique</i>	33
<i>b. Options stratégiques et ancrage institutionnel du RAMU</i>	33
<i>c. Options opérationnelles et organisationnelles</i>	34
<i>d. Dispositifs existants et niveau de couverture</i>	35
<i>e. Etat d'avancement du processus de mise en œuvre</i>	36
4. SÉNÉGAL	37
<i>a. Vision politique</i>	37
<i>b. Options stratégique et ancrage institutionnel de la CMU</i>	37
<i>c. Options opérationnelles et organisationnelles</i>	38
<i>d. Dispositifs existants et niveau de couverture</i>	38
<i>e. Etat d'avancement du processus de mise en œuvre</i>	42
5. TOGO	44
<i>a. Vision politique</i>	44
<i>b. Options stratégiques et ancrage institutionnel</i>	44
<i>c. Options opérationnelles et organisationnelles</i>	45
<i>d. Dispositifs existants et niveau de couverture</i>	46
<i>e. Etat d'avancement du processus de mise en œuvre</i>	48
6. LA GUINÉE : RAPPORT DU RÉSEAU DES PROMOTEURS DE LA PROTECTION SOCIALE EN GUINÉE	48
<i>a. Vision politique de la Guinée en matière de protection sociale</i>	48
<i>b. Options stratégiques et ancrage institutionnel de la PS</i>	48
7. ANALYSE TRANSVERSALE DES MÉCANISMES DE CSU ET LEÇONS APPRISSES DES PROCESSUS EN COURS	51

<i>a. Classification des mécanismes selon l'agent payeur ou gestionnaire</i>	52
<i>b. Classification des mécanismes selon le caractère contributif ou non</i>	53
<i>c. Des pratiques prometteuses</i>	54
<b>III. PANORAMA DES MOUVEMENTS SOCIAUX</b>	<b>55</b>
1. EVOLUTION CONCEPTUELLE	55
2. LES MOUVEMENTS SOCIAUX ÉMERGENTS	55
3. LES MOUVEMENTS SOCIAUX DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ	56
4. TYPOLOGIE ET CARTOGRAPHIE DES MOUVEMENTS SOCIAUX DANS LES PAYS D'ÉTUDE	56
5. DÉFINITION OPÉRATIONNELLE	61
<b>IV. L'IMPLICATION DES MOUVEMENTS SOCIAUX DANS LES POLITIQUES DE CSU</b>	<b>63</b>
1. IMPLICATION FORMELLE ET NORMATIVE	63
<i>a. Cadres internationaux et communautaires</i>	63
<i>b. Place des MvS dans les dispositifs législatifs nationaux</i>	65
<i>c. Place des MvS dans les stratégies nationales</i>	67
<i>d. Place des MvS dans les dispositifs opérationnels et architectures de CSU</i>	71
2. DOMAINES D'IMPLICATION DES MvS	76
<i>a. Implication des MvS dans la phase d'élaboration des politiques</i>	76
<i>b. Implication des MvS dans la mise en œuvre</i>	78
<i>c. Implication des MvS dans le suivi des progrès</i>	80
3. FORMES ET MODALITÉS DE L'IMPLICATION	81
<i>a. Processus d'implication des MvS et motivations des acteurs</i>	82
<i>b. Les facteurs et déterminants de l'implication</i>	84
<i>c. Conditions de participation</i>	85
<i>d. Les outils et méthodes utilisés par les MvS pour s'impliquer</i>	86
4. SYNTHÈSE SUR L'IMPLICATION, SON PROCESSUS ET SES RÉSULTATS.....	90
1. <i>La capacité des MvS à remplir les rôles et fonctions dévolus ou attendus</i>	90
2. <i>Opportunités et risques de l'implication des mouvements sociaux</i>	92
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>95</b>
1. LA PLUS-VALUE : LES LÉGITIMITÉS JURIDIQUES, POLITIQUES ET TECHNIQUES	96
2. RÔLE POTENTIEL DES MOUVEMENTS SOCIAUX	97
<i>a. Renforcement du rôle 'traditionnel'</i>	97
<i>b. Fournir une contribution proactive et active</i>	98



c. Devenir des acteurs transformateurs et à fort impact social.....	99
d. Constituer un solide pilier de la gouvernance pour la CSU.....	99
e. Mobiliser le soutien externe et faciliter la fertilisation croisée .....	100
3. ET QUELQUES RÉFLEXIONS SUPPLÉMENTAIRES .....	101
4. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS .....	102
Bibliographie .....	104

## FIGURES

Figure 1 – Cube des dimensions de la Couverture Sanitaire Universelle (OMS 2010).....	16
Figure 2 – Typologie des acteurs contactés et moyens de contact.....	18
Figure 3 – Résultat de la recherche bibliographique.....	20
Figure 4 – Répartition des répondants.....	21
Figure 5 – Fragmentation des mécanismes de protection sociale en santé et iniquité dans l'accès.....	53
Figure 6 – Fragmentation des mécanismes de protection sociale et iniquité du financement.....	54
Figure 7 – Typologie des mouvements sociaux.....	62
Figure 8 – Projets d'architectures de la CSU dans les pays d'étude .....	73
Figure 9 – Modélisation des motivations de la participation des MvS.....	82
Figure 10 – Schéma de la structuration des mutuelles de santé.....	88
Figure 11 – Visualisation des compétences, contributions actuelles et potentielles des MvS.....	92

## Tableaux

Tableau 1 – Dispositifs existants et niveau de couverture des prestations (Bénin).....	25
Tableau 2 – Dispositifs existants et niveau de couverture des prestations (Burkina Faso) .....	31
Tableau 3 – Simulation financière RAMU-BF.....	31
Tableau 4 – Dispositifs existants et niveau de couverture des prestations (Mali).....	36
Tableau 5 – Dispositifs existants et niveau de couverture des prestations (Sénégal).....	38
Tableau 6 – Description des options de paquets de services des mutuelles de santé – Sénégal.....	42
Tableau 7 – Dispositifs existants et niveau de couverture des prestations (Togo).....	47
Tableau 8 – Paquet de prestations de la CSU et niveau de cotisation au Togo.....	47
Tableau 9 – Principales étapes de lancement de la CSU.....	51
Tableau 10 – Organisations de la Société Civile <sup>37</sup> .....	59
Tableau 11 – Principaux textes législatifs répertoriés des pays d'étude.....	65
Tableau 12 – Formulation de la place des mouvements sociaux dans les documents stratégiques.....	69
Tableau 13 – Principaux documents stratégiques répertoriés des pays d'étude.....	70

## **Graphiques**

<i>Graphique 1 – Implication des MvS.....</i>	<i>76</i>
<i>Graphique 2 – Modalités de l'implication des MvS (2).....</i>	<i>83</i>
<i>Graphique 3 – Niveau d'implication des MvS : individuel vs collectif.....</i>	<i>83</i>
<i>Graphique 4 – Préoccupations spécifiques portées par les MvS.....</i>	<i>84</i>
<i>Graphique 5 – Degré d'implication des MvS.....</i>	<i>85</i>
<i>Graphique 6 – Les déterminants de l'implication.....</i>	<i>85</i>
<i>Graphique 7 – Niveau de fonctionnalité des mécanismes de coordination et de concertation.....</i>	<i>89</i>

## **Encadrés**

<i>Encadré 1 – Fondements et principes directeurs du Plan d'Actions National de Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire du Mali.....</i>	<i>68</i>
<i>Encadré 2 – Exemple du rôle des mouvements sociaux dans la phase de préparation.....</i>	<i>78</i>
<i>Encadré 3 – Exemple de l'implication d'une ONG.....</i>	<i>80</i>
<i>Encadré 4 - Critères d'éligibilité des mutuelles à la collaboration avec l'ANAM.....</i>	<i>86</i>
<i>Encadré 5 – Exemple de l'action d'un réseau multi-acteurs.....</i>	<i>87</i>

## Résumé exécutif

Les actions sur la protection sociale reprennent d'intensité avec le développement de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Cette dernière est rapidement devenue un agenda mondial, un momentum communautaire et une opportunité pour les pays qui font face aux difficultés d'accès et de financement des soins de santé, et encore plus pour leurs populations rurales et du secteur non formel. En Afrique, plusieurs pays s'engagent vers la CSU depuis bientôt une dizaine d'années, avec des avancées plus ou moins significatives. Par ailleurs, la CSU renforce l'approche holistique en santé qui suggère une participation multisectorielle, multidisciplinaire et multi acteurs. C'est dans ce sens que l'analyse de la contribution actuelle et potentielle des mouvements sociaux trouve sa pertinence.

Le terme 'mouvements sociaux' englobe une large variété d'acteurs, mais aussi une diversité de définitions qui rendent difficile sa segmentation. Des termes tels que 'mouvements citoyens, nouveaux mouvements sociaux, nouveaux types de citoyens, mouvements de l'économie sociale ou/et solidaire' rendent bien compte de la difficulté de savoir quel type d'organisation peut être décrit comme tel.

L'étude endosse l'approche de Solidarité Mondiale rapportée par Bart Verstraeten et collègues qui postulent que les mouvements sociaux sont **'des organisations qui donnent une voix aux gens, défendent leurs intérêts et cherchent des réponses collectives à leurs besoins'**<sup>3</sup>. La cible concerne *principalement des personnes qui ne sont pas couvertes par le système étatique existant : les travailleurs du secteur informel et rural*. Les principaux acteurs sont *les mutuelles, syndicats et coopératives qui par les activités organisent ces gens et leurs offrent des services très ciblés, mènent des actions et campagnes collectives et font le plaidoyer vis-à-vis des décideurs politiques*. Grâce à ce lien direct avec la population, les mouvements sociaux sont bien placés pour représenter ces gens dans le dialogue structurel avec les autorités et les autres acteurs concernés.

Nombre d'organisations associatives, syndicales, corporatives ou autres s'impliquent à côté des autorités et de l'administration des services publics sur des stratégies dans le secteur de la santé et plus précisément, à réaliser les objectifs de CSU. On compte parmi elles les organisations mutualistes et syndicales, les associations de femmes, les réseaux multi-acteurs (fédération, coordination, plateformes, etc.). Dans le cadre de cette étude, elles sont cartographiées sous trois principales composantes : les organisations corporatives telles que celles liées aux défenses de droits de différentes sortes, via notamment la revendication, la catégorie associative de type coopératif d'ordre économique ou visant une transformation sociale et le type collaboratif, englobant les cercles plutôt académiques ou producteurs de connaissances et innovations. Elles visent toutes à étendre la couverture sanitaire, avec une attention particulière aux groupes qui en étaient traditionnellement exclus.

La dynamique communautaire de l'Afrique de l'Ouest urge et soutient les pays membres de l'UEMOA, CEDEAO, OMS/Afro, OOAS, etc. à mettre en œuvre des stratégies pour parvenir à la CSU. Force est de reconnaître l'engouement des pays, gouvernements et partenaires au développement et les efforts consentis.

Cependant, les pays font face à de sérieux problèmes, entre autres d'équité, de ciblage, de gouvernance et d'opérationnalisation. On remarque une compilation de mécanismes de financement et de prise en charge qui sont très souvent mal articulés. Cette étude, basée

sur cinq pays de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Mali, Sénégal et Togo) montre que le niveau de prise en charge et de protection est encore inversement proportionnel à la population couverte. La même tendance paradoxale se manifeste entre les populations aux besoins de protection plus élevés du fait de leur situation économique, comparées aux populations économiquement instables. En plus l'effort de l'Etat en matière de financement est plus fort pour les groupes du secteur formel, comparé aux groupes non formels.

Les mouvements sociaux bénéficient d'une légitimité normative pour s'impliquer dans les politiques de CSU. Leur implication est recommandée par différents documents internationaux et nationaux d'orientation, confirmés dans les textes législatifs et réglementaires communautaires comme nationaux et devrait être opérationnalisée selon les orientations contenues dans les documents stratégiques. Cependant, cette implication normative est loin d'être reflétée partout sur le terrain, d'où l'intérêt pour les mouvements sociaux de saisir cette opportunité et se mobiliser pour faire appliquer ce 'droit' dans différentes étapes du développement de la Couverture Sanitaire Universelle. Les types d'organisations qui s'investissent pour ce faire sont divers.

L'étude révèle une forte implication des mouvements sociaux dans les phases de préparation des politiques, et dans une moindre mesure dans la phase de mise en œuvre. Dans plusieurs étapes ils disparaissent pratiquement de la scène. Les types de mouvements sociaux les plus souvent impliqués sont les mutuelles de santé et les syndicats. Les mutuelles constituent la principale option pour l'extension de la couverture à la population du secteur non formel et rural. Elles ont un capital d'expériences dans l'accès et le financement des soins de santé. Elles constituent par ailleurs la seule forme d'assurance maladie basée sur une forte implication de la population et qui tente des actions sur la qualité des soins, composante essentielle de la CSU.

Les mutuelles et leurs structures faïtières sont présentes dans les architectures opérationnelles et occuperaient des fonctions de gestionnaires délégués. Les syndicats quant à eux ne figurent pas dans les architectures mais ont une forte présence dans les instances consultatives, probablement du fait de leur position dans le triptyque 'gouvernement, employeur, travailleur'. D'autres phénomènes émergents méritent une attention intéressée : la mise en place d'observatoire de la CSU, l'implication des communicateurs traditionnels, le développement des plateformes nationales de protection sociale.

Les mouvements sociaux sont donc attendus dans plusieurs domaines. Cependant, les interviewés reconnaissent qu'ils sont mal préparés pour jouer un rôle à fort impact et expriment des craintes sous forme de risques aux cas où ils seraient incapables de remplir les rôles pour lesquels ils sont attendus. L'option prise par la plupart des pays de miser sur la mutualité est en effet une opportunité pour leur permettre de mieux s'organiser et remplir leurs objectifs tout en gardant des valeurs qui sont utiles au secteur de la santé. Par ailleurs, les documents stratégiques ouvrent la voie à un rôle sous forme 'd'Organisme de Gestion Délégué' (OGD). Le processus de leur structuration doit s'accélérer vers cette perspective, de même que les cadres de mesure de leur performance. Alors seulement, elles peuvent ne plus être attentistes pour s'impliquer d'avantage mais plutôt proactifs.

Des plus-values potentielles sont très peu utilisées ; il s'agit par exemple du rôle de veille. Certaines composantes des mouvements sociaux ont des proximités fonctionnelles

avec les autorités sanitaires, d'autres avec les prestataires. De par leur position dans la demande, elles peuvent mieux construire les arguments de plaidoyer et d'alerte pour une amélioration du niveau de satisfaction de l'utilisateur (contrôle sociale) sur les services reçus et le fonctionnement global du système. Le travail de veille doit se faire dans un partenariat constructif avec les autorités sanitaires et non conflictuel. Les mouvements sociaux peuvent également s'investir plus dans un travail sur les déterminants sociaux de la santé et accompagner les utilisateurs avec une information éclairée, en utilisant par exemple les technologies de l'information et réseaux sociaux.

Les réseaux régionaux ou zonaux, y compris le Réseau zonal Multi-acteurs de Protection Sociale en Afrique de l'Ouest ne sont pas bien connus de plusieurs catégories de mouvements sociaux, probablement du fait de leur ciblage des parties prenantes. Une redéfinition de leurs approches leur permettrait d'intégrer d'autres acteurs à fort potentiel contributif.

Cette étude devrait certainement être renforcée dans certains aspects, par d'autres. Par exemple, il serait intéressant de documenter la relation entre les ressources des mouvements sociaux en rapport avec leurs objectifs et leurs résultats, de même que l'écart réel entre la théorie et la réalité de la participation des mouvements sociaux.

# **PARTIE 1 : DESCRIPTION DE L'ETUDE**

---

## **I. Rappel des principaux éléments des Termes de Référence**

### **1. Justification**

Dans le cadre du Programme WSM-DGD, WSM et ses partenaires ont opté pour la mobilisation d'autres acteurs non étatiques nationaux – en plus de ses partenaires traditionnels – pour l'implication des mouvements sociaux dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de protection sociale, notamment les systèmes de couverture maladie universelle dans la zone UEMOA. Cette orientation a abouti à la mise en place d'un Réseau zonal Multi-acteurs de Protection Sociale en Afrique de l'Ouest en juin 2014.

Ce cadre d'échange s'est fixé pour objectif d'œuvrer pour la mise en place d'une politique de protection sociale qui garantit au mieux la protection sociale pour toutes les populations de la zone.

Il devient important pour ce Réseau Multi acteurs de faire une analyse comparative de leur participation dans le processus à l'étape actuelle et de mener une réflexion prospective pour l'implication des mouvements sociaux dans tout le processus de la mise en œuvre et de la gestion des politiques de l'AMU dans la zone, notamment dans les pays du Programme (Bénin, Burkina, Mali, Sénégal, Togo).

Les résultats de l'étude permettront de tirer des leçons transversales, de générer des éléments transversaux pour alimenter l'argumentaire de leur action politique.

### **2. Objectif de l'étude**

#### ***a. Objectif général***

L'étude a pour objectif principal de faire une analyse comparative de l'implication des mouvements sociaux dans le processus de mise en place de l'AMU (conception, la mise en œuvre et la gestion) dans les pays de l'UEMOA (Bénin, Burkina, Mali, Sénégal, Togo).

#### ***b. Objectifs spécifiques***

De manière spécifique, elle vise à :

- Identifier les acteurs institutionnels impliqués dans les systèmes AMU ;
- Analyser l'implication et la qualité de la participation de la société civile en générale et des mouvements sociaux (OSC, Réseaux thématiques – par exemple les plateformes nationales mutualistes-, Réseaux multi-acteurs de Protection Sociale) en particulier dans le processus de mise en place de l'AMU (conception, la mise en œuvre et gestion) ;
- Faire des recommandations pour une meilleure implication (ou participation) des mouvements sociaux dans le reste du processus.

### ***c. Champ d'investigation***

La délimitation géographique de l'étude englobe les pays d'intervention du programme de WSM et ses partenaires (appuyé par DGD) dans les pays membres de l'UEMOA, à savoir Bénin, Burkina, Mali, Sénégal, Togo. L'expérience enrichissante de la Guinée a été également captée dans cette dynamique sous régionale, bien que ce pays ne soit pas membre de l'UEMOA.

### **3. Résultats attendus**

Les résultats attendus de l'étude sont les suivants :

- Une vue transversale des mesures de protection sociale du Système AMU et une analyse de leur couverture ;
- Une cartographie (comparative) des acteurs institutionnels impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des différents instruments des Systèmes AMU ;
- Une analyse comparative de l'implication et de la qualité de participation des mouvements sociaux en particulier et d'autres acteurs de la société civile en général dans la conception et la mise en œuvre du système AMU ;
- Une identification des lacunes des Systèmes AMU et des recommandations pour une meilleure participation des mouvements sociaux dans le processus AMU ;
- Une identification des alliés potentiels de l'action politique future autour de la thématique.

## **II. Méthodologie**

### **1. Approche méthodologique et cadres d'analyse**

Cette étude est une analyse comparative et transversale d'ordre référentiel et descriptive des similarités et différences inter pays pour tirer les meilleures pratiques et produire des connaissances sur les pratiques en cours dans le domaine de la CSU. Les termes de référence renvoient à la notion de protection sociale. La protection sociale est considérée comme une série d'actions publiques initiée par les états, les ONG, ou autres structures pour faire face à la vulnérabilité et à la pauvreté. Ce domaine étant très large et couvrant plusieurs domaines, il convient de noter que nous mettrons le focus sur la protection sociale en santé et plus précisément, les mécanismes qui conduisent à une couverture sanitaire.

Trois principaux cadres d'analyse sont utilisés :

#### ***a. De la protection sociale à la CSU : dimensions et contenu***

La protection sociale décrit toutes les initiatives publiques et privées qui fournissent des transferts de revenu ou de consommation aux pauvres, protègent les populations vulnérables des risques de subsistance et améliorent le statut social et les droits des personnes marginalisées. Son objectif global est de réduire la vulnérabilité économique et sociale des groupes pauvres, vulnérables et marginalisés<sup>1,2</sup>. Aujourd'hui, le cadre d'analyse de la protection sociale suggère une introduction de la dimension transformative<sup>1-4</sup> en plus des mesures de prévention, de protection, et de promotion.

En fait, le droit à la protection sociale (également reconnu par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en son article 25) remonte à la création de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) en 1919. La Déclaration de Philadelphie de l'OIT en 1944 donne mandat à l'organisation pour mettre en œuvre des programmes relatifs à l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection. En 1952, l'OIT diffuse la convention n° 102 concernant la sécurité sociale (normes minimums). Ces mesures comprennent l'assistance sociale, l'assurance sociale ou filets sociaux, les services d'action sociale. Les risques concernés par la protection sociale comprennent la maladie, les accidents de travail et les maladies professionnelles, la vieillesse, le chômage, la maternité, le décès du soutien de famille et les charges de famille.

Pendant longtemps, les travaux sur la protection sociale portaient essentiellement sur les mesures s'appliquant aux fonctionnaires du secteur public et privé et leurs familles<sup>5</sup>, les principales cibles de l'OIT qui compte trois principaux acteurs que sont l'employeur, l'employé et l'Etat.

Le BIT a lancé en 2004 une campagne mondiale pour l'extension de la protection sociale. L'objectif de cette campagne était d'assurer un consensus sur les stratégies pour l'accès pour les travailleurs des secteurs informel et rural. Entre temps, certaines catégories de population mettaient en place leurs propres mécanismes de protection contre les risques liés à la santé, sous forme de mutuelle de santé, prépaiement, cercles, etc. Un intérêt international se manifestait dans l'inscription du soutien aux mutuelles de santé dans les politiques de santé.

En avril 2009, sous l'égide de l'OIT et de l'OMS le *socle de protection sociale* (SPS) a été adopté par les Nations Unies. Le SPS promeut l'accès garanti à un ensemble intégré et établi à l'échelle nationale de biens essentiels, de services et de transferts de revenus afin que les personnes au cours de leur cycle de vie ne souffrent pas de la faim ni des maladies évitables, ne restent sans éducation, n'aient pas recours à l'eau non potable et ne restent sans toit.

La stratégie du socle de protection sociale incite les pays à la mise en œuvre rapide de socles nationaux de protection sociale contenant des garanties élémentaires de sécurité sociale qui assurent un accès universel aux soins de santé essentiels et la sécurité élémentaire de revenu à un niveau défini à l'échelle nationale, conformément à la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012<sup>6</sup>.

*Selon le BIT, les socles de protection sociale sont un ensemble de garanties élémentaires de sécurité sociale définies au niveau national visant à assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu qui ensemble garantissent un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale.*

Un système efficace de protection sociale de santé permet un accès universel aux soins de santé essentiels abordables, disponibles et de bonne qualité, et apporte une protection financière en période de maladie, d'accident et de maternité. Il englobe la CSU qui se définit comme suit :

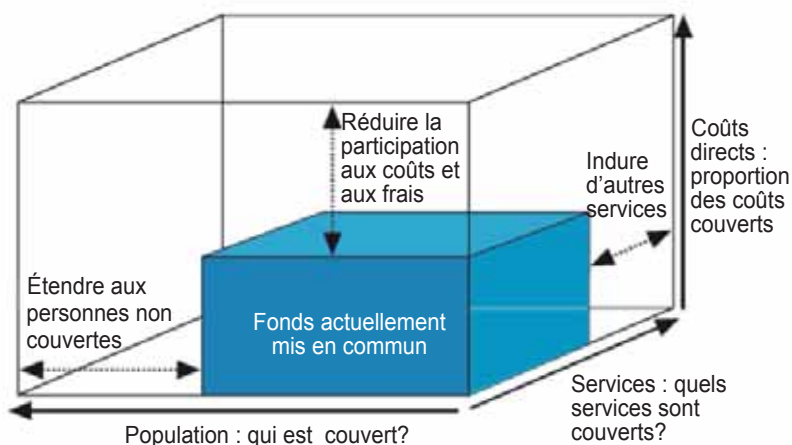
*La Couverture Sanitaire Universelle est la situation dans laquelle toutes les populations peuvent obtenir les services de santé dont elles ont besoin – services de promotion, préven-*



tifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs –, et qui répondent aux normes de qualité et d'efficacité, sans que le coût de ces services n'expose les usagers à des difficultés financières<sup>7</sup>. Cette définition endossée par tous les acteurs implique de profondes réformes du système de santé, notamment en Afrique.

La CSU se présente sous trois dimensions i) la population couverte, ii) les services couverts et iii) le niveau de couverture (voir Figure 1). Le cube de l'OMS permet de visualiser les gaps de couverture.

Figure 1 – Cube des dimensions de la Couverture Sanitaire Universelle (OMS 2010)



Dans le contexte actuel, un des principaux objectifs des politiques de CSU concerne l'extension de la population couverte. Les indicateurs de cette dimension sont particulièrement inquiétants et relèvent d'une question de justice sociale<sup>8</sup>. L'agenda de l'inclusion sociale s'est très tôt présenté comme un objectif majeur des gouvernements africains<sup>9</sup>, pour réparer cette 'injustice sociale' et est loin d'être achevé.

Il convient de noter qu'on trouve plusieurs terminologies qui décrivent plus ou moins la même chose, ou du moins ont une compréhension similaire des acteurs : le terme générique 'Couverture Sanitaire Universelle', protection sociale universelle (diffusé par l'OIT), Couverture maladie universelle (utilisé par la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest et les termes de référence de la présente étude), Assurance maladie universelle, couverture universelle du risque maladie, etc. Cette étude ne fournira pas une analyse sémantique mais adopte la dénomination générique de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et la définition opérationnelle promue par l'OMS. L'étude garde cependant les dénominations utilisées dans les pays d'étude.

### **b. L'analyse des parties prenantes**

C'est une approche classique qui a permis de dégager la typologie des acteurs institutionnels, leurs rôles, forces et faiblesses. L'analyse de leurs caractéristiques a permis d'apprécier les motivations de l'implication ou non des MvS et dans quels domaines. Cette méthode a également permis d'inventorier les groupes et individus qui ont constitué les sources d'information, la catégorisation et la cartographie des acteurs impliqués dans les différentes phases de mise en œuvre de la CSU, leur niveau d'implication et leur plus-value dans le processus, mais aussi les facteurs qui ont facilité ou entravé cette implication.

### c. Cartographie des acteurs

La cartographie des acteurs est une résultante de l'analyse des parties prenantes qui donne une vision globale des acteurs institutionnels qui interviennent dans les différents pays.

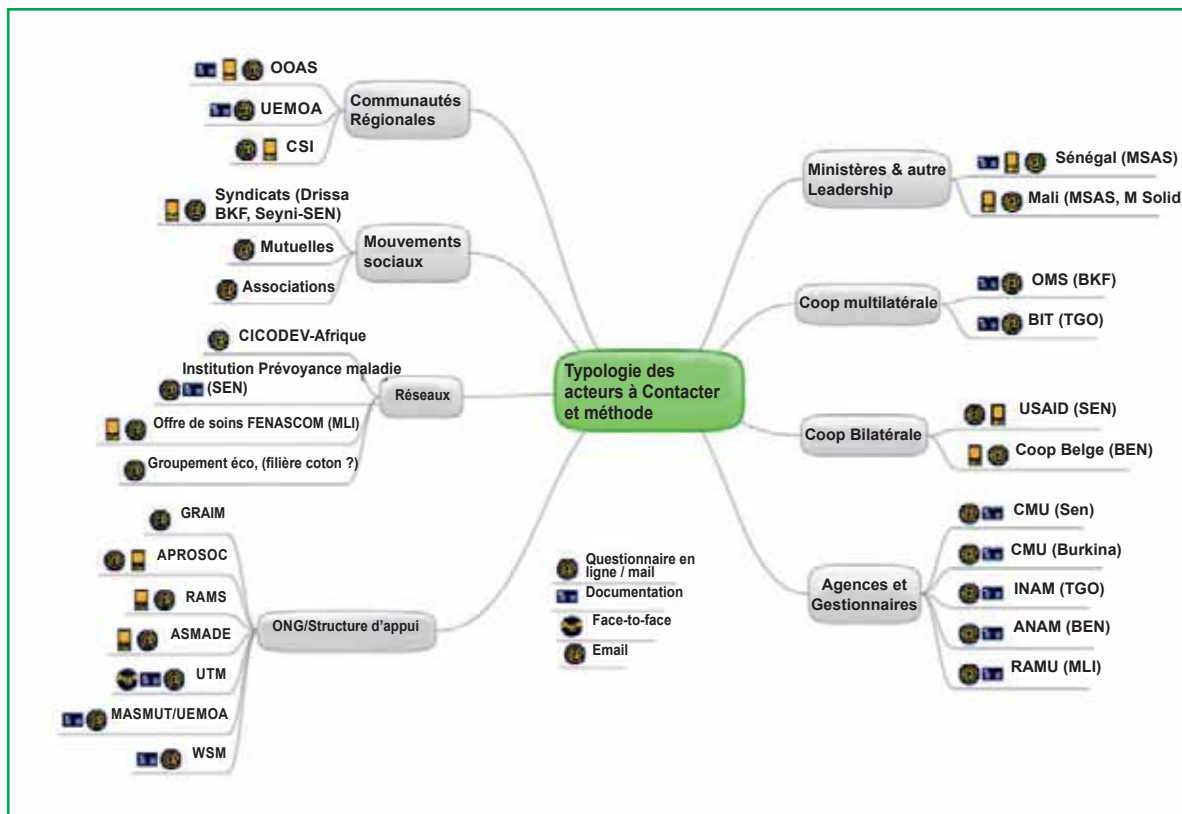
### d. Le design institutionnel et les pratiques organisationnelles

Ce cadre d'analyse a permis d'une part de voir les types de montage institutionnel en cours dans la sous-région pour la CSU, les fonctions et règles formelles (cadre régalien) ou informelles qui régissent leur fonctionnement afin d'identifier la place des MvS et d'autre part, la capacité organisationnelle et leur capital de pratiques. Au-delà du cadre d'analyse du design institutionnel et des pratiques organisationnelles construit autour des fonctions du financement de la santé (collecte, mise en commun et achat de services)<sup>10</sup> on which health financing performance is contingent. Institutional design is understood as formal rules, namely legal and regulatory provisions relating to health financing; organizational practice refers to the way organizational actors implement and comply with these rules. Health financing performance is operationalized into nine generic health financing performance indicators. Inadequate performance can be caused by six types of bottlenecks in institutional design and organizational practice. Accordingly, six types of improvement measures are proposed to address these bottlenecks. The institutional design and organizational practice of a health financing system can be actively developed, modified or strengthened. By understanding the incentive environment within a health financing system, the potential impacts of the proposed changes can be anticipated. ?? 2010 Elsevier Ireland Ltd.», «author» : [ { «dropping-particle» : «», «family» : «Mathauer», «given» : «Inke», «non-dropping-particle» : «», «parse-names» : false, «suffix» : «» }, { «dropping-particle» : «», «family» : «Carrin», «given» : «Guy», «non-dropping-particle» : «», «parse-names» : false, «suffix» : «» } ], «container-title» : «Health Policy», «id» : «ITEM-1», «issue» : «3», «issued» : { «date-parts» : [ [ «2011» ] ] }, «page» : «183-192», «publisher» : «Elsevier Ireland Ltd», «title» : «The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage», «type» : «article-journal», «volume» : «99» }, «uris» : [ «http://www.mendeley.com/documents/?uuid=3893f619-aaf8-4a26-a497-be-d96ba490e8» ] } ], «mendeley» : { «formattedCitation» : «<sup>10</sup>», «plainTextFormattedCitation» : «10», «previouslyFormattedCitation» : «<sup>10</sup>» }, «properties» : { «noteIndex» : 0 }, «schema» : «https://github.com/citation-style-language/schema/raw/master/csl-citation.json» } cette étude a porté une attention particulière à la dimension politique et stratégique afin de voir le potentiel des mouvements sociaux à porter des messages de plaidoyer ou d'action sur l'offre de soins et la gouvernance du système de santé.

## 1. Méthodes d'investigation

Cette étude est essentiellement basée sur la documentation disponible dans les différents pays et fournie par des contacts institutionnels ou en ligne compilée suite aux résultats d'une stratégie de recherche et un questionnaire administré par téléphone ou en ligne par internet aux acteurs clés. **Le recueil des données s'est déroulé du 14 au 30 mai 2016. Les données contenues dans le présent rapport reflètent la situation de la période l'étude.** Il reste évident que des évolutions significatives peuvent être notées maintenant et des données devenues obsolètes. La figure 2 visualise la typologie des sources et méthodes d'investigation.

Figure 2 – Typologie des acteurs contactés et moyens de contact



#### a. Etude documentaire

Trois sources d'information documentaire ont été utilisées :

- La documentation du programme. Exploitation des rapports d'études de l'implication des mouvements sociaux dans les politiques de l'AMU au Burkina et au Mali réalisées en 2015 sur financement de WSM/ DGD.
- La documentation sur la CMU disponible dans les pays. Des personnes ressources locales membres des réseaux nationaux multi acteurs de protection sociale et la Coordination MASMUT de la zone UEMOA ont fourni de la documentation.
- La documentation scientifique. En se basant sur les cadres d'analyse, une stratégie de recherche a été définie. Elle a combiné des concepts associés aux thèmes en utilisant des descripteurs. Pour récupérer des documents pertinents, les relations entre les concepts ont été examinées en travaillant également sur les tronçatures possibles de chaque mot-clé (par exemple, \*, #, ?, +) pour récupérer des formes variantes du mot. Par exemples : instit\* peut récupérer les termes institution, institutionnel, institutionnelle, institutionnalisation. Ensuite des opérateurs booléens à savoir AND, OR et NOT – ont été utilisés pour connecter des mots-clés ou les rapporter aux pays couverts par l'étude. Les principaux moteurs de recherche en ligne utilisés sont les suivants : Google Scholar, PubMed Central et Hinari (OMS).

#### b. Collecte des opinions des acteurs

Un questionnaire a été préparé et mis en ligne (web survey) pour recueillir les opinions de divers acteurs. Certains acteurs ont été directement interviewés par téléphone ou Skype.

Ces données qualitatives ont été analysées à l'aide du logiciel QSR NVivo™. Globalement, les informations à recueillir ont tourné autour de :

- i) Le niveau de connaissance du processus de CSU en cours dans les pays avec l'hypothèse que la participation ou une implication est tributaire à priori du degré de connaissance et de compréhension de la stratégie CSU ;
- ii) L'identification des forces et des faiblesses des institutions pour être impliquées et leur plus-value ;
- iii) Les attentes, les perceptions et le degré de contribution actuel et potentiel et ;
- iv) Les recommandations des acteurs pour pérenniser les acquis et agir sur les prochaines phases de développement de la CSU.

### **III. Limites de l'étude**

Cette étude comporte deux principales limites de portée générale.

- La première limite est liée au temps imparti pour la réalisation de l'étude. Une analyse complète aurait dû inclure des activités de terrain. Cela a un impact sur le design de l'étude. Les résultats rapportés souffrent du manque de contact de certains acteurs clés. Un entretien face-to-face fournit une meilleure interaction entre l'investigateur et l'interviewé. Il n'a pas été possible d'exploiter toute la richesse qu'une telle étude aurait pu fournir ; exemple : sites web des gouvernements et de leurs services ou autres bases documentaires.
- La deuxième limite est d'ordre méthodologique. Il s'agit du principe de comparabilité pour un sujet relatif à des faits, dynamiques et mécanismes sociaux. Il est par exemple compliqué de mesurer le rôle et le poids des associations dans différents contextes, le nombre ne faisant pas leur qualité et leur efficacité ne peut être appréciée que dans une analyse d'impact. Les résultats quantitatifs ne peuvent être généralisés à cause de la taille réduite de l'échantillon. Par contre, ils ont l'avantage de montrer des tendances et de probables divergences de point de vue rendant intéressant d'autres investigations.

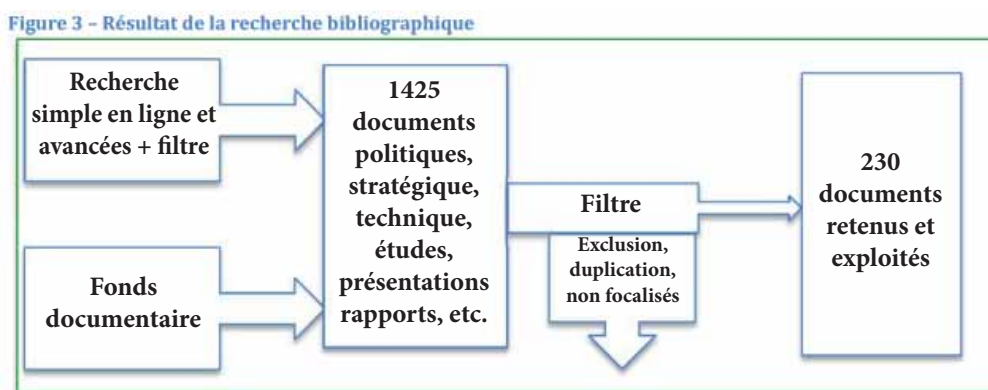
# PARTIE 2 : RESULTATS DE L'ETUDE

## I. Recueil des données

### 1. Données bibliographiques

Suivant la méthodologie décrite dans la section précédente, nous avons manipulé plusieurs mots clé avec comme focus les pays d'étude, la Couverture Sanitaire / maladie Universelle. On peut noter les termes suivants : mouvements sociaux, société civile, acteurs non étatiques, plateforme des acteurs, cadre de concertation, assises, réseaux, campagne, emerging voices, pouvoir émergent, consultation, action sociale. Au total, 1425 documents ont été consultés. Après une série de filtres suivant les critères d'inclusion, 230 documents ont été exploités. Les résultats se présentent comme suit :

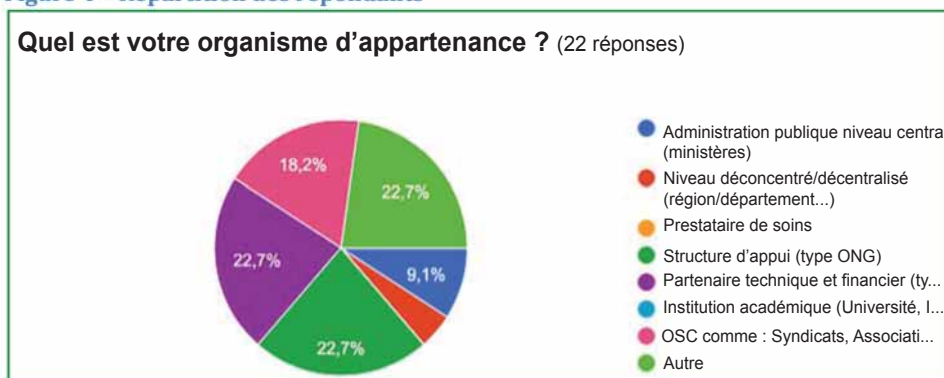
Figure 3 – Résultat de la recherche bibliographique



### 2. Acteurs répondants

Après une phase de test, un total de 25 questionnaires a été envoyé. Vingt-deux (22) questionnaires ont été retournés des cinq pays concernés, renseignés par des acteurs composés de 45% de partenaires techniques et financiers (y compris les structures d'appui), 15% de gestionnaires du système de santé au niveau national ou déconcentré, 18% de syndicats, associations, mutuelles et autres organisations de la société civile et 20% de réseaux multi acteurs. La Figure 4 visualise la répartition des répondants. Trois organisations qui ont marqué 'autre' se considèrent comme structure faîtière d'un Système d'Assurance Maladie (SAM) ou syndicale.

Figure 4 - Répartition des répondants



La plupart des acteurs répondants sont impliqués d'une manière ou d'une autre dans la mise en œuvre de la CSU dans leur pays. A la question de savoir 'Dans quelle mesure votre organisme d'appartenance est impliqué dans la CMU ?' on remarque que leur implication est variée :

- Au niveau stratégique : ces répondants appartiennent aux organisations faîtières ou des réseaux. Ils se positionnent en tant que représentants dans différents comités. Ils participent aussi à des actions de plaidoyer '*...est impliquée tant au niveau de la réflexion stratégique que dans les groupes techniques. Elle est ainsi membre du comité de réflexion pour l'opérationnalisation de la couverture maladie universelle depuis 2012*' (Mli-FM1).
- '*... - est impliquée dans le processus CMU au Bénin à travers son appartenance à la plateforme des mutuelles dénommée «Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales- CONSAMUS». Cette plateforme est associée à toutes les réflexions qui sont menées sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)*'. (Ben-Res1)
- Dans le renforcement des capacités : il s'agit notamment des structures d'appui qui ont une action envers de tiers-acteurs (population, mutuelles, syndicats) pour leur mobilisation et leur capacitation. Ils leur apportent un soutien technique et financier (en subventionnant les cotisations) '*Nous intervenons dans le renforcement des plateformes mutualistes nationales sur le plan institutionnel, technique, thématique et politique, en vue de les préparer à prendre une part important dans le processus de mise en place et de gestion de la CMU/AMU, notamment l'implication des mutuelles de santé*'. (Sen-SA-1)
- La mise en œuvre opérationnelle et la coordination des activités. Ce groupe concerne les acteurs étatiques et les gestionnaires de SAM '*couverture maladie des salariés du secteur privé et des membres de leur famille (époux et enfants)*' (Sen-Ass1)

*'Le Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord est chargé du pilotage de la CMU. Il préside un Comité de Réflexion chargé de l'opérationnalisation de la CMU, comprenant les Ministères de la Santé, de la Promotion de la Femme, des Finances, la société civile, les partenaires sociaux et les partenaires techniques et financiers. Ce Comité a mis en place un groupe d'experts sur différentes thématiques pour l'opérationnalisation de la CMU d'ici 2018*'. (Mli-Min1).

Les opinions des acteurs ont été analysées sur une base inductive, en trois étapes :

1. Dans un premier temps, toutes les expressions utilisées par les acteurs ont été

<p><i>Mvts Sociaux en présence</i>  <i>Structures Faïtières</i>  <i>Coordination et concertation</i>  <i>Autres acteurs impliqués</i>  <i>Mécanismes de coordination et concertation</i>  <i>Prise en compte des besoins des acteurs</i>  <i>Organisation de réseaux et groupes techniques</i></p>	<p><i>Légitimité législative</i>  <i>Réflexions politiques, stratégiques et techniques</i>  <i>Contribution à la mise en œuvre</i>  <i>Contribution dans le suivi des progrès</i>  <i>Compétences pour répondre aux attentes</i></p>	<p><i>Concertations : déterminant de l'implication</i>  <i>Contribution potentielle</i>  <i>Contribution actuelle</i>  <i>Impact de la contribution</i>  <i>Lacunes dans le processus</i>  <i>Opportunités MvtS et CSU</i>  <i>Risques et menaces</i>  <i>Autres expériences connues</i>  <i>Recommandations</i></p>
--	--	--

déconstruits. Cette méthode logico-sémantique nous a donné 21 unités de sens :

2. Dans une deuxième phase, les expressions ont été distribuées dans des nœuds thématiques :

- Typologie
- Modalités d'implication
- Déterminants
- Rôle acteurs dans CSU
- Risques - menaces - opportunités
- Recommandations.

Finalement, dans une troisième étape, nous avons croisé cette distribution avec les cinq pays couverts par l'étude, plus le niveau régional et l'affiliation institutionnelle des acteurs répondants. Cet exercice a été réalisé à l'aide du logiciel QSR NVivo 8 et a permis de produire l'arborescence ci-dessous. Chaque cellule contient le nombre de références codées selon le pays ou le type d'acteur. Les verbatim sont reportés dans les parties concernées, avec le code du pays et le profil de l'acteur l'ayant décrit (Ass=association, Min=ministère, SA=Structure d'Appui, etc.)

## II. Présentation sommaire des cas d'étude

### 1. Bénin

#### a. Vision politique

Le gouvernement du Bénin a engagé le processus de mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle RAMU, recommandé dès 2007 lors des Etats Généraux de la Santé. Après quelques travaux préparatoires, le lancement officiel du RAMU a eu lieu le

19 décembre 2011 par le Chef de l'Etat. Depuis le 24 avril 2012, le Bénin a lancé la phase pilote du RAMU. L'Agence nationale de l'assurance maladie a été créée et un projet de loi instituant le Régime d'Assurance Maladie Universelle a été élaboré et revu par la Cours Suprême. Des conventions entre l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) et divers organismes et prestataires sont finalisées.

### *b. Options stratégiques et ancrage institutionnel du RAMU*

Les principes de base du RAMU sont les suivants :

- Une couverture efficace pour toutes les couches de la population béninoise, sans distinction aucune : l'universalité est ici appréciée en termes de prise en compte de l'ensemble de la population béninoise pour un paquet de base le plus large possible au moindre coût.
- Equité et contribution des bénéficiaires : il s'agit de concevoir des fourchettes de primes en rapport avec les capacités contributives des diverses couches sociales, de définir un mécanisme pratique et efficace de recouvrement des cotisations sociales et d'asseoir un dispositif pour subventionner la contribution des couches sociales les plus démunies (gage de pérennisation du système).
- Rôle régulateur du RAMU par les pouvoirs publics qui doivent l'appuyer en tant que dispositif d'assurance sociale maladie et veiller à son bon fonctionnement.
- La participation des bénéficiaires et des élus locaux à la gouvernance du système afin d'exercer le contrôle social. La participation des bénéficiaires à la gouvernance du système est garantie à deux niveaux. Au niveau central, les affiliés seront représentés au sein du Conseil d'Administration de l'ANAM. Leur représentation est également envisagée au niveau intermédiaire (ADAM). Mais rien de précis n'est adopté quant à la représentation de l'ANAM et donc des bénéficiaires au niveau périphérique (opérationnel).
- Efficience : Il s'agit de réaliser de meilleurs résultats aux moindres coûts possibles. Ainsi, les dispositions seront prises pour éliminer les lourdeurs et lenteurs administratives et sécuriser au maximum le système en vue d'une minimisation des fraudes et abus.

### *c. Options opérationnelles et organisationnelles*

Le RAMU est géré au niveau central par l'ANAM, qui aura des antennes au niveau départemental (ADAM)<sup>11,12</sup>. Le financement reposera sur diverses sources dont le Fonds de Solidarité Nationale du Bénin, les contributions de l'Etat et des PTF, les dons et legs, les recettes des investissements de l'ANAM et les cotisations des adhérents. L'affiliation au RAMU se fera à travers plusieurs canaux institutionnels : le Fonds National des Retraites du Bénin (FNRB) pour les fonctionnaires de l'Etat ; la CNSS pour les travailleurs du secteur privé ; la direction des services de l'armée pour les militaires et paramilitaires, les mutuelles communautaires et la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) pour les acteurs du secteur informel et agricole y compris les indigents.

Après sa mise en place, le RAMU couvrira :

- Les frais de consultation, de soins et d'hospitalisation, les frais de médicaments, de



consommables médicaux et de produits sanguins labiles ;

- Les frais des examens de laboratoire et de radiologie ;
- Les frais de vaccins obligatoires à l'exception de ceux couverts par les programmes de gratuité ;
- Les frais d'appareillages ; les frais de transport des malades d'une formation sanitaire à une autre (en cas de référence ou de contre référence) ;
- Les frais de prestations liés à l'état de grossesse et à l'accouchement, à l'exception des actes pris en charge par les mécanismes de gratuité.

Ces services seront couverts pour l'ensemble de la population moyennant le paiement d'une prime mensuelle définie par catégorie sociale.

Pour la phase pilote, les cotisations ci-après ont été appliquées :

- 1000 FCFA/an pour les enfants âgés de 18 ans au plus ;
- 1 000 FCFA/mois/ personne âgée de plus de 18 ans, soit 12 000 FCFA/an.
- Quant aux travailleurs salariés, il était envisagé 2,5% de leur salaire par mois. Mais cela n'a jamais été discuté avec les partenaires sociaux, donc n'était pas encore validé.

Le financement du RAMU sera assuré par deux types de sources :

- sources conventionnelles : budget de l'Etat et des collectivités locales, cotisations sociales des affiliés, dons des partenaires étrangers et autres, subventions de divers organismes caritatifs, etc.
- sources innovantes : taxes spécifiques sur la téléphonie mobile, transactions financières hors UEMOA, sur carburant, alcools, tabacs, accostage de navires, etc. Une étude sur les financements innovants est réalisée et les résultats attendent d'être validés. Toutefois, depuis 2013 les opérateurs GSM mobilisent pour le compte du RAMU 5 milliards de FCFA.

Un ticket modérateur est introduit dans le RAMU, il est variable selon le niveau de la pyramide sanitaire où sont dispensés les prestations : il est zéro au niveau périphérique (centre de santé et hôpitaux de zone) pour favoriser l'équité dans l'accès aux soins et désengorger les autres structures, il est de 10% du montant des prestations au niveau intermédiaires (centres hospitaliers départementaux et assimilés) et de 20% au niveau central (CNHU et autre établissement de l'espace CHU).

#### d. Dispositifs existants et niveau de couverture

Les paquets de bénéfiques offerts par les mécanismes de protection diffèrent d'un régime à l'autre. Ils peuvent être résumés dans le tableau suivant :

Tableau 1 – Dispositifs existants et niveau de couverture des prestations (Bénin)

Mécanisme de protection	Paquets de prestations offertes	% restant à la charge des usagers
<p><b>Régime des 4/5<sup>ème</sup> pour les fonctionnaires via le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB)<sup>13</sup> et des agents contractuels de l'Etat (ACE) via la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)</b></p> <p>Ce mécanisme couvre moins de 10% de la population</p>	<p>Consultations, soins ambulatoires et hospitaliers, certains examens biologiques et exploratoires, évacuations sanitaires. Pas de médicaments</p>	<p>20% des coûts des prestations et produits pharmaceutiques</p>
<p><b>Assurance maladie privée</b></p> <p>&lt; 1%</p>	<p>Soins ambulatoires et hospitaliers, certains médicaments et examens biologiques et exploratoires, évacuations sanitaires (selon convention avec les souscripteurs)</p>	<p>10% à 20% des coûts des prestations et des produits pharmaceutiques</p>
<p><b>Mutuelles de santé</b></p> <p>Environ 313 mutuelles de santé communautaires en 2012 couvrant près de 49% du territoire national pour un effectif estimé à 600 000 personnes (6% de la population)</p>	<p>Petits risques (consultation curative primaire, consultation pré/post natale, accouchement normal, médicament essentiels, quelques Soins ambulatoires et hospitaliers, certains médicaments et examens biologiques et exploratoires (selon contrats et accords avec les prestataires)</p>	<p>La proportion supportée varie selon les mutuelles et selon les conventions. Dans tous les cas ça varie entre 20% et 25% pour les soins ambulatoires et 40% à 50% pour les soins hospitaliers</p>
<p><b>Régimes de gratuité</b></p> <p>Fonds sanitaire des indigents (FSI), la gratuité de la césarienne, l'Initiative de prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, etc.</p>	<p>Variable selon le programme concerné et le financement disponible. En principe : la prise en charge est totale pour les interventions et les populations ciblées.</p>	<p>Aucun en principe. Mais en réalité, il s'agit d'un subventionnement de l'Etat à hauteur de 100 000 FCFA. La différence entre le coût de la césarienne et cette subvention est à la charge de la bénéficiaire</p>

### *e. Etat d'avancement du processus de mise en œuvre*

Depuis le lancement du RAMU fin 2011/début 2012, de nombreux travaux ont été entrepris et quelques progrès enregistrés. Les obstacles et défis restent énormes à tous les niveaux comme l'ont souligné les récentes missions et réunions d'évaluation tenues par le Ministère de la Santé et les partenaires techniques et financiers.

De nombreux ateliers techniques et discussions sur la réglementation ont eu lieu pour clarifier certains aspects du RAMU, il s'agit notamment de :

- La mise en place du comité technique interministériel sur le RAMU ;
- L'affiliation des bénéficiaires, de la gestion technique du produit d'assurance maladie ;
- L'élaboration des projets de convention-cadre et de conventions spécifiques entre L'ANAM, les prestataires et les dispensateurs de médicament ;
- L'implication de la société civile et du rôle des élus locaux ;
- L'élaboration des textes relatifs à la mise en œuvre du RAMU ;
- L'élaboration des outils de pilotage et de régulation au niveau du Ministère de la santé ;
- L'information des prestataires de soins et dispensateurs de médicaments ;
- L'élaboration et diffusion des guides d'information à l'intention des assurés et bénéficiaires.

Plusieurs documents préparatoires connaissent une avancée aussi bien pendant la phase préparatoire que pendant la période de mise en œuvre :

- La Loi n° 2015-42 portant institution du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en République du Bénin votée le 28 décembre 2015 et promulguée le 7 mars 2016 ;
- Le document de stratégie de financement pour la CSU a été élaboré et enrichi lors de divers ateliers techniques. Il est en cours de finalisation.
- Document national de Politique Holistique de Protection sociale (PHPS), adopté par le Gouvernement. Les documents suivants sont actuellement en cours d'élaboration : document de politique et stratégie de développement de la CSU. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui prend en compte le RAMU dans son domaine stratégique 4.
- Le dispositif général de suivi et d'évaluation est décrit dans le document de stratégie de financement pour la CSU. Il s'inscrit dans la logique du plan de suivi et d'évaluation et de revue du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).
- Un rapport d'autoévaluation de la première année de mise en œuvre est disponible et le second en cours de rédaction à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie.

A ce stade, ces différents paramètres ont été validés en ateliers techniques et compilés dans un rapport d'étape qui a été adopté par le Gouvernement. Les travaux d'affinement de certains paramètres techniques se sont poursuivis pendant la phase de mise en œuvre,

notamment au sein d'un sous-groupe technique de Travail (SGTT) qui regroupe : les acteurs de l'ANAM, ceux du ministère de la santé, ceux d'autres départements ministériels, ceux de diverses institutions intervenant dans le secteur de la protection sociale et des personnes ressources. D'autres études sont en cours sur « l'analyse de l'existant et l'élaboration du cahier de charges pour la mise en place d'un système d'identification biométrique ».

Suite aux élections présidentielles de mars 2016, un nouveau régime est mis en place. Ce dernier a introduit une nouvelle réforme en matière de protection sociale. Cette réforme prévoit la création d'une Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) au profit des acteurs du secteur informel et agricole. L'ARCH comprend quatre composantes essentielles :

- L'assurance maladie : c'est cette composante qui va prendre en compte le RAMU ;
- L'accès au revenu (micro-crédits) ;
- La retraite ;
- L'emploi.

## 2. Burkina Faso

### a. Vision politique

Le système actuel de protection sociale est caractérisé par une très grande diversité dans son organisation, ce qui compromet l'accès, la couverture et l'équité. Le pays a entrepris plusieurs initiatives dans le secteur dont les réformes sur la pharmacie hospitalière, la contractualisation, le financement basé sur les résultats, l'étude prospective sectorielle de la santé à l'horizon 2030. Aujourd'hui, la principale stratégie que le pays tente de mettre en œuvre pour, entre autres objectifs, résoudre cette incohérence est la couverture maladie universelle que le PNDS met au cœur des défis : *les défis majeurs sont essentiellement, la mobilisation des financements par rapport aux besoins réels, l'efficacité des dépenses en santé et la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle.*

En effet, en 2008, le pays s'est engagé dans une perspective de mise en place d'une Assurance maladie universelle à partir de 2015, sous la dénomination '**Régime d'Assurance Maladie Universelle**'. Le programme national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020 vise à améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé<sup>14</sup> en supprimant le paiement direct et en instaurant la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et les indigents. Parallèlement, le pays continue à développer les mécanismes de prépaiement comme l'assurance maladie (volontaire ou obligatoire).

La pays pouvait compter sur la volonté des partenaires au développement du secteur de la santé d'accompagner ce processus de mise en place d'une politique cohérente d'atteinte de la couverture universelle en soins de santé<sup>15</sup>.

### b. Options stratégiques et ancrage institutionnel du RAMU

Stratégiquement, la couverture du risque maladie est reprise dans plusieurs documents :

- La stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) en son axe 2 qui traite de la consolidation du capital humain et de la promotion de la protection sociale avec comme objectif de mettre en place un socle de protection sociale ;
- La Politique Nationale du Travail qui met l'accent sur l'extension de la protection sociale ;
- Le Programme national de développement sanitaire en son axe 6 traite de la promotion des mécanismes de partage des risques en matière de santé ;
- La Politique nationale de protection sociale qui vise à garantir l'accès des couches sociales vulnérables aux services sociaux de base, étendre la couverture sociale aux risques socioprofessionnels et développer des mécanismes de prévention des chocs et améliorer l'accès de tous aux services sociaux de base en mettant l'accent sur l'accès aux soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et la mise en place progressive du système d'assurance maladie.

Les principales options stratégiques du Burkina vers la CSU sont les suivantes :

- Un régime unique et un panier de soins unique ;
- Un déploiement progressif dans les régions;

- Un financement basé prioritairement sur les ressources nationales
- Un organisme de gestion unique et des organismes de gestion déléguée
- Une gouvernance articulée autour de la représentativité, la proximité et l'efficacité

### *c. Options opérationnelles et organisationnelles*

Dans l'architecture, les mutuelles de santé assureront les rôles de structure déléguée chargée notamment de la mobilisation et du contrôle social. A cet effet, des mutuelles communautaires seront créées dans toutes les communes du Burkina, des unions de mutuelles dans chaque Région et une fédération d'unions de mutuelles au niveau national. La création de mutuelles professionnelles est encouragée dans les différents corps de métier.

Le dispositif prévoit l'implication des autorités sanitaires au niveau du district et des circonscriptions administratives par les collectivités rurales. Une autre initiative dans l'architecture est l'intégration ou l'articulation du mécanisme d'assistance sociale avec l'assurance maladie sur base d'un subventionnement ou financement externe de leurs cotisations, notamment par les collectivités locales ou l'Etat.

En termes de Gouvernance et dispositif institutionnel il existe donc un cadre synthétisé par le PNPS dans ses principes directeurs :

- Solidarité nationale : ceux qui ont reçu plus de la nature ou de la collectivité contribuent davantage que les autres au maintien de cette collectivité par le soutien aux moins favorisés ;
- Equité et égalité de traitement : la possibilité est donnée à tous ceux qui ont besoin de protection sociale de pouvoir y accéder et de bénéficier, autant que possible, de prestations de qualité ;
- Diversification des dispositifs et des acteurs : combinaison judicieuse et progressive de tous les mécanismes disponibles, leur union stratégique constituant leur force, dans la mesure où aucun des dispositifs à lui seul ne peut suffire à résoudre les problèmes aussi nombreux et aussi complexes que ceux de la protection sociale ;
- Responsabilité générale de l'Etat garantissant le droit à la protection sociale, en contrôle l'effectivité et instaure des devoirs contributifs correspondants ;
- Gestion démocratique qui exige la participation des bénéficiaires dans les organes d'orientation et de suivi des actions afin de permettre l'application d'une politique de protection sociale pour et avec eux.

### *d. Dispositifs existants et niveau de couverture*

Plusieurs mécanismes de financement de l'accès aux soins sont en place mais restent largement fragmentés.

- Les **régimes d'assurance mis en place par l'Etat** et couvrant les travailleurs du secteur privé, les fonctionnaires, militaires et magistrats sous le système de sécurité sociale. En plus de ces prestations, l'Etat a mis en place l'Office de santé des travailleurs (OST), chargée de la santé au travail. Deux formules coexistent :
  - o Le régime des travailleurs salariés du secteur privé et parapublic est mis en

œuvre à travers la loi n°015-2006/AN du 11 mai 2006 portant régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés et assimilés. Ce régime organise les 3 branches traditionnelles de la sécurité sociale (allocations familiales et de maternité, prestations et prévention des accidents du travail et professionnelles et prestations de vieillesse, invalidité et décès. Ces branches sont complétées par le service d'une action sanitaire et sociale. L'administration et la gestion de ce régime est assurée par la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS).

- Le régime des fonctionnaires, militaires et magistrats comportant les mêmes trois branches de prestations décrites ci-dessus. Par contre le niveau de gestion change et passe directement au ministère en charge de l'Economies et des Finances à travers une ligne budgétaire pour les fonctionnaires et la CARFO pour les militaires et magistrats.
- **L'assurance maladie privée** ressort du Ministère du travail, de l'emploi et de la jeunesse. Elle concerne surtout les mutuelles de santé et les assurances commerciales<sup>16</sup>. Dans la perspective de la mise en place de l'AMU, le Gouvernement a décidé que la stratégie s'appuiera sur les mutuelles pour atteindre les populations du secteur informel et du secteur agricole. Un Cadre stratégique de développement des mutuelles sociales au Burkina Faso (CSDMS-BF) 2014-2016<sup>17</sup> a été élaboré.
- La **gratuité des soins** : c'est un mécanisme de subventionnement et de gratuité des soins de santé avec un engagement financier annuel de l'Etat d'un montant de 5 milliards de FCF A depuis 2009. On distingue deux types de gratuité :
  - Les mesures de gratuité 'universelle' (notamment les maladies négligées et celles à potentiel épidémique).
  - Les mesures de gratuité ou de subvention ciblée : paludisme, vaccination, contraceptifs, supplémentation en vitamine A, MILDA, etc. vs enfants de 0 à 5 ans, femmes enceintes, subventions des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et leur gratuité pour les femmes indigentes.

Les mesures de subvention et de gratuité ont contribué à améliorer l'utilisation des services de santé<sup>16</sup>.

**Tableau 2 - Dispositifs existants et niveau de couverture des prestations (Burkina Faso)**

Types de régime	Population cible	Pop. couverte	Source de financement	Institution responsable	%ge de prise en charge	Limite de la couverture
Assurance maladie de l'Etat	Fonctionnaires et travailleurs du secteur privés	10%	Etat	Ministère du travail CNSS / CARFO	50%	accidents de travail et les maladies professionnelles
Assurance maladie privée volontaire (mutuelles)	Indépendants et secteur informel et rural	2%	Ménages	Ministère du travail	30-80%	Variable
Assurance privée commerciale			Ménages	Ministère du Travail	Variable selon police choisie	
Gratuité	Enfant < 5 ans	17,4%	Etat / Partenaires	Ministère de la santé	100%	Prestations spécifiques et populations ciblées

Source : synthèse de l'étude

La définition du paquet de prestations de la CSU pour le Burkina Faso a démarré depuis 2012. Un état des lieux de l'offre de soins et des coûts a été réalisé. Elle présente aussi différentes modalités de paiement pratiquées au Burkina, en analysant les avantages et inconvénients pour le Système National d'Assurance Maladie (SNAM)<sup>18</sup>, un mécanisme de concertation pour un paquet consensuel est mis en place et une étude actuarielle a été réalisée<sup>19</sup>. Le coût du paquet en discussion s'établit comme suit :

**Tableau 3 - Simulation financière RAMU-BF**

	Base individuelle	Pour une famille (6 pers) en F CFA	
	En francs CFA	Base annuelle	Base mensuelle
Option 1	<b>10.794</b>	64.764	<b>5.397</b>
Option 2	<b>15.110</b>	90.660	<b>7.555</b>
Option 3	<b>19 428</b>	116.568	<b>9.714</b>



Pour le paquet de prestations pris en charge, la loi N°060-2015/CNT du 05/09/2015<sup>20</sup> instruit déjà ce qui suit :

- Article 13 : Le régime d'assurance maladie universelle garantit la prise en charge directe, en tout ou partie, des frais de soins de santé par l'organisme de gestion, l'autre partie restant à la charge de l'assuré, le cas échéant.
  - Toutefois, l'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restant à sa charge.
- Article 14 : La liste des maladies donnant droit à exonération et les conditions dans lesquelles cette exonération est accordée est fixée par décret pris en Conseil des ministres.
- Article 15 : Le bénéficiaire de l'assurance maladie universelle conserve le libre choix du praticien dans le respect des procédures en vigueur dans le système de santé, de l'établissement de santé, du pharmacien et du fournisseur des appareillages et des dispositifs médicaux qui lui sont prescrits, sous réserve des mesures de régulation fixées par la présente loi et les textes pris pour son application.
- Article 16 : Les prestations garanties au titre du régime d'assurance maladie universelle ne peuvent être prises en charge que si les soins ont été prescrits et exécutés sur le territoire national. Les autres conditions et modalités de prise en charge des frais de soins de santé sont déterminées par décret pris en conseil des ministres.

#### *e. Etat d'avancement du processus de mise en œuvre*

12 au 14 septembre 2013 : atelier national sur la mise en place de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) et le développement des mutuelles sociales au Burkina Faso organisé par le ministère de la Fonction publique, du travail et de la Sécurité sociale en collaboration avec le ministère de la Santé.

Au total, les principales étapes réalisées sont les suivantes :

- L'état des lieux de la protection sociale en santé ;
- La définition du panier soins ;
- Les mécanismes de collaboration avec l'offre de soins ;
- La modélisation actuarielle et financière ;
- La définition d'un cadre juridique ;
- Le vote de la loi 060-2015/cnt du 5/09/2015 ;
- L'élaboration d'un plan de communication.

Les concertations nationales et sectorielles ont également permis de déceler des inquiétudes et des interrogations. Il s'agit entre autres du risque de politisation au niveau des communes, des sources de financement, de la part de contribution de l'Etat et des adhérents, des modalités d'accès aux soins des personnes vulnérables et de certaines personnes spécifiques.

Des suggestions et des recommandations ont été faites au cours des concertations. Il s'agit de s'assurer de la transparence, de revoir l'ancrage institutionnel, de prendre en considé-

ration les avantages actuels pour mettre en place un panier attractif, d'appuyer l'extension et la restructuration des mutuelles à travers la sensibilisation, d'améliorer l'offre de soins.

### 3. Mali

#### *a. Vision politique*

Le Mali n'a pas de loi spécifique sur la CSU mais le document stratégique, d'après les acteurs (réseaux de mutuelles joints par téléphone), fait force de loi puisque qu'il est un consensus entre les différentes composantes (régimes). Les lois en vigueur : celle de 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), créant la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CANAM) et l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM).

Malgré la création du Régime de l'Assurance Maladie Obligatoire et du Régime d'Assistance Médicale, environ 80% de la population malienne dont la majeure partie constituée de ruraux resteront sans couverture médicale. L'Etat a misé sur les organisations de la société civile (Mutuelles, Associations et autres ONG, etc.) pour une meilleure couverture sociale de la population. En 1996 l'environnement législatif et réglementaire de la mutualité a été concrétisé par l'adoption de la loi régissant la mutualité en République du Mali et de quatre textes d'application de cette loi (deux décrets et deux arrêtés dont un interministériel). Ensuite, une réforme institutionnelle en 2000 a donné plus de visibilité en termes de tutelle, avec la création de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire et la création d'un service d'appui aux acteurs de développement de la mutualité, le Centre d'Appui aux Associations, Mutuelles et Sociétés Coopératives (CAMASC). L'AMO et le RAMED sont des régimes institutionnalisés depuis juin 2009 et ont été officiellement lancés en 2011 et la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie par les Mutuelles de santé, adoptée en février 2011, a démarré par une phase pilote de trois ans couvrant les régions de Sikasso, Ségou et Mopti<sup>21</sup>.

#### *b. Options stratégiques et ancrage institutionnel du RAMU*

Le système repose sur cinq organismes centraux, sous la tutelle du MSAHRN, quatre établissements publics administratifs : la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), l'Institut national de prévoyance sociale (INPS), la Caisse malienne de sécurité sociale, l'Agence nationale d'assistance médicale (ANAM) et un organisme privé mutualiste, l'Union technique de la mutualité (UTM). Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique complète le dispositif central et gère les dispositifs de gratuité. Environ 180 mutuelles ou unions mutualistes participent à la couverture.

Le PRODESS est le cadre de référence générale de la stratégie de protection sociale au Mali. La deuxième phase du PRODESS (PRODESS II) s'inspire de la Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale et du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). Les mécanismes et mesures planifiés sont consignés dans le Plan d'Action National d'Extension de la Protection Sociale.

Les stratégies retenues dans la Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale<sup>22</sup> sont les suivantes :

- Une extension progressive des champs d'application matérielle et personnelle du

système de sécurité sociale : mise en œuvre d'un régime obligatoire (AMO) à vocation universelle pour les salariés, les fonctionnaires et les retraités, des régimes volontaires de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et en perspective, la couverture des maliens de l'extérieur et des risques liés à la précarité des revenus dans le secteur agricole ;

- L'amélioration des capacités de gestion des institutions de sécurité sociale : l'INPS, la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et de l'Union Technique de la Mutualité (UTM) ;
- Le développement des mécanismes spécifiques de protection sociale ;
- et le développement des mutuelles et autres formes d'organisations de protection sociale basées sur la solidarité.

La stratégie globale qui sous-tend la marche du Mali vers la CSU est la promotion de mécanismes de financement alternatif pour la prise en charge du risque maladie. La protection sociale dans le contexte malien met en coexistence de multiples options institutionnelles en termes d'organisation de l'offre de couverture des risques sociaux (établissements personnalisés, mutualité, aide sociale publique). Cette protection est assurée par des *régimes d'assurance sociale* :

- (i) L'assurance maladie obligatoire (AMO) pour les salariés, les fonctionnaires et les retraités ;
- (ii) L'élargissement de la couverture par les mutuelles pour le secteur non formel et rural notamment ;
- (iii) Un mécanisme de prépaiement dans le cadre de la référence ;
- (iv) Le développement des caisses de solidarité ou système de référence pour les cas d'obstétrique ;
- (v) sur le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les indigents.

### ***c. Options opérationnelles et organisationnelles***

Une Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) assure la gestion des dispositifs d'assurance maladie de l'AMO<sup>23</sup>. Cet organe est chargé particulièrement de l'identification des employeurs et des assurés, l'allocation aux organismes gestionnaires délégués et la contractualisation. Etablissement public à caractère administratif la CANAM est composée d'un Conseil d'Administration, une Direction Générale et un Comité de Gestion.

Les prestations prises en charge par la CANAM et l'ANAM sont :

- les soins préventifs et curatifs ;
- les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- les soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ;
- les soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales

Les prestations exclues sont :

- les interventions de chirurgie esthétique ;

- les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ;
- la lunetterie ;
- les prothèses dentaires ;
- et toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et les médicaments, établies par les Ministres chargés de la Santé et de la protection sociale.

Les mutuelles communautaires à la base sont autogérées, leur paquet de prestations est lié aux services de la structure sanitaire conventionné pour les mutuelles de base tandis que l'UTM a mis en œuvre la 'garantie santé' qui offre un paquet plus large.

Le RAMED offre l'accès à un paquet de prestations dans le secteur public seulement et sans ticket modérateur. Ce panier correspond à celui qui avait été initialement prévu pour l'AMO. Les ayants droit sont les conjoints et les enfants, les ascendants étant ici exclus.

L'AMO est financé par des cotisations, partagées entre employés et employeurs. La CANAM reçoit en outre une subvention publique. L'UTM est quant à lui financé par les cotisations de ses membres et les subventions de l'Etat et de ses partenaires. Le financement du RAMED est plus flou. Dans le montage, les ressources devaient provenir de l'Etat (65%) et des Collectivités territoriales (35%). Cependant, ces dernières n'assurent pas leur part. Les dispositifs de gratuité sont financés par des subventions publiques et des partenaires techniques et programmes verticaux.

#### *d. Dispositifs existants et niveau de couverture*

Plusieurs mécanismes de financement co-existent, assurés par :

- Budget d'Etat (MS, MDSSPA, Défense, ME, etc.)
- Recouvrement des coûts (paiements des usagers)
- Gratuités (césarienne, palu -5ans et femmes enceintes, ARV .....)
- AMO (INPS, CMSS => CANAM)
- RAMED (ANAM)
- Mutuelles (UTM)
- Systèmes de référence et évacuations
- Caisses villagoises de solidarité
- Cotisations aux ASACO
- Collectivités territoriales
- Entrepreneurs (assur. privée, prestations directes, ...)
- Partenaires

Le taux de couverture de la population (en pourcentage de la population cible) est estimé comme suit<sup>24</sup>.

Tableau 4 - Dispositifs existants et niveau de couverture des prestations (Mali)

Type de couverture (hors dispositifs de gratuité de l'Etat)	Nombre de bénéficiaires (A)	Taille estimée de la population cible (B)	Taux de couverture de la population cible (A/B)
AMO	365 000 (57,9%)	2 635 000 (17%)	13,9%
Mutuelles	265 000 (40,7%)	12 090 000 (78%)	2,2%
RAMED	8 700 (1,4%)	775 000 (5%)	1,1%
Ensemble	638 700 (100%)	15 500 000 (100%)	4,1%

#### *e. Etat d'avancement du processus de mise en œuvre*

Par arrêté n°2016-0338/MSAHRN-SG du 04 mars 2016, un comité a été mis en place pour préparer le processus permettant de rendre effectif le financement de la santé par les dispositifs de protection sociale dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle d'ici 2018. Il est chargé de l'élaboration d'une feuille de route pour l'opérationnalisation de la Couverture Maladie Universelle au Mali d'ici 2018; du pilotage et la validation des études et autres travaux réalisés sur les aspects médico-chirurgicaux, les aspects pharmaceutiques et biomédicaux, les aspects juridiques, organisationnels et institutionnels, les aspects techniques et financement et les aspects de communication, dans le cadre de la mise en place du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU).

Un Groupe d'Experts pour l'instauration en 2018 de la Couverture Maladie Universelle au Mali. Il est chargé d'élaborer les projets de textes législatifs et réglementaires de la Couverture Maladie Universelle en veillant à l'optimisation des objectifs de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), du Régime d'Assistance Médicale (RAMED), des mutuelles de santé dans le cadre de la réflexion sur l'Assurance Maladie Universelle ; de définir les modalités pratiques d'intégration des programmes de gratuité au Régime d'Assurance Maladie Universelle ; d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de communication, de plaider et de mobilisation sociale autour de la Couverture Maladie Universelle. Sous la coordination du DG de la CANAM, ce groupe est composé de 33 Experts sélectionnés et organisé en cinq (5) sous-groupes thématiques :

- le Sous-Groupe Aspects médico-chirurgicaux ;
- le Sous-Groupe Aspects pharmaceutiques et biomédicaux ;
- le Sous-groupe Aspects juridiques, organisationnels et institutionnels ;
- le sous-groupe Aspects techniques et financement ;
- et le sous-groupe Aspects de communication.

## 4. Sénégal

Le point d'entrée de la politique sénégalaise de couverture maladie universelle est la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES 2013-2017) et la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS) dont les principales orientations sont contenues dans la SNDES. L'axe 2 de la SNPS appelle à une « accélération de l'accès aux services sociaux de base, protection sociale et développement durable ». Par ses objectifs stratégiques, elle envisage d'étendre la protection sociale au secteur informel et rural et aux groupes vulnérables par la mise en place d'une CMU de base à travers les mutuelles de santé, entre autres. Ainsi, une Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie (SNECRM) a été élaborée.

### a. Vision politique

*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 et curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion<sup>25</sup>.*

### b. Options stratégiques et ancrage institutionnel de la CMU

Depuis plusieurs décennies, le Sénégal a fait son nom dans la diversification des initiatives visant la réduction des inégalités sociales et l'éradication de la pauvreté. En 2012, devant le constat de la faible performance des politiques sociales, le Gouvernement a institué une Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale comme structure autonome et faîtière pour toutes les initiatives liées à la protection sociale, y compris en santé et contribuant à la réduction de la pauvreté et des inégalités<sup>26</sup>. Cependant malgré cette volonté de coordination de toutes les politiques publiques de protection sociales, bien '*qu'autonome et rattachée au cabinet du Président de la République*', la DGPSSN n'a pas fourni les preuves de plus d'efficacité et d'efficience dans les approches. L'assurance maladie reste partagée obligatoire entre les ministères du travail et de la santé. Les initiatives de gratuité restent multi acteurs selon les interventions, la durée des projets, les partenaires financiers, etc. Le Plan Sénégal Emergent (PSE) est l'engagement politique du Président du Sénégal élu en 2012. La réalisation d'une couverture maladie universelle est une promesse électorale qu'il s'est entrepris à concrétiser.

L'objectif de la CMU (intermédiaire) est d'étendre la couverture maladie de base à 75% de la population à l'horizon 2017. Le décret organisant l'agence CMU résume ses missions comme suit :

*Article 2.- La CMU a pour mission d'assurer la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la Couverture Maladie Universelle. Elle assure la tutelle des régimes de la Couverture Maladie Universelle, à l'exclusion de ceux relevant de l'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés, et a en charge l'encadrement technique des organismes de prévoyance qui les constituent.*

*Article 3.- La CMU assure la promotion des mutuelles de santé et autres mutuelles sociales dans le cadre de 1' extension de la couverture du risque maladie au secteur informel et au monde rural. extrait du Décret N° 2015-21 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de La Couverture Maladie Universelle (la CMU). Dakar, Sénégal*

### c. Options opérationnelles et organisationnelles

Dans le cadre de l'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux à travers les mutuelles de santé, le Sénégal a mis en œuvre Le projet « Développement de la Couverture Universelle par l'Assurance Maladie dans le contexte de la Décentralisation » (DECAM). Le décor est clair : le Sénégal prend la base administrative pour bâtir son système. Parallèlement, une réforme majeure se préparait avec l'Acte 3 de la décentralisation conférant aux deux types de collectivités locales (le département et la commune) des compétences relatives à l'appui à la CMU (articles 306 et 307 de la loi portant Code général des collectivités locales).

Pour mener le processus et mettre en œuvre le suivi de la Stratégie Nationale de Développement de la Couverture Maladie Universelle, un **Comité national de pilotage (CNP)** a été mis en place par arrêté primatorial sous le N°09382 du 11 juin 2014, suite à la recommandation du Conseil interministériel sur la CMU de 28 janvier 2014, relative au renforcement du dispositif de pilotage de la CMU. Ce CNP, s'appuyant sur des commissions techniques, devrait assurer une meilleure coordination des politiques et projets, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers et les acteurs concernés ; développer et proposer au Gouvernement des stratégies pertinentes de financement de la CMU en tenant compte de la situation socio-économique du pays ; proposer des recommandations au Gouvernement en vue du renforcement du cadre réglementaire et institutionnel de pilotage du programme ; proposer des mécanismes de suivi-évaluation des différents axes stratégiques de développement de la CMU ; proposer des stratégies d'articulation de la CMU avec les autres programmes de protection sociale ; veiller à l'harmonisation des interventions en matière de CMU ; définir une bonne politique d'information et de communication sur le programme.

Après une Etude d'opportunité et d'impact<sup>27</sup> réalisée en 2014, une Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle a été mise en place en 2015 par décret présidentiel N° 2015-21 Portant Création et Fixant Les Règles D'organisation et de Fonctionnement de l'Agence de La Couverture Maladie Universelle (la CMU).

### d. Dispositifs existants et niveau de couverture

A l'instar des autres pays, plusieurs mécanismes cohabitent au Sénégal :

Tableau 5 - Dispositifs existants et niveau de couverture des prestations (Sénégal)

Indicateurs de couverture	Données
20% de la population bénéficiant d'une couverture maladie	-Régime des agents de l'Etat ( <b>40 %</b> ) -Les Institutions de prévoyance maladie ( <b>24%</b> ) -Le régime volontaire mutualiste ( <b>27%</b> ) -Les assurances privées ( <b>8%</b> ) -Paiement direct des entreprises ( <b>1%</b> )

### ***Régime d'assurance maladie obligatoire pour les agents fonctionnaires de l'Etat***

Ce régime couvre que les agents de l'Etat et leurs familles et est financé par des retenus à la source (décret N°72-215 du 7 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires). Environ 300.000 bénéficiaires (66.000 agents et leurs ayant-droits) sont couverts par ce système. Le taux de prise en charge est de 80% pour les consultations et analyses, le 1/5 est à la charge du bénéficiaire ainsi que les médicaments. Les prestations prises en charge sont :

- Consultations médicales
- Examens paramédicaux
- Accouchements
- Césariennes
- Hospitalisation
- Chirurgie
- Soins dentaires

Les médicaments ne sont pas pris en charge par ce régime (gap sur le paquet). Pour palier ce gap, les agents de l'Etat ont mis en place une **mutuelle complémentaire** qui prend en charge 80% du coût du médicament.

### ***Régime d'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires du secteur privé***

La couverture de l'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés est gérée par les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), créées par le décret n° 75-895 du 14 août 1975 portant organisation des Institutions de Prévoyance Maladie d'entreprise ou inter entreprise et rendant obligatoire leur création, en application de la loi n°75-50 du 3 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociale (IPS). Les IPM sont financées avec une cotisation paritaire des employeurs et des travailleurs avec des taux fixés par chaque IPM dans le respect d'une fourchette fixée par la loi. Elles contribueraient pour 58% des recettes des pharmacies privées et des opticiens, 48% des recettes des laboratoires biomédicaux et 51% de celles des cabinets privés en ambulatoire<sup>27</sup>. Les saisonniers et les journaliers sont exclus alors qu'ils constituent une principale main d'œuvre pour entreprises, notamment les petites et moyennes (PME). Un projet de mise en place d'une IPM inter-entreprises pour cette catégorie de travailleurs est en cours.

Les IPM assurent la prise en charge partielle des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation des travailleurs salariés et les membres de leur famille. Le paquet de prestations est le suivant :

- Consultations médicales
- Examens paramédicaux
- Accouchements et Césariennes
- Hospitalisation
- Chirurgie
- Soins dentaires



- Médicaments génériques et de spécialité
- Lunetteries

La Caisse de sécurité sociale (CSS) prélève de 1% à 5% sur les salaires du secteur privé pour la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles. D'importantes réformes sont entreprises pour les IPM : celle relative à leur organisation et fonctionnement (décret n° 2012 – 832 du 07 août 2012) et mise en place de une réforme institutionnelle avec la création de l'Institution de Coordination de l'Assurance maladie obligatoire (ICAMO) et d'un fonds de garantie.

### ***L'assurance maladie commerciale***

Les assurances privées sont régies par le code CIMA et offrent une protection maladie avec une gamme variée de produit aux entreprises et aux particuliers. Elles couvrent une très faible partie de la population (moins de 2% de la population totale).

### ***L'assurance maladie volontaire***

La forme la plus développée de l'assurance maladie volontaire est la mutuelle de santé. Le principe est qu'elle est mise en place par des groupes socio-professionnels exclus des systèmes formels décrit ci-dessus. Le Sénégal a été à l'avant-garde de la mutualité en Afrique. Son mouvement a souvent été cité en exemple et inspiré plusieurs autres pays.

Les soins pris en charge par les mutuelles sont variables. Le paquet de base au niveau poste et centre de santé est le suivant :

- Consultations médicales
- Examens paramédicaux
- Accouchements
- Hospitalisation
- Chirurgie
- Soins dentaires
- Médicaments génériques
- Petite chirurgie

Dans le cadre de la CMU, la mutualité a connu un regain d'intérêt. Le Sénégal a adopté cette forme d'assurance maladie pour étendre la population couverte en mettant en œuvre le projet d'extension de la couverture du risque maladie à travers les mutuelles de santé dans le contexte de la décentralisation (DECAM) avec le slogan stratégique 'Une collectivité locale, une mutuelle au moins'. Le financement jusque-là exclusivement assuré par les adhérents s'est vu fortement subventionné par l'Etat (50% de la prime). Le projet DECAM a démarré sa phase pilote, dans les départements de Kaolack, Kolda, Louga et Saint-Louis, en 2012 avec l'appui de l'OMS, de l'USAID.

Le pays avait élaboré la Loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de santé. Cependant, le décret d'application n'a jamais été publié. La référence est maintenant le règlement communautaire (n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA) qui est repris dans le décret de la CMU<sup>28</sup>.

## ***La prise en charge des personnes âgées et retraitées***

### **Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES)**

L'IPRES s'inscrit dans la continuité de la prise en charge des salariés et a été mise en place depuis 1982. Ce système de l'IPRES couvre environ 110 000 allocataires ainsi que leurs familles. Les retraités de l'IPRES ont également mis en place une mutuelle de santé complémentaire.

### **Plan Sésame**

Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, seules 30% bénéficient d'une prise en charge en cas de maladie en l'occurrence les retraités de l'IPRES et du FNR. Le plan sésame a offert aux 70% restants soit 450 000 personnes du troisième âge d'accéder gratuitement à des soins. La gestion est assurée par le Bureau de la santé des personnes âgées de la Direction Générale de la Santé en partenariat avec l'IPRES, le FNR, la Faculté de Médecine de l'UCAD et les Associations de personnes âgées. Cependant, le non-respect de la référence et contre référence, les abus constatés de la part des bénéficiaires et les manquements aux procédures du plan par les établissements de santé constituent les principales contraintes liées à la gestion du plan SESAME. Les financements alloués sont nettement insuffisants comme le révèle l'évaluation à mi-parcours du plan sésame, ce qui est à l'origine d'une dette cumulée de 4,7 milliards du Plan sésame vis-à-vis des structures sanitaires<sup>27</sup>.

### ***Le régime d'assistance médicale***

La gratuité des soins, dans le cadre de la CSU, est pris en charge dans le régime global dénommé 'Régime d'assistance médicale'. Ce régime concerne les services de santé subventionnés par l'Etat et mis en œuvre par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ainsi que tous les mécanismes d'exemption en faveur des indigents.

On dénombre plusieurs initiatives :

**La gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans** dont l'objectif est d'assurer la prise en charge gratuite des affections du nouveau-né et de l'enfant de 0 à 5 ans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à l'horizon 2017.

**Gratuité de la césarienne** : Mise en œuvre depuis 2006 au niveau des cinq régions les plus pauvres, dans le cadre de la CSU l'initiative a été étendue aux autres régions à partir 2014. Le coût forfaitaire de quatre-vingt-cinq mille (85 000 FCFA) est proposé pour le remboursement.

D'autres initiatives de gratuité concernent notamment l'accès aux antirétroviraux (ARV) et aux médicaments antituberculeux, la dialyse, affections à soins coûteux tel que le diabète, le traitement du paludisme, la vaccination dans le cadre du Programme Elargie de Vaccination.

Aussi, la Direction de l'Action Sociale a mis en place depuis 2003 une ligne budgétaire utilisée comme fonds de solidarité pour améliorer l'état de santé des personnes démunies et sans couverture médico-sociale. Les paquets de services concernent tous les actes médicaux prescrits par le médecin traitant à l'exception des ordonnances. La source de financement est étatique. La mise en œuvre du décret 2012-1038 du 02 octobre 2012 portant application de la loi d'orientation sociale N°15-2010 du 6 Juillet 2010 relative à

la promotion et à la protection des personnes handicapées, permet à cette cible d'accéder gratuitement aux soins de santé grâce à la **carte d'égalité des chances**.

Dans la phase pilote du DECAM, la cotisation de 7000 F/an/personne subventionnée à hauteur de 100% pour les indigents et de 50% pour les autres<sup>29</sup>

Tableau 6 - Description des options de paquets de services des mutuelles de santé - Sénégal

Services, produits et procédures	Taux (%) de prise en charge de la mutuelle			
	Option	Option	Option	Option
<b>Paquet de Base (Postes et Centres de Santé)</b>				
Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)	80	90	80	90
Médicaments génériques	80	90	80	90
Médicaments de spécialités	50	50	50	50
Maternité (consultations pré/post natales, planification familiale, accouchement simple)	80	90	80	90
Hospitalisation	80	90	80	90
Transport (références)	80	90	80	90
Soins ambulatoires (privé lucratif)	0	0	50	50
<b>Paquet Complémentaire (Hôpitaux)</b>				
Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)	80	90	80	90
Soins ambulatoires (analyses et examens, radiographie)	80	90	80	90
Médicaments génériques	80	90	80	90
Médicaments de spécialités	50	50	50	50
Maternité (consultations pré/post natales, planification familiale, accouchement simple)	80	90	80	90
Césarienne, interventions chirurgicales, hospitalisation	10	10	10	10
Transport (références)	10	10	10	10

*Exclusions : Antirétroviraux, Lunettes de vue, Lentilles de contact, Prothèses (dentaires inclus), Orthèses, Soins hors du Sénégal*

#### e. Etat d'avancement du processus de mise en œuvre

- Inscription de l'extension de la Protection Sociale comme priorité dans le DPES
- Extension de la Couverture du Risque Maladie comme orientation stratégique du PNDS 2009-2018
- Elaboration d'une Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie en 2008 avec comme piliers:
  - o Mise en place de stratégies de pérennisation des politiques de gratuité (FNSS)

- Mise en œuvre de la réforme sur l'assurance maladie obligatoire (IPM)
- Mise en œuvre de la phase pilote du DECAM en 2011
- Initiative présidentielle vers une couverture Maladie Universelle
- Création de la CACMU en 2012
- Création de l'agence de la CMU en 2015

Dans la mise en œuvre, les mutuelles auront un rôle réel, notamment via les unions communales et départementales à qui elles délègueraient la gestion des risques. La subvention des primes par l'Etat passera par les unions départementales et les unions communales. Le niveau départementale procèdera au paiement des centres hospitaliers tandis que les mutuelles communales paieront les postes et centres de santé.

## 5. Togo

### *a. Vision politique*

Le Togo a démarré en 2012, la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs du secteur public soit 6% de la population. L'approche adoptée par l'Etat consiste à démarrer avec un régime obligatoire basé sur une contribution par prélèvement direct représentant 7% du salaire<sup>1</sup> avec la perspective d'étendre le régime aux travailleurs du secteur informel et du monde rural (tout en maintenant le développement des initiatives communautaire/mécanisme contributif volontaire de type mutualiste).

### *b. Options stratégiques et ancrage institutionnel*

Le Togo est dans une phase avancée dans la conception du schéma d'extension de l'assurance maladie. Toute fois compte tenu de la spécificité du choix fait par l'Etat de se concentrer dans un premier temps sur l'assurance obligatoire pour les agents de l'Etat et des collectivités locales, le système reste embryonnaire en termes de couverture (6% de la population togolaise).

Sur le plan des politiques et orientations sectorielles, le Togo dispose de :

- Un Comité sectoriel promotion, protection sociale et emploi créé par arrêté n°2001-066/PMRT du 02 novembre 2011 ;
- Un document de Politique nationale de protection sociale élaboré et validé par l'ensemble des parties prenantes (Etat, Syndicats, Société Civile et Partenaires technique et financier) en juin 2012 mais non encore adopté par le gouvernement. Un comité de révision de ce document est mis en place en septembre 2016 par le gouvernement ;
- Un Comité national pour la promotion de la protection sociale avec ses démembrements régionaux créé par arrêté n°008-2013/MTESS/DGTLIS du 18 octobre 2013.
- Un état des lieux des mécanismes innovants de financement de la santé et de la CSU au Togo réalisé en 2013<sup>30</sup> ;

Sur le plan juridique, le Togo a mis en place des instruments juridiques créant les conditions d'organisation et de fonctionnement du régime d'assurance maladie régie par différents textes :

- La Loi N°2011-003 du 18 février 2011 instituant le régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés;
- Le Décret N°2011-034/PR fixant les statuts de l'Institut National d'Assurance

---

<sup>1</sup> Dans ce régime la prime représente 7% du salaire du travailleur. Elle est répartie comme suit : 3,5% payée par l'employeur (Etat ou Collectivité locale) et 3,5% par le travailleur lui-même.

Maladie (INAM), établissement public chargé de gérer le régime d'assurance maladie;

- Le Décret N°2011-032/PR fixant les taux et les modalités de paiement des cotisations par les personnes assujetties;
- Le Décret N°2011-035/PR fixant le régime de partenariat entre l'INAM et les formations sanitaires.

### *c. Options opérationnelles et organisationnelles*

La Politique nationale de santé a été adoptée par le Gouvernement en 2012. Sa mise en œuvre concerne plusieurs ministères et autres entités organisationnelles (approche multisectorielle). Le rôle central revient au Ministère de la Santé qui assure la responsabilité du pilotage et de la pratique institutionnelle<sup>31</sup>.

S'agissant de l'INAM, la loi n° 2011-003 de 2011 définit son architecture institutionnelle et ses modalités de fonctionnement. L'INAM, structure publique soumise aux règles de gestion du droit privé, est placée sous la tutelle du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (à travers la direction générale de la protection sociale). Il dispose de trois organes de gouvernance : (i) Un Conseil de Surveillance composé de cinq ministres (ministre chargé de la sécurité sociale, ministre chargé des finances, ministre chargé de la santé, ministre chargé de la fonction publique, ministre chargé de l'action sociale) dont le rôle est de veiller à la mise en œuvre des orientations définies par le Gouvernement dans le domaine de l'assurance maladie ; (ii) un Conseil d'Administration composé à parité de représentants de l'Etat employeur et des travailleurs à travers leurs organisations syndicales ; il est l'organe de décision ; et (iii) une Direction générale qui assure la gestion courante de l'institution. Au niveau local, l'INAM dispose de six délégations régionales installées dans les Chefs lieu de région du Togo.

La relation de tutelle est organisée dans les statuts de l'INAM autour de la signature d'un contrat d'objectif entre la structure et l'Etat, la communication de l'ordre du jour et des rapports des sessions du CA au ministre de tutelle. Certaines insuffisances sont actuellement constatées dans la relation entre la tutelle et l'INAM, notamment l'absence de contrat d'objectif et la faiblesse dans la supervision du régime d'assurance maladie.

Sur le plan technique, le dispositif de gestion de l'AMO existe car l'INAM qui a mandat de gérer les prestations est fonctionnel depuis 2011 et dispose d'agences dans chacune des régions du Togo avec une équipe de gestion et 2 médecins conseil par agence. Il a signé une convention cadre avec le Ministère de la santé qui implique toutes les formations sanitaires publiques et une convention avec l'ordre des pharmacies qui implique toutes les officines.

La loi N°2011-003 du 18 février 2011 instituant un régime d'assurance maladie obligatoire pour les agents publics et assimilés au Togo à savoir :

- Les agents publics : les fonctionnaires en général, magistrats, militaires de carrière et paramilitaires (police, douanes, sapeurs-pompiers, surveillants de prison, agents eaux et forêts), gardiens de préfecture, agents des collectivités territoriales et établissements publics à caractère administratif, agents contractuels ;

- Les assimilés : membres des institutions de la République ;
- Les agents publics à la retraite.

#### *d. Dispositifs existants et niveau de couverture*

De façon générale, on peut noter que les mécanismes de financement de l'accès aux soins combinent un mélange de fiscalité générale, de prélèvements au bénéfice des systèmes publics de soins de santé et de cotisations à des régimes privés ou communautaire d'assurance maladie. Les principales méthodes de collecte de ressource et financement des soins de santé sont :

- **Le système national d'assurance maladie** : Il est assuré par l'INAM créé par loi N°2011-003 du 18 février 2011 qui a institué un régime obligatoire d'assurance maladie pour les agents publics et assimilés en République du Togo. Il s'agit de la première étape dans la mise en place d'un système de couverture universelle du risque maladie au Togo. L'assurance maladie obligatoire couvre 450.000 personnes (6% population). Son financement repose sur une contribution fixée à 7% du salaire des agents en activité (repartie équitablement entre le travailleur et l'Employeur), et 3,5% de la pension pour les agents à la retraite.
- **Les recettes fiscales générales** : A travers ce mécanisme de financement, l'Etat togolais consacre une partie de ses recettes aux financements des gratuités et des subventions pour faciliter l'accès de couches spécifiques à certaines catégories de soins ou prestations en santé. Il s'agit essentiellement de la part du budget de l'Etat destinés aux gratuités, aux indigents, aux évacuations sanitaires, à la subvention de la césarienne par l'Etat à 90% effective le 02 mai 2011, la gratuité des Anti-Rétro-Viraux (ARV) décrétée depuis le 17 novembre 2008, gratuité pour la prise en charge du paludisme des enfants de moins de 10 ans, etc.
- **L'assurance communautaire** : elle est constituée essentiellement des mutuelles de santé qui couvrent 1% de la population. Les résultats des CNS 2008 indiquent que les mutuelles de santé ne représentent que 0,04% des dépenses de santé du Togo en 2008.
- **L'assurance maladie privée** : Au Togo ce système couvre 0,8% de la population. Dans ce système, le financement des soins est géré par des compagnies assurances privées, les employeurs, les associations, les individus et les familles versent directement des primes à ces compagnies d'assurance qui font supporter collectivement les risques à l'ensemble de leurs sociétaires. Les polices d'assurance-maladie privée sont essentiellement vendues par des compagnies commerciales à but lucratif. En termes de souscription et de couverture, le système privé d'assurance est facultative et le panier de prestation ainsi que les primes varient en fonction de la souscription.

**Tableau 7 – Dispositifs existants et niveau de couverture des prestations (Togo)**

Types de régime	Population cible	%ge population couverte	Source de financement	Autorité responsable supervision	Paquet et %ge de prise en charge	Limite de la couverture
<b>INAM</b>	Travailleurs du secteur public, collectivités territoriales et leurs familles	6% (Travailleurs sect. Public) <sup>3</sup>	Employeurs et bénéficiaires	Min. du Travail, depuis 2015 Min. de la santé	80% à 90%	Non encore étendue aux travailleurs du de l'économie informelle et du monde rural
<b>Assurance maladie privée</b>	Population totale mais. Adhésion selon la capacité à payer la prime	0,8%	Individuels et employeurs (Police d'assurance)		80 à 100%	Coût de la prime limite l'accès pour les populations à faible revenus
<b>Mutuelles de santé</b>	100% de la population (mais souvent Pop non couverte par autres formes assurance)	1%	Cotisation des adhérents	Ministère de la santé	80 à 100% (paquet centré sur les soins de base)	Paquet de soins très restrictif ; centré sur les soins de base

**Tableau 8 – Paquet de prestations de la CSU et niveau de cotisation au Togo**

DESIGNATION	CHR	Taux en charge INAM	Montant à la charge de L'INAM	Montant co-paiement
<b>Consultation médecine générale</b>	1500	80%	1200	300
<b>Consultation Chirurgie Dentaire</b>	1500	80%	1200	300
<b>Consultation spécialisée</b>	2000	80%	1600	400
<b>Consultation en pédiatrie (Enfants 0 à 05 ans)</b>	1500	100%	1500	0
<b>Consultation en pédiatrie (Enfants 05 ans et plus)</b>	1500	80%	1200	300
<b>Consultation spécialisée interne (en cours d'hospitalisation)</b>	1500	80%	1200	300
<b>Consultation spécialisée interne pour enfant de 0 à 05 ans (en cours d'hospitalisation)</b>	1000	100%	1000	0
<b>Consultation spécialisée interne pour enfant de 05 ans et plus (en cours d'hospitalisation)</b>	1000	80%	800	200
<b>Consultation de référence (d'une structure à une autre)</b>	1500	80%	1200	300
<b>Consultation prénatale (y compris les supports)</b>	1500	80%	1200	300

<sup>2</sup>La loi 2011-003 du 18 février 2011, en son article 12 rend obligatoire la couverture pour les fonctionnaires, contractuels et agents assimilés de l'Etat, les agents des collectivités locales, les retraités de la fonction publique. L'article 4 rend obligatoire pour l'Etat et ses démembrements, en tant que employeurs l'affiliation à l'AMO.



### *e. Etat d'avancement du processus de mise en œuvre*

Le Togo a réalisé en 2013, une étude visant à identifier des mécanismes innovants susceptibles de renforcer la pérennisation des financements de la CSU<sup>30</sup>. Sur la base des opportunités identifiées par l'étude, l'Etat a mis en œuvre certains leviers en commençant par la taxation des appels téléphoniques entrants avec un prélèvement de 125 FCFA par appel entrant. Les prélèvements seront versés dans un fond destiné à financer la CSU. Cette approche a été initiée mais suspendue par la suite.

## **6. La Guinée : rapport du Réseau des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée**

### *a. Vision politique de la Guinée en matière de protection sociale*

La Guinée **n'a pas de loi spécifique sur la CSU** mais on note plusieurs extraits de couverture sanitaire dans les documents stratégiques suivants :

- La Loi Fondamentale ;
- Le Document de stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP III) ;
- Politique Nationale de Développement Sanitaire (L'APNDS) ;

La protection sociale est de nos jours une préoccupation nationale de la Guinée. En témoignent, les directives contenues dans le plan quinquennal de développement (2011-2015), le DSRP III (2013-2015) et les ODD 2015 - 2025, indiquant que la Guinée doit se doter d'une vision et de stratégies claires sur la protection sociale en vue de la prise en charge effective des risques sociaux, économiques et environnementaux dans les politiques publiques.

La Guinée a souscrit aux directives de l'OIT en la matière (**convention 102**), de la déclaration de Ouagadougou de 2004, de son plan d'action et des appels à l'action lancés en 2006 à Livingstone et à Yaoundé, le Cadre de politique sociale pour l'Afrique de l'Union africaine en 2008 et la Déclaration de Khartoum en 2010 des ministres des affaires sociales sur le renforcement des mesures de la politique sociale en faveur de la mise en place d'un « paquet minimum de protection sociale essentielle »,

### *b. Options stratégiques et ancrage institutionnel de la PS*

Pour mettre en place sa politique de protection sociale, le Gouvernement Guinéen a mis en place les dispositions institutionnelles ci-après:

- Le Décret D/081/PRG/SGG du 7 avril 2014 portant organisation et fonctionnement du MASPFE, et celui de la Direction Nationale de l'Action Sociale, au sein de laquelle une division de la mutualité sociale a été créée ;
- La mise en place d'un Comité Technique d'Elaboration de la PNPS appuyé par un Secrétariat Exécutif créé par arrêté A/3302/ PM/CAB du 19 août 2014.
- La mise en place de structures et stratégies de protection sociale (CNSS, CNPSAE, INAMO, Projet Filets Sociaux Productifs, Fonds de Développement Social et de la Solidarité, Stratégie de financement de la santé vers la Couverture Sanitaire Universelle).

- La CNTG membre du Comité Technique d'élaboration de la PNPS et la reconnaissance du Réseau multi acteurs PPSOGUI et la Société civile (comme acteurs à inclure dans le processus d'élaboration de la politique).

Pour concrétiser sa volonté politique, des réflexions ont été entreprises à partir du trimestre 2014, grâce à l'appui de la BM, de l'UNICEF et du BIT pour appuyer des ateliers de réflexion dans le cadre de l'élaboration du document de PNPS :

- Premier Trimestre 2015: Sur appui de l'UNICEF, recrutement de 3 Consultants Nationaux;
- Elaboration de la Revue documentaire
- Mars 2015: Mission de prise de contact de la Banque Mondiale
- Juillet 2015: Atelier d'harmonisation des Concepts de la Protection Sociale et de Conception du Plan d'Action de la Politique Nationale de Protection Sociale
- Octobre 2015 Organisation des ateliers régionaux de finalisation de l'état des lieux de la protection sociale
- Janvier 2016 : Atelier sur la définition des axes de la PNPS ;
- Mai 2016 : Atelier sur les filets sociaux productifs ;
- Avril 2016 : Atelier de présentation des systèmes contributifs et non contributifs ;
- Juin 2016 : Atelier de fusion et de validation des deux systèmes avec intégration des filets sociaux ;
- Juillet 2016 : Consolidation du document de PNPS avec la prise en compte de l'ensemble des observations pertinentes ;
- Août 2016 : Atelier de présentation du document et finalisation ;
- Décembre 2016 : Organisation du « Forum Régional de Validation du document de PNPS et sa remise au Gouvernement de la République de Guinée ».

Les Orientations retenues dans le Document de Politique Nationale de Protection Sociale sont les suivantes :

- La Vision du Gouvernement de la République de Guinée « D'ici à 2021, la Guinée avec sa politique nationale de protection sociale voudrait être un pays où 20% de la population bénéficie d'une couverture sociale à travers l'accès aux services sociaux de base, la protection contre les risques économiques et sociaux renforçant ainsi leurs capacités de mieux se prendre en charge ».
- L'objectif général de la PNPS «Bâtir progressivement un système de protection sociale efficace, équitable et durable en République de Guinée » qui protège les citoyens, les résidents et les groupes vulnérables et/ou pauvres contre les risques en renforçant leurs capacités économiques et le capital humain.

- La Guinée a adopté une approche novatrice destinée à promouvoir à la fois les systèmes contributifs et les systèmes non contributifs, avec une interaction potentielle à chaque fois que la situation de vulnérabilité l'exigera pour renforcer la résilience des populations face aux chocs à chaque étape du cycle de la vie. Cela matérialise l'engagement de la Guinée auprès de la Communauté internationale qui encourage la mise en place, dans chaque pays membre d'un socle de protection sociale autour d'une stratégie bidimensionnelle pour l'offre et l'extension de la protection sociale :
- Une dimension verticale qui va offrir progressivement des niveaux plus élevés de protection ;
- Une dimension horizontale qui protège les individus (homme et femme) de la pauvreté

Au regard du fondement des instruments juridiques de protection des droits humains et de la constitution les principes ci-après sous-tendent la Politique de protection sociale :

- Le respect des droits humains universels
- La promotion de la solidarité
- La promotion de la bonne gouvernance ;
- L'investissement dans le capital humain ;
- La priorisation des interventions en faveur des groupes vulnérables ;
- L'élimination de toutes les formes de discrimination ;
- La rupture du cycle de transmission inter – générationnelle de la pauvreté par le renforcement des capacités des bénéficiaires à résister au choc et à être autosuffisant

### **Les Axes de la PNPS**

- Axe 1 : Sécurité sociale, accès au travail et à un emploi décent
- Axe 2: Amélioration des conditions de vie des plus pauvres et des plus vulnérables.
- Axe 3: Accès aux services de santé et à l'éducation
- Axe 4: Accès à la sécurité alimentaire et à la nutrition
- Axe 5: Accès aux logements sociaux.
- Axe 6 - Prévention, Gestion des crises et Catastrophes et Renforcement de la Résilience

### c. Options opérationnelles et organisationnelles

Pour la mise en œuvre de la Politique, il est proposé :

- Renforcer le cadre législatif et réglementaire.
- Mener des actions spécifiques et renforcer les mécanismes d'intervention.
- Mettre en place un cadre institutionnel et mobilisation des ressources financières efficace.
- Elaborer des mesures de mise en œuvre et d'accompagnement appropriées.
- Mettre en place un système solide et fiable de suivi, d'évaluation et de contrôle.
- Renforcer et étendre les services sociaux de base.
- Renforcer et étendre le partenariat stratégique.
- Mettre en place un système de communication intense et permanent pour bien mener les plaidoyers et les sensibilisations.
- Elaborer et appliquer un dispositif d'évaluation approprié.

### 7. Analyse transversale des mécanismes de CSU et leçons apprises des processus en cours

Les stratégies nationales de protection sociale, en référence notamment aux socles de protection sociale tels que définis par la recommandation 202 de la conférence internationale du travail de Juin 2012, tous les pays font de la protection sociale la base de leurs politiques de Couverture Sanitaire universelle.

Tableau 9 - Principales étapes de lancement de la CSU

Pays	Principales étapes
<b>Bénin</b>	Lancement officiel en 2011 Loi adoptée en décembre 2015
<b>Burkina Faso</b>	Processus lancé en 2008 Loi adoptée en septembre 2015
<b>Mali</b>	AMO et RAMED institués par des Lois distinctes en 2009 CMU envisagée pour 2018
<b>Sénégal</b>	Lancement officiel le 20 septembre 2013 Pas encore de Loi adoptée (uniquement loi pour les mutuelles)
<b>Togo</b>	Institution de l'AMO pour les fonctionnaires en 2011 Pas encore de Loi adoptée

Globalement, on remarque une similarité des dispositifs dans les différents pays. Ils disposent tous d'un très grand nombre de dispositifs de prise en charge des soins de santé de la population. Les mécanismes existants sont organisés en régimes et sous quatre piliers financé par divers acteurs dont l'Etat, le recouvrement auprès des ménages et des institutions de protection sociale, les collectivités territoriales, les PTF. On peut les organiser selon i) l'agent payeur ou gestionnaire ou ii) le caractère contributif ou non.

*a. Classification des mécanismes selon l'agent payeur ou gestionnaire*

- Un régime général et obligatoire de sécurité sociale qui couvre les fonctionnaires et corps constitués de l'Etat (y compris les retraités) et financé sur budget de l'Etat (avec une contribution de l'employé) et géré de façon tripartite par des institutions spécialisées connues sous le nom des caisses nationales de sécurité ou de prévoyance sociale (CNSS ou CNPS) ;
- Un régime des salariés du secteur privé et autres travailleurs assimilés financé par l'employeur et l'employé et géré par soit le régime général, des institutions spécialisées (comme les IPM au Sénégal) ou des prestataires privés ;
- Un régime privé et mutualiste financé presque exclusivement par le membre. On distingue le privé à but lucratif pour lequel le montant est relatif à la police d'assurance choisie et le privé de type mutualiste qui construit un paquet sur décision des membres suivant leur besoin et capacité à le payer. Ces régimes sont autogérés ;
- Une multitude de régimes spéciaux d'assistance, d'exemption, des personnes âgées et autres groupes sociaux, gérée par des organes délégués ou contractés par l'Etat et financés principalement par l'Etat, et l'aide extérieur.

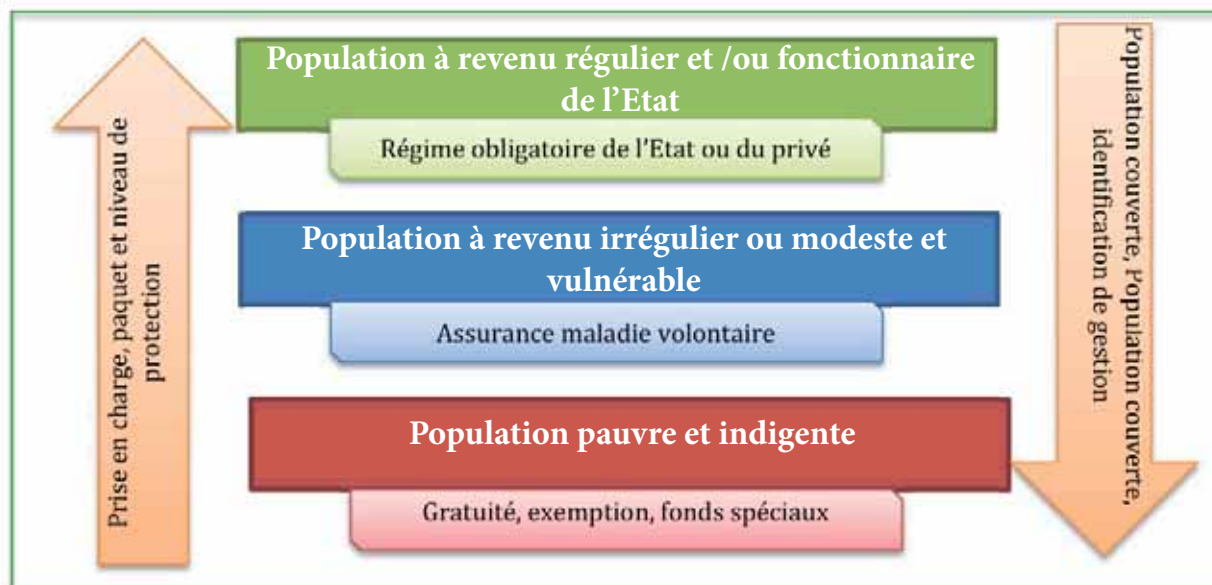
Figure 5 visualise la situation partagée par tous les pays. Elle montre également que **le niveau de prise en charge et de protection est inversement proportionnel à la population couverte** et la maîtrise de ses paramètres gestionnaires. La population à revenu régulier et/ou relativement élevé est systématiquement pris en charge par un système classique, obligatoire ou volontaire, avec un niveau de protection élevée (paquet sur toute la pyramide sanitaire, services d'analyse et exploration et parfois spécialités médicales comme dentisterie, lunetterie, etc.), niveau du copaiement bas ou nul.

La population à revenu modeste, notamment du secteur non formel, indépendant en milieu rural et urbain a, en majorité, recours au système volontaire qui offre un paquet limité à la volonté de ses membres organisés en mutuelle et selon leur capacité à payer le paquet. Dans la majorité des pays, le paquet s'arrête au niveau secondaire de la pyramide sanitaire.

Finalement, la population indigente n'a pas de paquet spécifique. Elle est prise en charge par des programmes spéciaux et verticaux non intégrés, ce qui rend la mesure assez difficile.

A l'inverse, en termes de taille de population, les pays rapportent une faible proportion de personne dans les secteurs formels (généralement moins de 20% de la population totale), comparée au secteur non formel qui constitue la proportion la plus importante. Cette situation constitue une iniquité qui se présente dans tous les pays.

Figure 5 – Fragmentation des mécanismes de protection sociale en santé et iniquité dans l'accès



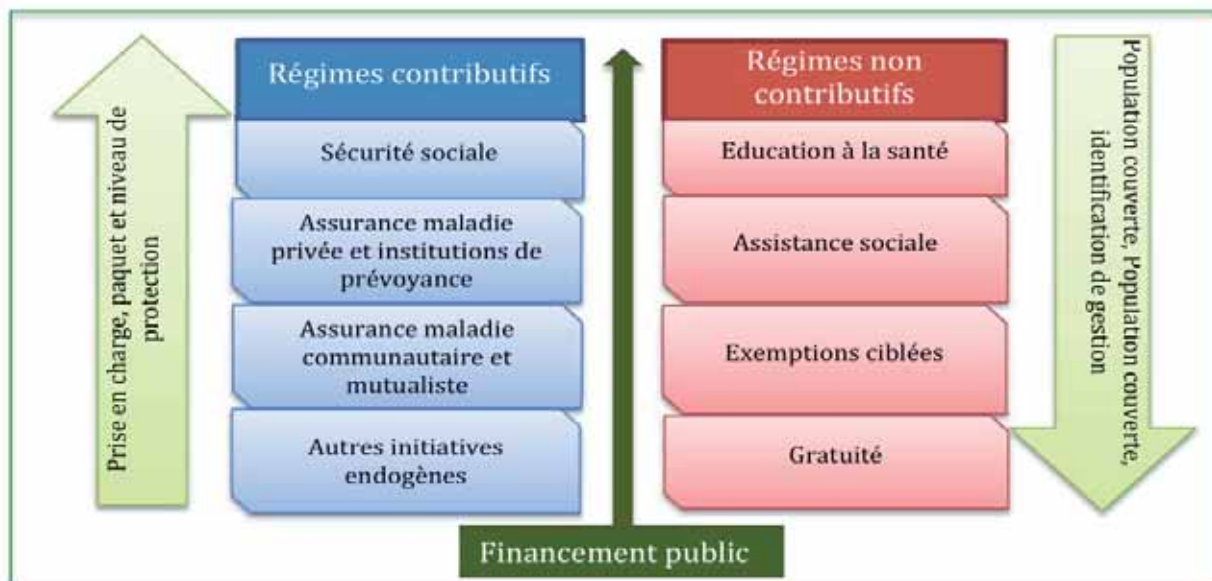
#### *b. Classification des mécanismes selon le caractère contributif ou non*

Deux formes de contribution coexistent :

- Les Régimes contributifs constitués des institutions de sécurité sociale organisées par l'état ou le secteur privé, les assurances maladies privées (y compris les mutuelles de santé) et les autres initiatives communautaires d'assistance mutuelle. Ces dernières sont spontanées et non inventoriées officiellement ;
- Les régimes non contributifs dans lesquels on compte les mécanismes de prise en charge gratuite ou subvention et ciblée sur un groupe de population (femmes, enfants, personnes âgées), une pathologie (diabète, VIH/SIDA, tuberculose, etc.) ou un état physique comme les handicapés.

La figure 6 montre les différents mécanismes de prise en charge. On note la même manifestation de tendance paradoxale entre les populations aux besoins de protection plus élevés du fait de leur situation économique, comparées aux populations économiquement instables. En plus l'effort de l'Etat en matière de financement est plus fort pour les groupes du secteur formel, comparé aux groupes non formels. Cette analyse peut être faite également pour les milieux urbains et ruraux.

Figure 6 – Fragmentation des mécanismes de protection sociale et iniquité du financement



De façon globale, on constate un empilement de mécanismes visant chacun à améliorer l'accès aux soins de qualité de la population. La fragmentation constatée ne facilite pas toujours la coordination ni le suivi des progrès. Elle a également un impact sur la performance (efficacité et efficience dans la mobilisation et la distribution des ressources, utilisation optimale des ressources humaines, confusion dans l'administration et la gestion et l'approche multisectorielle, complication dans la réglementation et le caractère holistique des politiques, etc.).

### c. Des pratiques prometteuses

Sur un autre registre, les interviewés relèvent des spécificités nationales qui méritent une attention en termes de pratiques prometteuses :

**Au Togo** : Les progrès liés à la mise en œuvre de l'assurance maladie tel que conduite au Togo fait ressortir que l'Etat a mis en place les ressources nécessaires assez tôt et les textes législatifs ont été votés en moins de 6 mois. La compétence technique de l'équipe en charge de piloter le processus a été un élément fondamental. L'inclusion et la contribution des différentes parties prenantes a été un élément essentiel de succès. Les comités ont été élargis à différentes catégories d'acteurs qui ont joué leur rôle dans la construction du mécanisme.

**Au Sénégal**, l'Etat a inscrit une ligne budgétaire de 10 milliards de FCFA pour articuler la CMU au programme de bourses de sécurité familiale et la subvention de la cotisation à une mutuelle de santé. En relevant le taux de cotisation qui était considéré comme la cause de l'étroitesse du paquet de prestation, le Sénégal cherche à agir sur l'équité en redistribuant vers une catégorie financièrement limitée (la faible capacité contributive des membres était aussi mentionnée dans les limites des mutuelles). Un autre avantage est l'agrandissement du paquet de prestation qui était jugé très limité. La prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé peut être considérée comme une innovation dans le montage de la CMU. Reste à analyser la viabilité – pérennité d'une telle approche de co-financement. La capacité gestionnaire est également adressée en confiant certaines fonctions de gestion au niveau des unions départementales et communales et en transférant la subvention de l'Etat au niveau de ces organes.

**Au Mali**, les Bourses Maternelles pour l'éducation au Mali (bourses maman) sont également expérimentées pour soutenir l'accès à l'éducation. Cependant, l'étude n'a pas noté une articulation avec la CMU.

### III. Panorama des mouvements sociaux

#### 1. Evolution conceptuelle

Le terme 'mouvements sociaux' a évolué dans le temps. Préalablement compris comme toute action collective revendicative en faveur d'une cause matérielle ou immatérielle et visant à transformer l'ordre social existant<sup>32</sup> et porté essentiellement par le mouvement ouvrier, il s'est progressivement ouvert à d'autres perspectives sociales comme la lutte pour de meilleures conditions de travail.

Dans les années 70, la pratique de l'organisation entre dans la définition. La notion d'économie sociale a été développée en France, en même temps que l'économie solidaire et le concept élargi au secteur associatif. Elle englobe les organisations qui combinent une fonction sociale, un objectif entrepreneurial et des mécanismes de redevabilité/participation. Sans entrer dans le débat sur les pros et les cons on peut noter que 'économie sociale' réfère aux formes d'organisation plus institutionnalisées telles que les coopératives, associations et mutuelles. L'économie solidaire, renvoie à des initiatives plus récentes (ou économie sociale émergente) d'organisation locale et communautaire<sup>33</sup>.

Les travaux théoriques sur les entreprises d'économie sociale ont été à la base de la définition des caractéristiques et principes de base du mouvement mutualiste africain : finalité de services aux membres ou à la collectivité, autonomie de gestion, processus de décision et participation démocratique, primauté des personnes et du travail sur le capital dans la répartition des sur- plus et des revenus, participation, prise en charge et responsabilité individuelle et collective.

#### 2. Les mouvements sociaux émergents

Les nouvelles tendances de mouvements sociaux se sont développées à partir de 2008 et se positionnent comme une expression populaire d'un indignement des formes de gouvernance notamment comme lors des printemps arabes. D'autres s'organisent pour exiger un égal accès : Anonymous, homosexuels, féministes, altermondialistes, le commerce équitable, la finance solidaire, consommateurs, étudiants, etc. Aujourd'hui, les mouvements sociaux protestent plus qu'ils ne luttent<sup>34</sup>.

Les nouveaux mouvements sociaux (NMS) ou 'nouveaux' mouvements sociaux (selon Alain Touraine) mais qui ne sont pas si nouveaux que ça parce que théorisés au cours des années 60 ne cherchent pas la transformation des rapports économique mais portent plutôt des idéologies. Leurs revendications ne sont souvent pas négociables et ils exigent le contrôle collectif des processus de développement<sup>35</sup>. Cette radicalisation constitue une rupture avec l'approche des mouvements ouvriers et rend leurs actions plus violentes, spectaculaires et transférables vers d'autres sociétés. Par contre, du fait qu'ils englobent différents groupes sociaux et politiques hétérogènes, ils sont moins protégés contre la récupération politique et restent fragiles (durée de vie), contrairement aux syndicats qui sont des organisations institutionnalisées et permanentes.

En Afrique, ces types de mouvement de protestation existent. Ils ont pour dénomination ligues, fronts, coalitions, nouveau type de citoyen (NTC), Y'en-a-marre, nationalistes ou régionalistes (autonomie), etc.

Tous ces mouvements sociaux sont regroupés dans le vocable 'société civile' ou 'acteurs



non étatiques' (ANE). Le terme d'ANE sert à décrire une catégorie d'organisations qui rassemble les principales structures, existantes ou nouvelles, de la société en dehors du gouvernement et de l'administration publique. Les ANE naissent de la volonté des citoyens, leur objectif étant de promouvoir une question ou de défendre un intérêt, général ou particulier. Ils sont indépendants de l'État et peuvent prendre la forme d'organisations à but lucratif ou non lucratif<sup>36</sup>.

### 3. Les mouvements sociaux dans le domaine de la santé

Dans le domaine de la santé, plusieurs types de mouvements sociaux interviennent. Les mouvements sociaux dans le secteur de la santé visent non pas à rétablir un désordre ou une injustice sociale, mais contribuent à leur construction. La santé est devenue de plus en plus un point critique de l'action des mouvements sociaux. Devant de nouveaux enjeux on note une montée de la mobilisation collective pour répondre à des défis, exiger des autorités de tutelle une attention particulière ou organiser le soutien mutuel (association de malade diabète et autres maladies chroniques, handicapés, etc.)

Ceux qui s'y engagent visent des objectifs variés et souvent combinés :

- Accès aux soins de santé
- Gestion
- Régulation

### 4. Typologie et cartographie des mouvements sociaux dans les pays d'étude

Cette section ne prétend pas faire l'inventaire de tous les mouvements sociaux qui interviennent dans le secteur de la santé des pays d'étude, mais de montrer, au regard des organisations citées par les acteurs interviewés, les types d'organisations et de procéder à une tentative de leur classification. A la question de savoir '*quels sont les différents types de mouvements sociaux présents dans votre pays ?*', les organisations suivantes ont été citées :

#### **Bénin**

- Les mutuelles de santé et leurs structures faîtières
- Les syndicats
- Les services financiers décentralisés (SFD) et leur plateforme
- Les organisations socio-éducatives et leur plateforme
- Les organisations d'éducation à la citoyenneté et de veille citoyenne
- Les organisations de promotion de la femme
- Les autres types d'organisations de la société civile
- La fédération nationale des associations des handicapés du Bénin;
- La fédération nationale des artisans du Bénin (FENAB);

- Les organisations paysannes, notamment la FUPRO (Fédération des Unions des Producteurs);
- Les associations des consommateurs;
- L'association des guérisseurs traditionnels;
- La fédération des associations des parents d'élèves;
- La Fraternité Papito-Mamita (FRAPAMA), association des personnes âgées du Bénin.

Ces organisations sont affiliées aux structures faîtières suivantes :

- CONSA-MUS/ FENAMUS pour les mutuelles de santé,
- Les centrales syndicales pour les syndicats, Consortium ALAFIA pour les SFD,
- Social Watch pour les organisations de veille citoyenne et autres ONG,
- RIFONGA pour les organisations féminines.

### **Burkina Faso**

- Les Organisations de la société civile
- les mouvements de droits de l'Homme
- Les syndicats
- Les organisations des autorités traditionnelles et religieuses
- Les organisations paysannes
- Les structures nées à la faveur de l'insurrection populaire d'octobre 2014
- Les mouvements scolaires et étudiantins
- Mutuelles de santé
- Mutuelles d'épargne et de crédits
- Mouvements socio-éducatifs,
- Mouvement de défense des droits humains
- ONG etc.

Chaque composante a une /des structures faîtières :

- Le Secrétariat Permanent des Organisations Non Gouvernementales (SPONG) qui a près de 200 ONG/Associations de développements membres.
- Conseil national des organisations de la société civile pour les OSC.
- Concertation des acteurs de la mutualité sociale pour les mutuelles de santé

(CAMUS)

- La Confédération Paysanne du Faso pour les organisations paysannes
- L'association professionnelle des systèmes financiers décentralisés pour les institutions de micro finances
- Unité d'Action Syndicale pour les syndicats

## **Mali**

- Les syndicats
- Les organisations non gouvernementales
- La fédération nationale des associations de sante communautaire
- Les Associations
- Les Coopératives
- Les Groupements
- Intermédiaires financiers à but non lucratif
- Coopérateurs
- Le mouvement mutualiste
- Les Associations de Santé communautaires (ASACO)
- Les ONG et autres associations de la société civile
- Les associations des élus locaux
- Les parlementaires
- Divers réseaux

Ces organisations sont affiliées aux structures faîtières suivantes :

- Union Technique de la Mutualité regroupant les mutuelles
- Confédérations syndicales nationales, faîtières (union locale, union ou fédération régionale et nationale) : Central syndical des Travailleurs du Mali (CSTM), Union Nationale des Travailleurs du Mali (UNTM), CMT
- Fédération Nationale des Associations de santé communautaire du Mali (FENASCOM) regroupant les associations de santé communautaire du Mali (ASACO)
- Save the Children avec autres ONG comme Médecin sans Frontière Belgique et France, des associations, des Coopératives, des Mutuelles, des Groupements, Association Professionnelle des Institutions de Microfinance, Confédération nationale des Société Coopératives des Producteurs de Coton (SCPC)

- Fédération Malienne des Personnes Handicapées (FEMAPH) regroupant les associations des personnes handicapées
- La Fédération Malienne des Tradi-thérapeutes et Herboristes (FEMATH) regroupant les associations évoluant dans la médecine traditionnelle
- La Coalition Malienne de Défense des Droit de l'Enfant (COMADE), regroupant les associations de défense de droit des enfants,
- Le Réseau des Communicateurs Traditionnel pour le Développement (RECOTRADE), regroupant les associations des communicateurs traditionnels
- Le Réseau des Communicateurs en Santé (RECOMSA), regroupant les communicateurs professionnels en santé et développement social
- le Groupe pivot Santé Population (GP/SP) regroupant les ONG en santé...
- L'Association des Régions du Mali
- L'Association des Cercles du Mali et l'Association des Municipalités du Mali regroupant les élus locaux

Le SECO-ONG, le CCA-ONG, la CAFO font partie des structures faîtières des ONG au Mali.

Les associations au Mali sont régies par Loi N° 04-038 / du 05 août 2004 qui exclue les sociétés de commerce, les mutuelles, les associations culturelles, les congrégations, les coopératives, les syndicats, les partis politiques, les ordres professionnels, les fondations.

Tableau 10 - Organisations de la Société Civile<sup>37</sup>

ARCAD SIDA
Association des retraités de la Convention Collective
Association des retraités de la Fonction Publique
Associations religieuses (Haut conseil islamique, Eglise protestante, Eglise catholique)
Coalition Alternative et Aide au développement (CAAD)
Conseil National de la Société Civile
Conseil national des jeunes
Conseil National des Personnes Agées
Associations de personnes handicapées
Association de Personnes vivant avec le VIH et SIDA
Fédération malienne des personnes handicapées

Fédération Nationale des Associations des Retraités et Victimes de Guerre
Fondations: Fondation pour l'Enfance, Fondation Partage, Fondation Aga Khan, Rotary club Mali, Lions club
Forum de la Société Civile
GP santé population
Ordre des médecins
Ordre des pharmaciens
Réseau des intervenants en faveur des orphelins et enfants vulnérables CAFO
Réseau national de promotion de l'économie sociale et solidaire
Coopératives des agriculteurs, éleveurs, pêcheurs, maraîchers
Ordre des pharmaciens
Ordre des médecins

## Sénégal

- Les syndicats et leurs Confédérations
- Les associations/corporations professionnelles
- Les associations et Groupements des femmes,
- Divers groupements en milieu rural en ce compris les unions des mutuelles
- Organisations de défense des consommateurs (consoméristes)
- Conseil des ruraux
- Organisation des musiciens
- Organisations de la société civile (ONG, les associations de jeunes, les associations de catégories socioprofessionnelles, les mutuelles de santé...)
- Organisations corporatives du secteur de l'économie informelle (marchands ambulants, conducteurs de moto, transports)
- Syndicats de la santé
- Associations villageoises de développement
- Groupements d'organisations paysannes
- Mutuelles de santé d'envergure nationale
- Mutuelles de santé communautaire
- Associations de consommateurs
- Associations sportives
- Bajanu gox (marraine communautaire)

Un acteur note que ce sont surtout les mutuelles de santé qui constituent l'axe prioritaire de la stratégie de développement de la CMU au Sénégal. Elles ont des structures faîtières suivantes :

- Les unions départementales de mutuelles de santé
- Les unions régionales des mutuelles de santé
- L'Union Nationale des Mutuelles de Santé Communautaires (UNAMUSC)
- L'Union nationale des mutuelles d'envergure nationale
- La fédération nationale des mutuelles de santé

Pour les autres associations, elles ont également des structures faîtières. Exemple pour les mouvements de jeunesse nous avons : ONCAV, les ODCAV, les Zones et les ASC.

La plupart des mouvements sociaux de type syndical sont liés dans le domaine de la pro-

tection sociale au régime des IPM

La plupart des structures faïtières ont des démembrements au niveau départemental.

Le Réseau Multi-Acteurs de Protection Sociale du Sénégal (REMAPS), est constitué d'organisations mutualistes, de mouvements syndicaux, de mouvements socio-éducatifs et de droits humains.

La plateforme des ANEs du Sénégal a répertorié 712 acteurs non étatiques inscrits, dont 556 organisations de la société civile, 134 organisations du secteur privé national, 22 organisations syndicales. Le CONGAD (Conseil des ONG d'Appui au Développement) coordonne l'action des ONG.

On note d'autres structures faïtières :

- La Fédération des Associations de Femmes du Sénégal (FAFS)
- Les centrales syndicales : SUTSAS, SAS, CNTS
- Le Cadre national de concertation et de coopération des ruraux (CNCR)
- L'Entente Nationale des Associations de Consommateurs (ENAC)

## **Togo**

- Les syndicats
- Les ONG
- Les associations
- Les organisations de défense des droits de l'homme
- Les mouvements paysans
- Les mutuelles sociales

Les 7 centrales syndicales et la coordination des centrales syndicales regroupent 6 centrales. Le Cadre National de Concertation des Mutuelles de Santé du Togo (CNCMUT), L'Union Nationale de ONG du Togo (UONGTO), la Fédération des ONG du Togo (FONGTO), le Collectif des Association de défense des droits de l'homme et de lutte contre l'impunité au Togo (CACIT).

Le secteur des coopératives joue un rôle important au Togo. Il regroupe actuellement 20.000 coopératives dans le secteur agricole, chacune groupant en moyenne 15 personnes. Pour l'essentiel d'entre elles, elles sont considérées comme bien structurées par le Ministère de l'agriculture, tenant annuellement leur assemblée générale et renouvelant leur structure de gouvernance<sup>38</sup>. Elles constituent de ce fait un potentiel pour l'extension de la couverture.

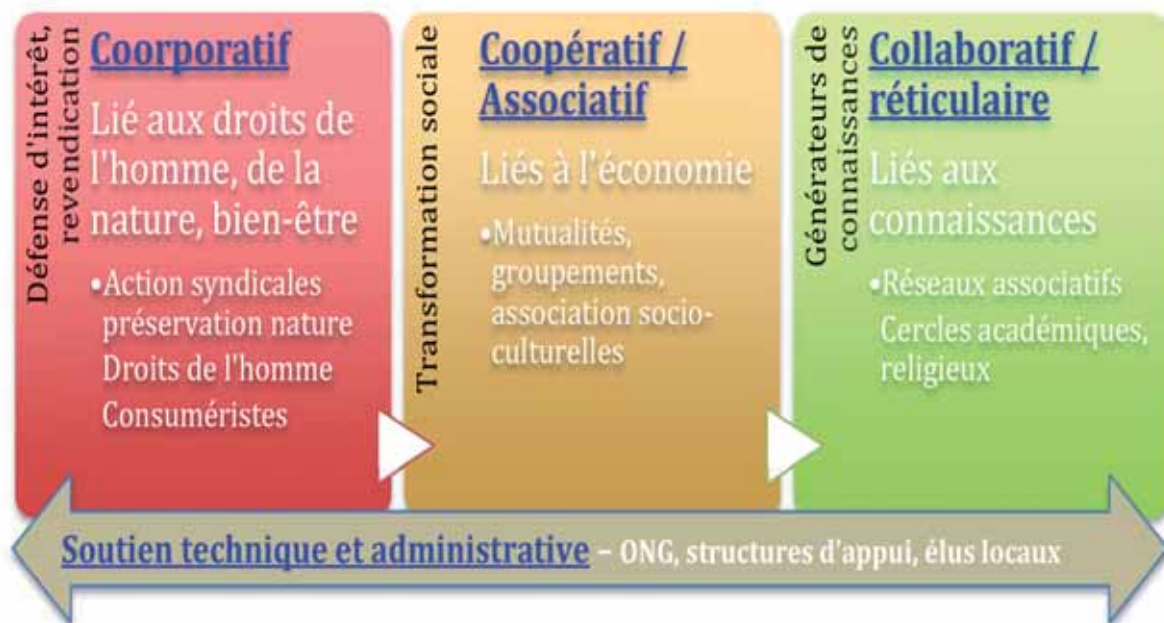
## **5. Définition opérationnelle**

Il y a plusieurs approches pour classer les mouvements sociaux. Une des approches est de définir les niveaux d'action. Le premier niveau est composé par les organisations de base de type associatif ou coopératif, le deuxième niveau est composé par les acteurs for-

mellement constitués et avec un niveau avancé de structuration, de type ONG ou syndicale et le troisième niveau englobe les organisations faitières et de coordination comme les fédérations et réseaux, plates-formes et autres espaces de concertation<sup>39</sup>.

Au terme de cet exercice, on peut proposer une classification typologique des mouvements sociaux en présence dans les pays, en articulant les perspectives économiques, sociales et sociétales des organisations cités par les interviewés comme partie des mouvements sociaux de leurs pays. Les objectifs ne sont pas cloisonnés aux types.

Figure 7 - Typologie des mouvements sociaux



On remarque qu'il n'y a pas une définition unanime du terme 'mouvements sociaux' et son contenu varie en fonction des contextes et des auteurs. Nous endossons dans cette étude l'approche de Solidarité Mondiale rapportée par Bart Verstraeten et collègues qui postule que les mouvements sociaux sont **'des organisations qui donnent une voix aux gens, défendent leurs intérêts et cherchent des réponses collectives à leurs besoins'**<sup>8</sup>. Selon ces même auteurs, *il s'agit principalement des personnes qui ne sont pas couvertes par le système étatique existant : les travailleurs du secteur informel et rural. Les mutuelles, syndicats et coopératives organisent ces gens et leurs offrent des services très ciblés, mènent des actions et campagnes collectives et font le plaidoyer vis-à-vis des décideurs politiques. Grâce à ce lien direct avec la population, les mouvements sociaux sont bien placés pour représenter ces gens dans le dialogue structurel avec les autorités et les autres acteurs concernés.*

## IV. L'implication des mouvements sociaux dans les politiques de CSU

### 1. Implication formelle et normative

#### *a. Cadres internationaux et communautaires*

Plusieurs dispositifs internationaux et régionaux rappellent les principes de la CSU et urgent les gouvernements à prêter attention à l'implication des différentes catégories d'acteurs, y compris les mouvements sociaux. En fait la CSU a toujours été un objectif sociétal dans le domaine de la santé et une aspiration des classes les plus lésée. Sa conceptualisation et son opérationnalisation se précisent de plus en plus. Tous les pays s'y engagent d'une manière ou d'une autre et les vitesses de mise en œuvre sont largement tributaires du caractère inclusif des parties prenantes.

Les principaux documents de référence au niveau international sont les suivants :

- Le principe de base de la CSU est le 'droit à la santé' (Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, 1948, Art. 25) ; personne ne doit en être exclue pour des raisons externes à sa volonté. Bien que la santé soit considérée comme un droit fondamental repris dans les constitutions, cette obligation légale reste un droit théorique<sup>40</sup>, notamment lorsqu'on regarde les engagements (ex. d'Abuja) et efforts des pays pour son application.
- Déclaration de Alma Ata (1978) : adopté par 134 pays sur l'initiative de l'OMS et UNICEF, et considérée comme le document de base sur l'accès universel aux soins.
- Convention 102 BIT (1952) concernant les normes minimales de sécurité sociale définit les seuils minimaux de prestations, les avantages qui y sont liés et les neuf risques qui doivent être assurés : maladie, handicap, vieillesse, décès d'un membre de la famille, maternité, responsabilité d'enfants, chômage, accident de travail et risque de pauvreté ou d'exclusion sociale. Dans la logique de la convention 102 de l'OIT, la protection sociale inclut des mécanismes d'assurance (mécanismes contributifs qui garantissent des prestations en espèces ou en nature financées par des cotisations) et d'assistance (mécanismes non-contributifs dans lesquels les transferts et prestations en espèces ou en nature ne reposent pas sur un apport monétaire direct de la part des ayants droit).
- Résolution de l'OMS sur le financement de la santé → garantir à leur population un accès équitable à des services de santé de qualité (2005)
- La Résolution A/67/L.36 des Nations Unies sur la Couverture Sanitaire Universelle<sup>41</sup> (2012) indique que 'le passage à une couverture sanitaire universelle suppose des mécanismes de prise de décisions transparents, participatifs et équitables permettant la participation de toutes les parties prenantes, l'élaboration de politiques efficaces qui non seulement produisent des résultats clairs et mesurables pour tous et renforcent la responsabilité, mais aussi, chose plus importante, sont équitables tant au niveau de l'élaboration que des résultats. Par ailleurs, il *'exhorte les autorités nationales, les organisations de la société civile et les organisations in-*



*ternationales à promouvoir la prise en compte de la CSU, qui occupe une place importante dans le programme de développement international et dans la réalisation des objectifs de développement arrêtés au niveau international, dont ceux du Millénaire'.*

- Recommandation 202 BIT (2012) sur les socles minimum de protection sociale.

On note également plusieurs autres conventions, déclarations et autres cadres qui rappellent le principe de la protection sociale et la couverture universelle et qui visent des cibles spécifiques. Leur listing permet également de comprendre d'autres dimensions de la couverture universelle et de la protection sociale.

- La Convention Internationale sur l'Elimination de toutes les Formes de Discrimination Raciale (1966), réaffirme la protection universelle du droit à une santé adéquate et proscrit les droits basés sur la race.
- Traité International sur les droits économiques, sociaux et culturels – art. 9 et 10 (1966) concernant le droit aux soins de santé et la protection de l'emploi durant le congé de maternité, et aux enfants et adolescents, la protection contre l'exploitation économique et sociale.
- La Déclaration des Droits du Déficiant (1971) garantie la protection universelle du droit à une santé adéquate et recommande une prise en charge spécialisée et un support leur permettant d'atteindre leur plein potentiel d'êtres humains.
- Déclaration Universelle pour l'Elimination Définitive de la Faim et de la Malnutrition (1974) : droit à un niveau de nourriture suffisant obligation des gouvernements à accroître la production alimentaire et la distribution équitable et efficace des produits vivriers.
- La Déclaration des Droits des Personnes Handicapées (1975), réaffirme la protection universelle du droit à un niveau de santé adéquate et établit que les personnes avec les handicaps ont le droit de recevoir les soins spéciaux dont ils ont besoin.
- La Convention sur l'Elimination de Toutes les Formes de Discrimination à l'Egard des Femmes (1979) art. 10 et 11 les protections et considérations spécifiques au genre et dues aux femmes.

Au niveau communautaire, le Règlement UEMOA Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA<sup>42</sup>. On peut noter également d'autres références dont :

- La Convention relative aux Droits de l'Enfant (1989) : article 20 «Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'Etat. Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale ».
- La Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (1981) qui constitue la principale référence sur les droits humains de l'Union Africaine qui met l'accent sur les femmes, les enfants, les personnes âgées et les handicapés dans son article 18 que « L'Etat a le devoir de veiller à l'élimination de toute discrimination contre

la femme et d'assurer la protection des droits de la femme et de l'enfant tels que stipulés dans les déclarations et conventions internationales. Les personnes âgées ou handicapées ont également droit à des mesures spécifiques de protection en rapport avec leurs besoins physiques ou moraux. »

- Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant (1990). Elle expose en son article 5 les droits fondamentaux de l'enfant africain à savoir la survie, le développement et la protection.

### Place des MvS dans les dispositifs législatifs nationaux

Seuls le Burkina Faso (Loi n° 060-2015/cnt) et le Bénin (Loi n° 2015-42) disposent d'une loi spécifique à la CSU, votées respectivement le 05 septembre 2015 et le 28 décembre 2015. Le Sénégal dispose d'une loi spécifique aux mutuelles de santé (Loi n° 2003-14), le Togo et le Mali disposent de plusieurs textes législatifs ou de lois spécifiques à des régimes.

Différentes organisations sociales sont citées dans les documents législatifs. L'analyse nous montre que les mutuelles de santé sont les plus souvent citées dans les chapitres liés à la gestion, les syndicats dans ceux relatifs à la participation et d'autres formes dans la représentation générale. Les articles relatifs peuvent être formulés comme suit : *'Les organismes de gestion visés à l'article 38 ci-dessus, peuvent déléguer certaines de leurs fonctions techniques à des organismes dits de gestion déléguée, notamment les autres établissements de prévoyance sociale, les mutuelles sociales, les assureurs privés et les sociétés de gestion maladie de type privé. La délégation des fonctions est constatée par une convention de gestion déléguée'* (Burkina Faso).

Curieusement, dans le cas du Bénin, on ne note aucune référence aux acteurs de la société civile et mouvement sociaux, associatif et ou de type mutualiste. Par contre, il est prévu la participation des bénéficiaires et des élus locaux à la gouvernance du système et le contrôle social et la représentation des affiliés au sein du Comité Local de l'Assurance Maladie (CLAM) par les élus mutualistes.

Les mutuelles togolaises ne sont pas régies par un Code de la mutualité. Certes les dispositions de divers textes nationaux (Code du travail ; etc.) ou internationaux (Code CIMA) font référence à des mutuelles. Ainsi la loi n°95-014 du 14 juillet 1995 porte réglementation des institutions mutualistes ou coopératives, mais il s'agit ici d'institutions en charge de l'épargne et du crédit. L'article 27 du Code du travail évoque les mutuelles mais sous la forme ancienne de caisses de secours mutuels (« ARTICLE 27. Les statuts des caisses spéciales de secours mutuels sont soumis à l'approbation du ministre chargé du travail, après avis du directeur général du travail. »).<sup>38</sup>

Tableau 11 – Principaux textes législatifs répertoriés des pays d'étude

Pays	Références	Dispositions
<b>Bénin</b>	Loi n° 2015-42 portant institution du Régime d'Assurance Maladie universelle (RAMU) en République du Bénin votée par l'Assemblée nationale le 28 décembre 2015 <sup>43</sup>	Aucune référence aux acteurs de la société civile et mouvement sociaux, associatif et mutualiste
	<b>Autres documents législatifs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Code des pensions en République du Bénin</li> <li>– Code de sécurité sociale en République du Bénin</li> <li>– Différents textes réglementaires instituant les mesures de gratuité (césarienne, paludisme pour les moins de 5 ans et les femmes enceintes)</li> <li>– Texte relatif à l'évacuation sanitaire</li> <li>– Texte relatif au Fonds Sanitaire des Indigents (FSI)</li> </ul>	Ce code prévoit en son article 7 la création d'un régime spécial de sécurité sociale pour les acteurs du secteur informel
<b>Burkina</b>	Loi n° 060-2015/cnt portant Régime d'Assurance Maladie Universelle du Burkina Faso <sup>44</sup>	Les organismes de gestion visés à l'article 38 ci-dessus, peuvent déléguer certaines de leurs fonctions techniques à des organismes dits de gestion déléguée, notamment les

Pays	Références	Dispositions
<b>Faso</b>		autres établissements de prévoyance sociale, les mutuelles sociales, les assureurs privés et les sociétés de gestion maladie de type privé. La délégation des fonctions est constatée par une convention de gestion déléguée.
<b>Sénégal</b>	<p><b>Autres documents législatifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire ;</li> <li>- le décret N°09-552/P-RM du 12 octobre 2009 fixant les modalités d'application de la loi instituant l'AMO ;</li> <li>- la loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ;</li> <li>- le décret 09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la CANAM ;</li> <li>- le décret N°10-578/P-RM du 26 octobre 2010 fixant le taux de cotisations du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire ;</li> <li>- le décret N°10-398/P-RM du 26 juillet 2010 portant nomination du conseil d'administration de la CANAM/G13</li> </ul> <p>Loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de santé<sup>18</sup></p> <p>La loi n°73-37 du 31 juillet 1973 portant Code de la Sécurité sociale ;</p> <p>La loi n°75-50 du 3 avril 1975 relative aux Institutions de prévoyance sociale; Loi d'orientation sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Décrets N°68-245 du 13 juillet 1960 portant réglementation des secours dans la république du Sénégal,</li> <li>- Le décret n° 96-1135 du 27 décembre 1996 portant application de ladite loi en matière de santé et d'action sociale</li> <li>- Décret N°69-1054 du 23 septembre 1969 portant allocation de secours aux orphelins et enfants abandonnés.</li> <li>- Le décret n°2006-1331 du 23 novembre 2006 abrogeant et remplaçant les articles 32 et 33 du décret n°74-347 du 12 avril 1974 portant régime spécial applicable aux agents non fonctionnaires de l'Etat ;</li> <li>- Le décret 2012-832 du 07 août 2012 portant organisation et fonctionnement des Institutions de Prévoyance Maladie d'entreprise ou interentreprises, abrogeant et remplaçant le décret n°75-895 du 14 Août 1975 ;</li> <li>- L'arrêté interministériel n° 2013-2159 du 10 février 2013 fixant les modèles types de statuts et de règlement intérieur des IPM.</li> <li>- Décret 0° 2012-1311 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de la Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale (DGPSN)</li> <li>- janvier 2015 décret portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (la CMU)</li> <li>- Juin 2014 Arrêté portant création et organisation du comité national interministériel de pilotage de la Décret N° 2015-21 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (la CMU)</li> <li>- Décret N° 2012-1311 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de la Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale (DGPSN)</li> </ul>	Loi spécifique aux mutuelles de santé
<b>Mali</b>	<p>La loi n° 09-030 du 27 juillet 2009 portant mise en place d'un Régime d'Assistance Médicale au Mali,</p> <p>Le décret n°2011-133/P-RM du 22 mars 2011,</p> <p>La loi n° 99-047 du 28 décembre 1999 instituant l'assurance volontaire à l'INPS.</p> <p>La loi n° 09-031 du 27/07/2009 instituant le Régime d'Assistance Médicale</p> <p>La loi n° 09-015 du 26/06/2009</p>	<p>Assurer une couverture médicale aux personnes dépourvues de revenu</p> <p>désigne à la fois les membres du Conseil d'Administration de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale et les structures qu'ils représentent. L'éligibilité au Régime d'Assistance Médicale est reconnue à titre temporaire aux personnes qui ne sont pas associées au régime d'Assurance Maladie Obligatoire et celles qui ne disposent d'aucune couverture maladie</p>

Pays	Références	Dispositions
	instituant l'Assurance Maladie Obligatoire au Mali <b>Autres documents législatifs</b> – La loi n° 00-039 du 7 juillet 2000 sur les pupilles du Mali ; – Le décret n° 95-368 du 13 octobre 1995 fixant le régime spécial de rémunération des prestations en faveur des personnes âgées au sein des structures de diagnostic, de soins et d'hospitalisation relevant de l'Etat.	
<b>Togo</b>	Décret N°09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la CNAM	le conseil d'administration est composé de 18 membres dont 4 représentants des travailleurs
	Statuts de l'institut national d'assurance maladie (INAM) - Décret 2011-034 <sup>46</sup>	Le Conseil d'administration est composé de membres avec voix délibérative ... quatre (4) représentants des syndicats les plus représentatifs  Le conseil d'administration peut s'adjoindre, à titre consultatif, toute autre personne dont l'expertise est nécessaire  Le comité de région est composé de ... organisations syndicales ou associations respectives de ces corps désignent leurs représentants.
	<b>Autres documents législatifs</b> – Loi n°2006-010 du 13 décembre 2006, portant Code du Travail – La Constitution de la République Togolaise du 14 octobre 1992 – Arrêté n°2001-066/PMRT du 02 novembre 2011 portant Comité sectoriel promotion, protection sociale et emploi – La Loi N°2011-003 du 18 février 2011 instituant le régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés; – Le Décret N°2011-034/PR fixant les statuts de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM), établissement public chargé de gérer le régime d'assurance maladie; – Le Décret N°2011-032/PR fixant les taux et les modalités de paiement des cotisations par les personnes assujetties; – Le Décret N°2011-035/PR fixant le régime de partenariat entre l'INAM et les formations sanitaires.	

### *c. Place des MvS dans les stratégies nationales*

Le secteur de la santé compte une multitude de documents stratégiques et politiques, et à tous les niveaux. La majorité des documents actualisés et en circulation convoquent la CSU et déclinent des actions pour supporter sa concrétisation. Le Tableau 13 liste une sélection de documents stratégiques clés consultés.

Dans des documents aussi importants que les stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP), plans nationaux de développement sanitaire (PNDS) ou les stratégies nationales de développement Economique et Sociale (SNDES) disponibles pour tous les pays, les mouvements sociaux sont bien mentionnés, comme le montre l'encadré ci-dessous.

**Mali : Plan d'Actions National de Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire  
Fondements et principes directeurs<sup>75</sup>**

Aussi, la présente politique marque la détermination du Gouvernement et des différents acteurs à développer le secteur de l'Économie Sociale et Solidaire forts de la conviction, que faire le choix d'une politique et des programmes de soutien au développement de ce secteur c'est :

- 1) Inscrire la lutte contre la pauvreté et la création de richesses au cœur des stratégies de développement du Mali.
- 2) Opter pour une stratégie gagnante pour le développement du Mali grâce à : la création d'entreprises et d'emplois ; la contribution à la promotion de l'économie formelle en favorisant un mode d'intervention basé sur l'autonomie et la souplesse des organisations.
- 3) Renforcer la solidarité, la participation et la responsabilisation collective comme conditions d'un développement durable à travers la primauté de la personne humaine et du travail sur le capital dans la répartition des surplus.
- 4) Confirmer la volonté de développer un partenariat actif entre l'État et la société civile en concrétisant un appui soutenu de l'Etat aux acteurs de l'ESS et en garantissant la participation démocratique de la société civile au développement du Mali.

Il convient de noter certains documents stratégiques leur sont exclusivement destinés, notamment ceux pour l'extension de la couverture qui mettent les mutuelles au cœur du processus. En effet tous les pays disposent de stratégies pour les mutuelles de santé :

**Bénin** : Plan Stratégique de Développement Des Mutuelles de Santé 2009-2013. En plus de ce plan il existe un document de politique et stratégie de professionnalisation des mutuelles de santé ainsi qu'un document cadre de contractualisation entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires.

**Burkina Faso** : Elaboration d'un plan de communication du projet assurance maladie au Burkina au profit du CPAM ; Stratégie et plan de communication du projet assurance maladie au Burkina Faso 2012 ; PNPS 2013-2022 ; Cadre Stratégique de Développement des Mutuelles Sociales au Burkina Faso (CSDMS) 2013-2018.

**Mali** : Stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé au Mali – 2010.

**Sénégal** : Stratégie Nationale d'extension de la couverture du risque maladie – 2010 ; Plan national d'information et de communication sur la couverture maladie universelle – 2013 ; plan d'action des organisations non gouvernementales dans la mise en œuvre de la couverture maladie universelle 2015 ;

**Togo** : en cours d'élaboration

Le Tableau 12 fournit quelques exemples de la formulation de la place des mouvements sociaux dans les documents stratégiques. Il montre que les ces derniers mettent les mouvements sociaux (différents segments) dans le processus de leur élaboration et proposent des axes stratégiques pour les renforcer afin d'assurer leur participation.

Tableau 12 – Formulation de la place des mouvements sociaux dans les documents stratégiques

Pays	Références
<b>Bénin</b>	<p>Par arrêté N° 2327/MSP/DC/SGM/DPP/SA du 17 Mars 2006, le Ministre de la Santé a mis en place un Comité d'Orientation et une Equipe Technique chargés de l'élaboration du PNDS. Le Comité d'Orientation est composé des représentants des ministères sectoriels, des Partenaires Techniques et Financiers, de la société civile et des acteurs du secteur de la santé.</p> <p>Renforcer le partenariat pour la santé : Mettre en place un dispositif créatif, transparent et performant de financement du secteur, impliquant tous les secteurs et toutes les parties prenantes (assurance maladies et mutuelles de santé). Sous-programme : Promotion des mutuelles de santé<sup>47</sup></p> <p>La SRP 2003-2005 a été l'une des premières occasions d'associer la société civile et le secteur privé au processus d'élaboration d'un document d'orientation de développement au Bénin. Le forum national sur l'élaboration de la SCRCP a regroupé plus d'une centaine de participants représentant les départements ministériels et leurs principaux services techniques, la société civile dans sa composition la plus large, le secteur privé et la plupart des PTF</p> <p>Renforcement de la protection sociale : Le Gouvernement a retenu, pour la période 2007-2009, de faire la promotion de la famille, de la femme, de réduire les inégalités entre les sexes, d'assurer l'autonomisation des femmes, de protéger et d'assurer le développement de l'enfant, de renforcer la protection sociale et la promotion des mutuelles de santé. <sup>48</sup></p>
<b>Burkina Faso</b>	<p>Le présent document appelé Compact « Accroître les efforts et les ressources pour la santé en vue d'atteindre les OMD à l'horizon 2015 » entend promouvoir la conjugaison de tous les efforts du gouvernement, des ménages, des partenaires bilatéraux et multilatéraux et de la société civile pour obtenir plus d'efficacité dans la mise en œuvre du programme commun de développement sanitaire, à savoir le PNDS 2011-2020.</p> <p>Les organes de coordination dans le secteur de la santé : Pour ce qui concerne le secteur de la santé, des organes de coordination et de pilotage sont mis en place pour assurer le leadership du Ministère de la santé dans la mise en œuvre du PNDS. Ces organes sont structurés à plusieurs niveaux (politique, stratégique, opérationnel) et ont des missions spécifiques et complémentaires impliquant l'ensemble des acteurs actifs dans le secteur (Etat, collectivités, secteurs public et privé, société civile, système des Nations Unies, coopérations bi- et multilatérales, ONG). Ils sont destinés à assurer la concertation, la coordination, le suivi et l'évaluation du PNDS aux différents niveaux du système de santé.</p> <p>Impliquer le secteur privé, les associations professionnelles et la société civile dans la mise en œuvre du PNDS<sup>49</sup>.</p>
<b>Mali</b>	<p>Le processus de préparation du CSCRP 2012-2017 a commencé en décembre 2010. Il est le fruit d'un long travail largement participatif et impliquant l'ensemble des acteurs : Administration centrale et décentralisée, organisations de la société civile et du secteur privé, monde universitaire, médias, syndicats, partenaires techniques et financiers</p> <p>Le CSCRP 2012-2017 est le fruit d'une large concertation entre le Gouvernement du Mali et tous ses partenaires au développement... Cette concertation implique les parlementaires, les élus locaux, l'Administration centrale et déconcentrée ou décentralisée, les organisations de la société civile et du secteur privé, le monde universitaire, les médias, les syndicats, les PTF, etc. Ces acteurs ont été invités à formuler des propositions, sur la base des forces et des faiblesses constatées dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du CSCRP 2007-2011. <sup>49</sup></p> <p>Par ailleurs, convaincu du rôle que pourrait jouer une société civile bien organisée dans l'essor de l'ESS, Le ministère de tutelle (MSAHRN) a encouragé et soutenu la création du Réseau National d'Appui à la Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire (RENAPESS).</p> <p>Etendre la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé en procédant à : (i) l'évaluation de la mise en œuvre de la phase pilote de la même stratégie; (ii) la révision du plan quinquennal de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie; (iii) la mise à échelle de la stratégie nationale d'extension de la CMU par les mutuelles de santé. Renforcer l'économie sociale et solidaire...contribuer à la l'atteinte du RS-9.5. : « Les organisations de l'économie sociale et solidaire sont plus performantes »<sup>50</sup>.</p>

Pays	Références
<b>Sénégal</b>	<p>... étendre la protection sociale au secteur informel et aux groupes vulnérables par la mise en place d'une couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé, l'amélioration des mécanismes de ciblage et la mise en place d'un dispositif d'information et de suivi-évaluation, la mise en application de la loi d'orientation sociale pour la protection des personnes handicapées, la création d'une Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle et l'extension de la gratuité en soins sanitaires en faveur des groupes vulnérables.</p> <p>En outre, l'Etat a opté pour une implication des principaux acteurs à la formulation et la mise en œuvre des politiques de développement. Dans ce contexte, les organisations de la société civile et du secteur privé entendent consolider leur rôle de participation citoyenne dans la recherche du développement économique et social. Cependant elles restent confrontées à un ensemble de contraintes telles que : (i) la faiblesse de capacités évaluatives (ii) les difficultés d'accès à l'information stratégique sur les finances publiques et la situation d'exécution des projets et programmes publics et (iii) l'absence d'un cadre de concertation fonctionnel et durable. Un Conseil national de suivi et d'orientation présidé par le Premier Ministre est mis en place. Ce conseil est composé par le Gouvernement, les représentants des partenaires techniques et financiers, de la société civile, du secteur privé, du parlement et des collectivités locales<sup>51</sup>.</p> <p>Au niveau local, la collaboration avec les comités de santé/comités de gestion, les organisations de la société civile (OSC) et les ONG locales sera renforcée. Cette participation se matérialise déjà sur le terrain par l'élaboration des POCL et l'animation des organes de gestion à la base<sup>52</sup>.</p>
<b>Togo</b>	<p>Les différentes parties prenantes du partenariat du secteur de la santé sont : - les partenaires bilatéraux et multi multilatéraux, - les ordres, associations professionnelles et sociétés savantes, - les délégués des professionnels de la santé et organisations syndicales, - le secteur privé et la médecine traditionnelle, - les communautés et les Organisations de la société civile (OSC), - les organisations représentant les malades.</p> <p>Communautés et organisations de la société civile (OSC). La participation communautaire prenant en compte les différents types d'organisation de la société et de représentation garantit la réalisation des objectifs. La mise en œuvre de la PNS se fonde sur l'implication et la responsabilisation des individus et de la communauté notamment à travers les leaders (chefs traditionnels, leaders religieux...) et les groupes organisés dans l'auto prise en charge de leurs problèmes de santé pour l'atteinte des résultats escomptés<sup>53</sup>.</p> <p>les travaux de planification stratégique qui ont permis de proposer des stratégies globales et sectorielles compatibles avec l'orientation politique donnée. L'axe central de cette étape a tourné autour du Forum national d'orientation et la tenue des travaux des comités sectoriels. Le Forum national d'orientation, organisé par le Gouvernement du Togo du 12 au 13 décembre 2011, a regroupé plus de deux cents (200) représentants des différents départements ministériels, des institutions de la République, du secteur privé et de la société civile ainsi que des partenaires techniques et financiers. ... réduire la participation de la population par l'organisation de la solidarité nationale en s'appuyant notamment sur le développement des systèmes de mutualisation du risque maladie comme l'assurance-maladie universelle et les mutuelles de santé. <sup>53</sup></p>

Tableau 13 – Principaux documents stratégiques répertoriés des pays d'étude

Pays	Références
<b>Bénin</b>	<p>Plan National de Développement Sanitaire Bénin 2009 - 2018<sup>47</sup>  Plan stratégique de développement des mutuelles de santé 2009-2013. Bénin<sup>54</sup>  Document de stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté (SCRP) au Bénin 2007- 2009<sup>58</sup>  Stratégie nationale de financement de la santé  Politique Holistique de Protection Sociale (PHPS)</p>
<b>Burkina Faso</b>	<p>Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023<sup>23</sup>  COMPACT : Accroître les efforts et les ressources pour la Santé en vue d'atteindre les OMD à l'horizon 2015  Plan national de santé 2011-2020</p>

Stratégie nationale pour le financement de la santé Cadre stratégique de développement des mutuelles sociales au Burkina Faso (CSDMS-BF) 2014-2016
<b>Mali</b>
Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRCP) Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale et du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) Plan d'Actions National d'Extension de la Protection Sociale 2011-2015 Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS III - 2014-2018) Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie par les Mutuelles de Santé au Mali. (2010) Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 2014-2023) Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023 Plan d'Actions National de Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire 2014-2018
<b>Sénégal</b>
Stratégie nationale de développement de la CMU Stratégie nationale pour le développement social et économique (SNDSE) 2013 Le plan national de santé 2009-2018 (PNDS) 2013 - Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2008 - Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais
<b>Togo</b>
Plan National de Développement Sanitaire du Togo: 2012-2015 Politique et stratégies nationales des interventions à base communautaire, (2009- 2013) <sup>25</sup> Politique nationale de protection sociale 2012 Etat des lieux des mécanismes innovants de financement de la santé et de la CSU au Togo - 2013 Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) 2013 - 2017

#### *d. Place des MvS dans les dispositifs opérationnels et architectures de CSU*

Les Figure 8 visualisent les architectures de la CSU dans les différents pays. Leur lecture suggère que les dispositifs opérationnels sont assurés globalement par :

- Des organes de régulation ;
- Des organisations de mise en œuvre (publiques, privées lucratives ou non) ;
  - Gestion,
  - Achat de service (y compris via contractualisation),
  - Fourniture de services,
- Des organes de suivi.

Les mutuelles de santé et leurs structures faïtières sont les organisations des mouvements sociaux les plus représentés dans les architectures. Elles sont visualisées individuellement, avec une connexion avec leurs structures faïtières (coordination et fédération) de niveau administratif (communal, départemental, régional et national). Elles occupent une fonction de collecte des ressources, de mobilisation et sensibilisation de la population, de participation à différents comités locaux.



Dans le cas du **Bénin**, on note la mention 'autres groupes de population qui le souhaitent' en les mettant comme adhérents aux sociétés d'assurance. C'est également le seul pays qui laisse dans son architecture une place aux ONGs, partenaires et autres qui fournissent un appui technique et financier aux mutuelles de santé. Les mutuelles seraient également dans l'ingénierie centrale de l'assurance avec une relation fonctionnelle avec les mutuelles communales.

Le **Burkina Faso**, en plus des mutuelles, mentionne les acteurs de l'économie informelle urbaine et rurale et les populations vivant du secteur agro-sylvo-pastoral.

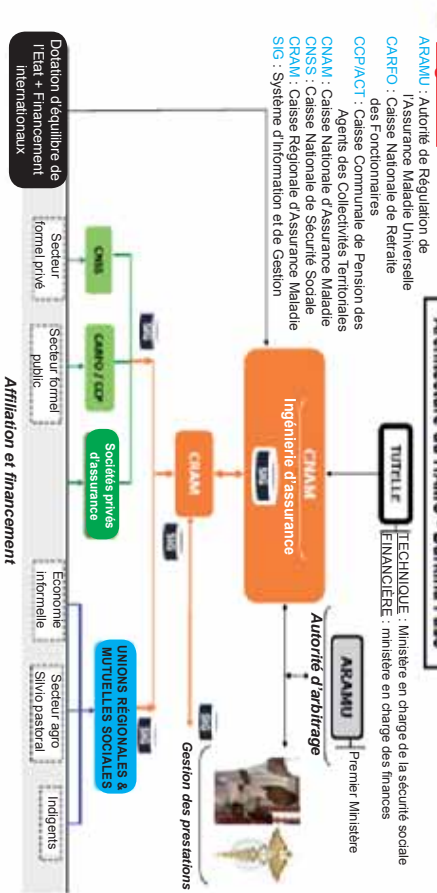
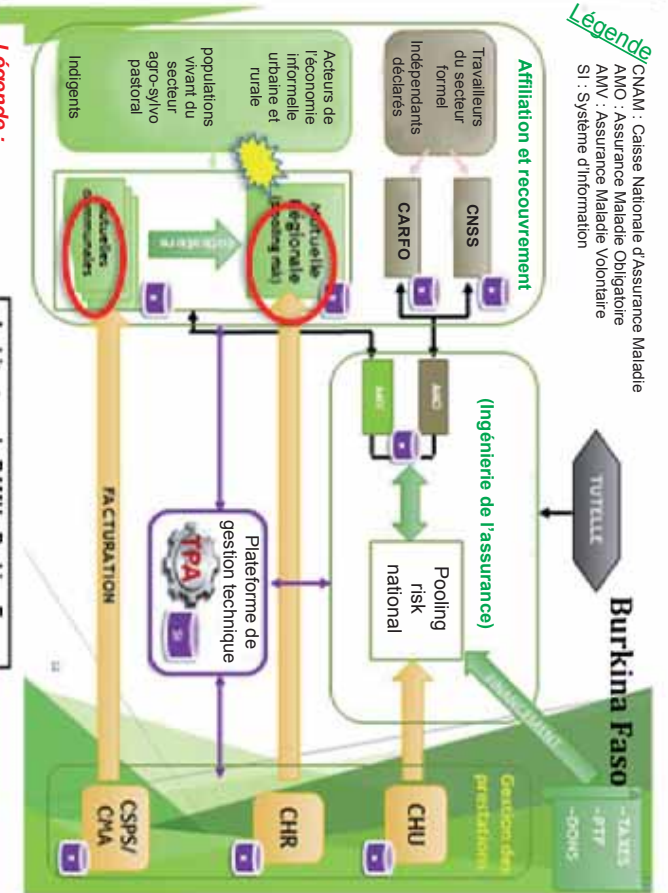
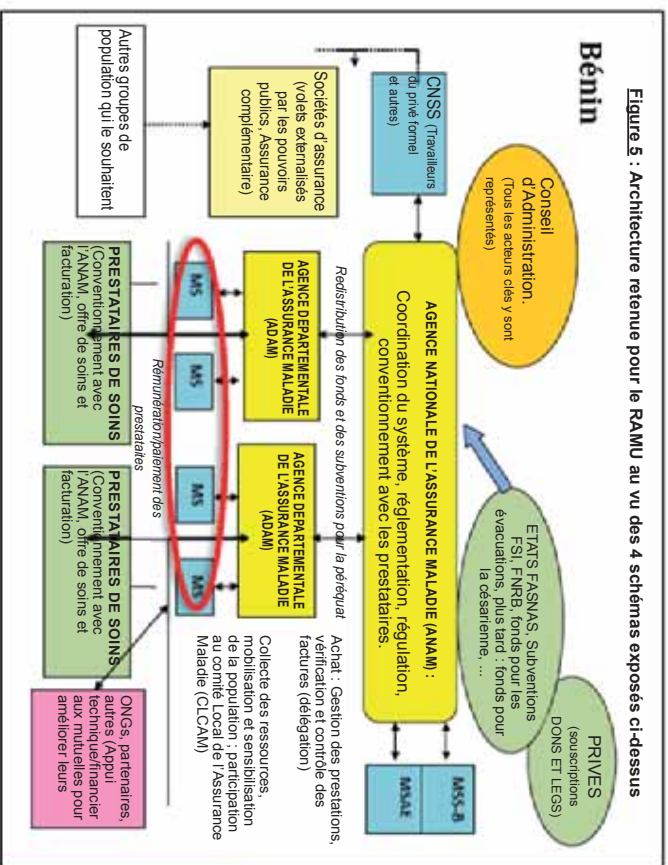
La spécificité de l'UTM comme structure technique pour les mutuelles ressort comme spécificité du **Mali**. La fédération des mutuelles participerait à la tutelle technique.

Les mutuelles de santé sont au cœur du dispositif du **Sénégal**. Il convient de noter que l'architecture de ce pays est basée sur les relations et rôles de mutuelles et n'inclut pas les autres mécanismes de prise en charge du risque maladie. Dans les dispositifs fonctionnels, les Unions départementales sont membres des équipes cadres de District, les Unions régionales sont membres des équipes cadre de région et l'Union nationale et la Fédération sont membres du comité national de pilotage de la CMU

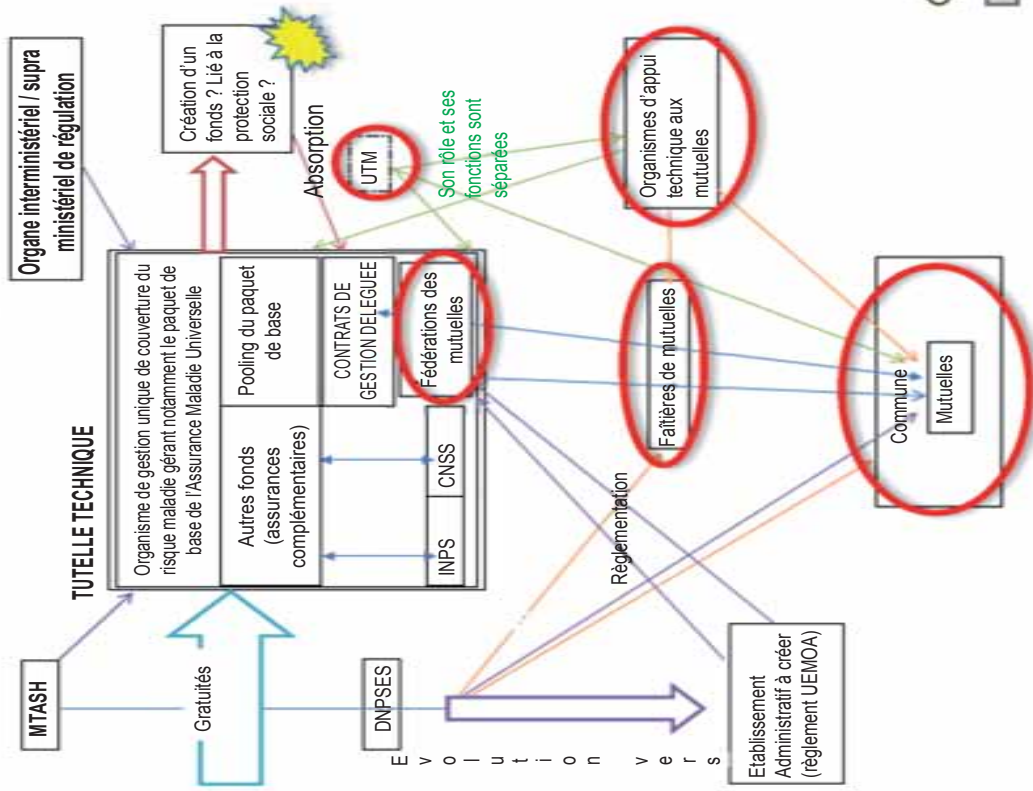
En plus du rôle de financement (mobilisation des ressources), les mutuelles de santé au **Togo** seraient dans le contrôle de la qualité.

# Les architectures de CSU

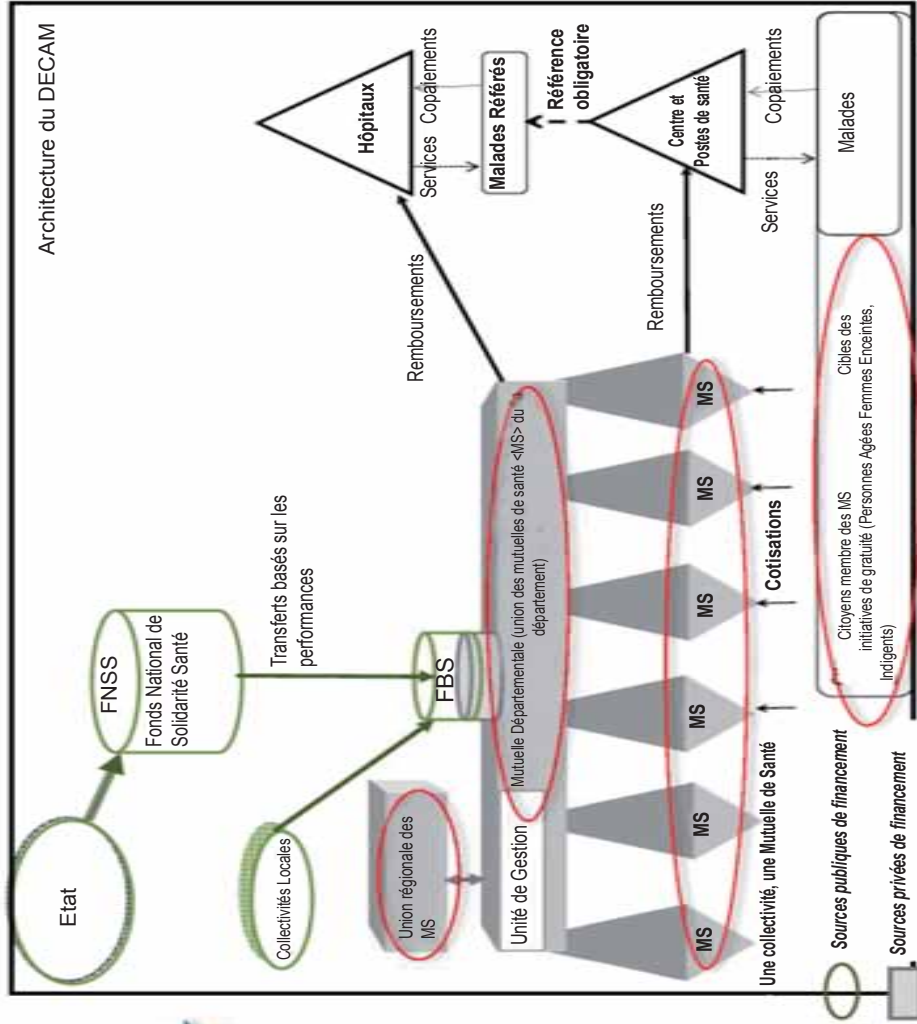
Figure 8 – Projets d'architectures de la CSU dans les pays d'étude



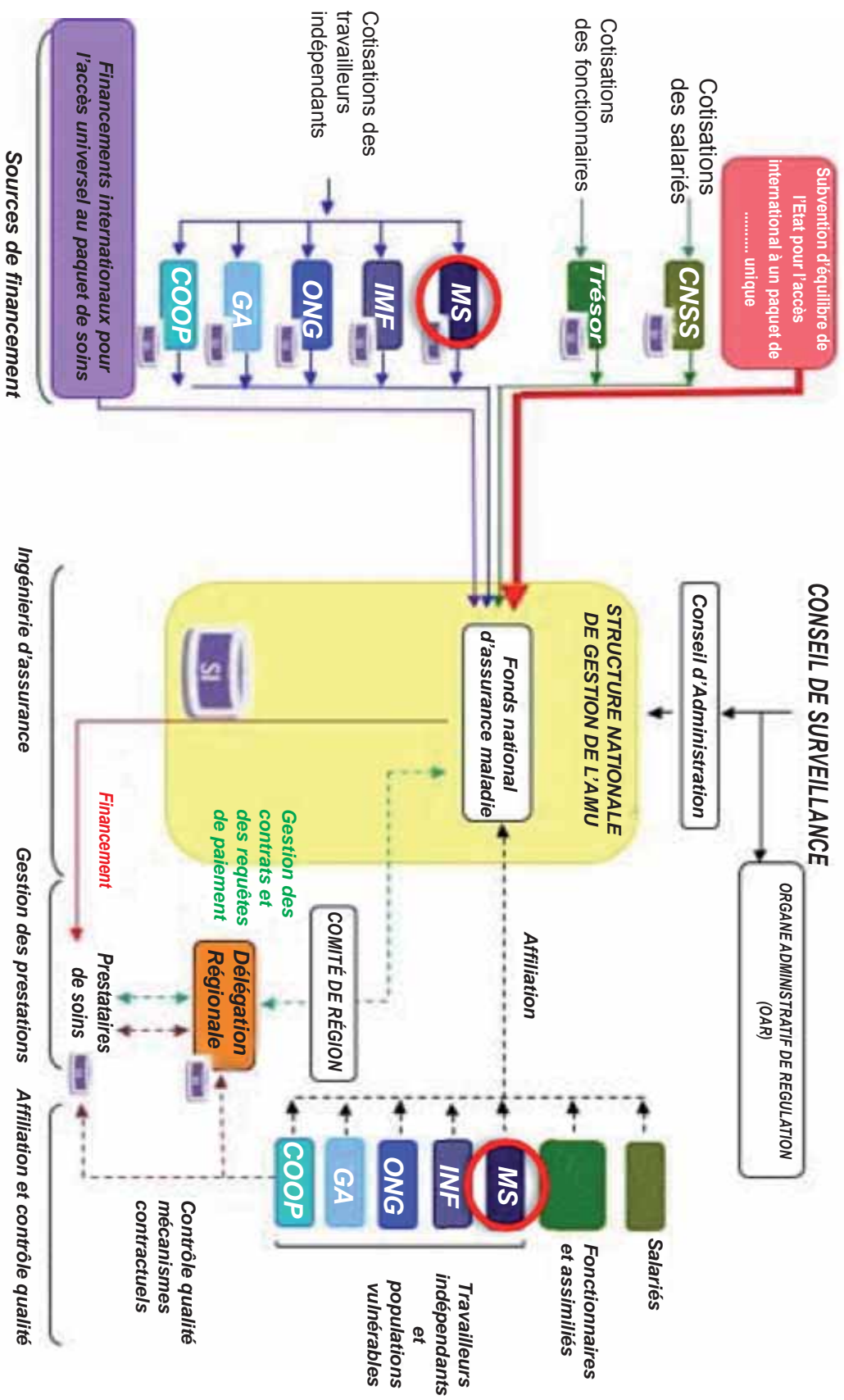
### 3. Architecture de l'Assurance Maladie à terme (2023) Mali



### Sénégal



# Togo



## 2. Domaines d'implication des MvS

Selon les interviewés, les mouvements sociaux sont bien impliqués dans les différents processus (67%). Un total de 30% estime cependant que soit '*pas tous sont impliqués*' ou '*en dehors des organisations mutualistes qui ont été véritablement impliquées dans la réflexion sur la CMU, les autres mouvements sociaux ont été juste informés et consultés sur certains aspects du RAMU. C'est surtout le cas des centrales syndicales. Quant aux autres structures faïtières elles n'ont pas du tout été impliquées*' en encore limitent l'impli-

Graphique 1- Implication des MvS



cation à certains organismes '*parmi celles citées, les organisations impliquées sont l'UAS et le RAMS*' au Burkina Faso.

Pourtant, selon Groupe consultatif des Nations Unies sur le socle de protection sociale, *les programmes peuvent prévoir la participation des bénéficiaires ou d'organisations de la société civile à la conception et à la gestion des prestations, des dispositifs de contrôle et de régulation assurant le respect des règles, des mécanismes de réclamation et de recours, et rechercher une capacité et une efficacité d'ensemble. La délégation des fonctions est constatée par une convention de gestion déléguée*<sup>56</sup>.

Les domaines d'implication des mouvements sociaux sont divers et variés. On peut les analyser dans trois principales phases : la préparation de la politique, la mise en œuvre des activités et le suivi des progrès.

### a. Implication des MvS dans la phase d'élaboration des politiques

La plupart des documents stratégiques consultés mentionnent l'implication des mouvements sociaux dans leur processus de préparation. L'élaboration de la politique découle d'un processus participatif qui a bénéficié des consultations de tous acteurs, notamment l'administration centrale et décentralisée, les communes, les PTF, la société civile, les syndicats et le secteur privé<sup>11</sup>. C'est une phrase introductive dans la plupart des documents politiques et stratégiques.

Dans une phase de préparation, il y a plusieurs étapes :

- L'organisation de forum, concertation et autres assises sur le secteur de la santé ;
- La définition des paramètres techniques ;
- La réalisation d'études ;
- Le choix des options stratégiques.

Les organisations sont effectivement impliquées dans les phases de préparation, de façon globale.

- Un premier niveau d'implication / participation est fait lors des concertations préliminaires et les campagnes en faveur la CSU. Dans ce type d'activités, il s'agit de rassembler le maximum d'adhésion à l'idée de la CSU. Il y a dès lors des implications institutionnelles (représentants d'organisations) et populaires. Puis il est demandé à ces cibles de jouer un rôle de relais dans la promotion de la stratégie.

- Le deuxième niveau est plus pratique et technique. Les mouvements sociaux de type ONG (structures d'appui et partenaires du secteur de la santé), de type associatif avec un core business sur la santé et son financement (mutuelles et autres systèmes d'assurance maladie à but non lucratif – l'implication du secteur privé étant moindre) sont particulièrement présents et actifs. Dans une moindre mesure les mouvements sociaux de types corporatifs tels que les syndicats sont conviés.

Dans cette phase technique, les organisations intègrent différents comités, représentés par leurs structures faîtières. C'est la phase de préparation des documents stratégiques, législatifs et réglementaires, d'opérer des choix sur les paramètres techniques (paquets de prestations, segmentation de la population, niveau de contribution et de couverture, etc.).

- Un troisième niveau dans lequel les mouvements sociaux sont présents est la réalisation des phases pilotes qui se sont déroulés dans pratiquement tous les pays. Par un système de contractualisation, les gestionnaires du système de santé confient à des acteurs une ou plusieurs zones.

Les structures d'appui apportent un soutien considérable dans la phase de conception de la politique en produisant en amont des documents conceptuels. Elles interviennent également dans la préparation de la mise en œuvre en soutenant les différentes études préliminaires et en réalisant les phases pilotes.

*Le GRAIM a participé au processus de réflexion pour l'élaboration des documents de la CMU de base à travers les mutuelles de santé (plan de développement stratégique, manuel de procédure, etc.). Le GRAIM met en œuvre des actions d'appui (études, information, formation, etc.) au développement des mutuelles de santé dans 9 régions sur les 14. Dans ce cadre, l'organisation a employé 17 animateurs locaux répartis dans ses zones d'intervention. Le GRAIM participe aux rencontres de concertation, de partage d'informations (restitution d'études) [<Sen-Res1>](#)*

*Réflexions sur la stratégie globale, plaidoyer, renforcement de compétences, promotion des mutuelles sociales, concertations régionales, sectorielles et nationales sur le développement des mutuelles et l'AMU, rédaction de la loi sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle, définition du panier de soins de l'AMU. [<Bkf-Res1>](#)*

*Participation à la validation des résultats des études de faisabilités préalables de l'AMU, aux travaux des groupes thématiques, à la conception de la stratégie d'extension de l'AMU aux populations du secteur informel et du milieu rural, à la validation des projets de textes réglementaires sur l'AMU (loi et textes d'application), aux concertations régionales et sectorielles sur l'AMU pour la sensibilisation des populations, à la définition et au choix du panier de soins et à l'audition du parlement avant le vote de la loi RAMU [<Bkf-Res2>](#)*

Au Bénin, les différentes réflexions sur le RAMU sont menées au sein du Groupe Technique de Travail sur le RAMU (GTT/RAMU).

Les mots les plus fréquemment utilisés par les interviewés pour décrire leur implication dans la phase de préparation de la politique de CSU sont les suivants :

- |                       |                        |                        |
|-----------------------|------------------------|------------------------|
| - processus           | - plaidoyer lobbying   | - Formulation          |
| - Comité de réflexion | - concertations        | stratégique,           |
| - groupe de travail   | - rédaction de loi     | - Plan stratégique     |
| - commission          | - définition du panier | - discussion sur       |
| - validation          | de soins               | l'architecture         |
| - décrets - loi       | - Conception           | - étude de faisabilité |
| - phase pilote        |                        |                        |

A part les deux principaux acteurs (mutuelles et ONG partenaires du secteur), l'étude n'a pas noté la participation significative des autres formes de mouvements sociaux dans ces phases. Par exemple, le secteur académique n'y contribue pas en tant qu'organisation, mais certainement comme 'consultant' pour la réalisation des études.

Certains acteurs notent cependant quelques limites d'une pleine implication dans quelques activités, tandis que d'autres estiment qu'ils pourraient y avoir une plus forte contribution et d'autres encore décrivent les moyens limités mis à leur disposition pour remplir pleinement leur implication.

#### Encadré 2 – Exemple du rôle des mouvements sociaux dans la phase de préparation

##### **Bénin <Ben-Res1>**

APROSOC est impliquée dans le processus CMU au Bénin à travers son appartenance à la plateforme des mutuelles dénommée "Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales-CONSAMUS". Cette plateforme est associée à toutes les réflexions qui sont menées sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). CONSAMUS a été membre du Comité Technique Interministériel sur le RAMU (CTI/RAMU) qui a piloté le processus entre 2008 et 2011. Ensuite, CONSAMUS a été membre du Groupe Technique de Travail sur le RAMU (GTT/RAMU) entre 2012 et 2015. Ce groupe a réfléchi sur divers aspects, notamment l'implication des mutuelles de santé dans le RAMU et fait des propositions au Gouvernement. Enfin, CONSAMUS a activement participé aux travaux du groupe de travail sur la stratégie d'affiliation des populations au RAMU mis en place par l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM).

Par ailleurs, CONSAMUS a été convié à l'atelier national d'appropriation du projet de loi sur le RAMU ainsi qu'il a participé aux travaux de la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale sur le projet de loi sur le RAMU.

CONSAMUS est aussi invité à prendre part à la pré validation des projets de décrets d'application de la loi sur le RAMU. Cet atelier se tiendra courant juin 2016.

Cependant, il faut déplorer que dans la mise en œuvre de la phase pilote du RAMU pour le secteur informel et agricole, les mutuelles de santé n'ont pas été impliquées tant dans la mobilisation sociale que la collecte des cotisations.

##### **Burkina Faso <Bkf-Res1>**

Les acteurs mutualistes du Burkina regroupés dans le CCSAM ont été représentés dans le comité de pilotage de l'AMU par l'ONG ASMADE, qui a participé à ce titre aux différentes réflexions et études de base. La participation des acteurs mutualistes s'est élargie avec les syndicats (CNTB) et le RAMS/BF lors des concertations régionale, sectorielle et nationale sur le développement des mutuelles et l'AMU, la rédaction du projet de loi sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle. Ce dernier groupe a été renforcé par le réseau multi acteur de protection sociale lors de l'audition par le Conseil national de transition sur le projet de loi, la relance de la dynamique de mise en œuvre de l'AMU avec les différents changements intervenus au niveau gouvernement...

#### ***b. Implication des MvS dans la mise en œuvre***

C'est dans cette phase qu'on attend le plus l'implication mutuelles de santé. Tous les pays basent leurs stratégies sur l'extension de la mutualité et plusieurs axes leur sont consacrés.

Les principales fonctions dans la mise en œuvre concernent la gestion technique de l'ingénierie des mécanismes d'assurance maladie, mobilisation des ressources et des personnes (adhésion), l'achat des services. Il s'agit des principales fonctions du financement de la santé (collecte, mise en commun des ressources et achats de services). Elles seraient assurées par les mutuelles ou les systèmes d'assurance maladie organisés par les travailleurs :

*Pour les mutuelles, il est envisagé qu'elles jouent les fonctions d'affiliation, de collecte des cotisations, de contrôle de l'effectivité des prises en charge et de contrôle sociale de la qualité. <Ben-Res1>*

Les interviewés font souvent référence aux activités de mise en œuvre, soit en terme d'attente ou d'acquis et d'implication. Lorsque leurs expressions sont disséquées, on retrouve les mots fréquents suivants :

- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| - affiliation des populations        | - Sensibilisation                      | - outils et de systèmes de gestion          |
| - mobilisation sociale               | - gestion financière et administrative | - Information-Éducation-Communication (IEC) |
| - collecte cotisation                | - Convention                           | - Structuration et Professionnalisation     |
| - l'effectivité des prises en charge | - financement                          | - Mutualisation                             |
| - renforcement de compétences,       | - mise en œuvre                        |   |
| - l'opérationnalisation              | - préfinancement                       |   |
| - capacité                           | - couverture des indigents             |   |

Tous les pays font référence à des 'organes de gestion délégué'. Cette fonction est formalisée dans les documents stratégiques et sera assurée dans la phase de la mise œuvre. Elle est prévue ou formalisée dans le cadre de la contractualisation pour l'externalisation de certaines fonctions comme le montre l'exemple du Mali ci-dessous.

*La CANAM suivant cette dynamique poursuit le conventionnement avec les prestataires de soins notamment avec les associations de santé communautaire (ASACO). Dans cette dynamique, 927 Centres de Santé Communautaires, sur les 1054 recensés par la FENASCom, sont en train d'être apprêtés, par la formation de leurs personnels de santé pour dispenser les prestations de soins.*

*De même, un accord de partenariat quadripartite entre l'APEJ, la FENASCom, la CANAM et l'Ordre des Médecins a été signé le 21 septembre 2011. Cet accord, qui vise à mettre du personnel qualifié à la disposition des CSCom, permettra, à terme, par le relèvement de leurs plateaux techniques, d'améliorer sensiblement la qualité des soins dispensés<sup>37</sup>.*

*Ces organisations ont opté pour la mise en œuvre du PRODESS par conséquent la CMU. Elles ont cependant besoin d'accompagnement en terme de renforcement de capacités. plateforme des OSC en faveur de l'accélération et la promotion de la CMU, Convention de partenariat entre la FENASCOM en tant que chef de file des OSC et le PRODESS à travers le Ministère chargé de la santé <Mli-Res1>*

Les mouvements sociaux de type ONG jouent aussi un rôle important dans l'opérationnalisation de la CSU :

*Notre organisation appuie la CMU dans l'organisation de la demande (mise en place des mutuelles et unions de mutuelles, appui pour la subvention des cotisations, enrôlement des indigents et groupes vulnérables,...) renforcement de l'offre de soins (FBR, Financement Direct, Gestion administrative et financière,...) <Sen-SA2>*

Certains acteurs notent cependant des limites dans l'implication des mouvements sociaux dans la mise en œuvre :

*Cependant, il faut déplorer que dans la mise en œuvre de la phase pilote du RAMU pour le secteur informel et agricole, les mutuelles de santé n'ont pas été impliquées tant dans la mobilisation sociale que la collecte des cotisations. Après le travail du comité national de pilotage, il est prévu un organe de gestion national avec des démembrements régionaux (avec les organes délégués), comme un organe de contrôle, mais non effectif, les textes d'application n'étant pas encore adoptés. <Ben-Res1>*



### Encadré 3 – Exemple de l'implication d'une ONG

#### 1. Information, sensibilisation sur la CMU

- Organisation de Réunions Publiques d'Information (RPI) sur la CMU en partenariat avec l'Union nationale des mutuelles de santé communautaires, bajenu gox et l'Agence de la CMU
- Organisation d'activités de proximité (théâtre forum et conversation communautaire) en partenariat avec l'Union nationale des mutuelles de santé communautaires, bajenu gox et l'Agence de la CMU
- Identification et échange d'informations sur les mécanismes endogènes d'adhésion aux mutuelles de santé
- Mise en place d'une plateforme SMS/web/voix (en cours en partenariat avec l'Agence de la CMU)
- Publication d'une note d'information sur la CMU (disponible sur [www.cicodev.org](http://www.cicodev.org))
- Animation site web et réseaux sociaux

#### 2. Mobilisation sociale

- Mise en place d'observatoires de veille sur l'effectivité de la CMU dans 10 localités au Sénégal;
- Réalisation d'enquêtes et d'observations sur la disponibilité et qualité des produits et services de la CMU;
- Production de notes et de rapports d'enquête et d'observation en l'attention du ministère, PTFs, presse, agence de la CMU et diverses parties prenantes.

#### 3. Plaidoyer et campagne pour la pérennisation de la CMU

- Production d'un document de plaidoyer détaillant nos 4 demandes pour la pérennisation de la CMU (disponible sur [www.cicodev.org](http://www.cicodev.org))
- Lobbying et plaidoyer auprès des décideurs (ministères, parlement) pour l'adoption d'une loi sur la CMU et le financement adéquat de la santé
- Participation à des conférences nationales, régionales et internationales pour le financement adéquat et pérenne de la santé

#### 4. Recherche

- Conduite d'une recherche pour l'élaboration d'un modèle de financement adéquat de la santé dans 3 pays ouest africains (Sénégal, Côte d'Ivoire et Bénin)

### *c. Implication des MvS dans le suivi des progrès*

Dans le domaine du suivi des progrès, la gouvernance globale occupe une place centrale. Tous les documents en font référence.

**Bénin.** La participation des bénéficiaires et des élus locaux à la gouvernance du système et le contrôle social<sup>57</sup>. Dans le cadre de la mise en place de l'ARCH, il est prévu une forte implication des faïtières des associations de la société civile ainsi que les communautés à la base. Reste à définir les niveaux d'implication, les modalités ainsi que le rôle exact qu'on veut faire jouer les organisations de la société civile, particulièrement les mutuelles de santé

Le rapport national sur la Protection Sociale et Développement Humain au **Mali** note justement dans son point sur l'institutionnalisation de la Composante Locale du Système de Santé (CoLoSS) : *'la CoLoSS est l'extension au niveau village et quartier de ville du système*

*national de santé. C'est une organisation locale de développement et de gestion communautaires des services et soins de santé (préventifs, promotionnels, curatifs et réadaptatifs). Cette approche vise l'autonomisation/capacitation de la communauté. La Communauté à travers ses représentants a le pouvoir de décision et de contrôle local sur toutes interventions en matière de santé et de développement<sup>37</sup>.*

**Sénégal.** La mise en place d'un système rendant les informations accessibles à toutes les parties prenantes, y compris les communautés, la société civile, les professionnels de la santé et les hommes politiques<sup>58</sup>.

Cependant il convient de noter que les différents pays n'ont pas encore mis en place des mécanismes organisés pour ce faire. Ils sont encore dans l'étape de construction des indicateurs de suivi.

Un sous-domaine de la gouvernance est la reddition des comptes. Cet élément est essentiel pour garantir la confiance au système et augmenter la participation et l'adhésion de la population, surtout pour les pays qui misent sur l'adhésion volontaire via les mutuelles de santé.

Selon les interviewés, les mouvements sociaux ont pour rôle essentiel le 'contrôle sociale'. Cependant, ils ne semblent pas s'être investis dans ce domaine et dans le cadre de la CSU. On peut se demander pourquoi les populations se plaignent de la qualité des médicaments, des médicaments de la rue, du coût élevé des soins, de la surfacturation, des dessous de tables et autres pratiques du secteur de la santé dommageable au bien-être et les mouvements sociaux de lutte ne se mobilisent pas de façon visible.

La codification des expressions a fourni les termes ci-dessous :

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| - contrôle social   | - dénonciation                   |
| - suivi du processus  | - interpellations                |
| - veille citoyenne  | - insuffisances                  |
| - demande de la reddition des comptes                         | - l'application effective        |
| - dénonciation des mauvaises pratiques                        | - respect des dispositions       |
| - veille sur la disponibilité et l'accessibilité des services | - contrôles technique et médical |
| - défense des intérêts des affiliés                           | - suivi et évaluation            |
|   | - contrôle citoyen               |
|   | - Défense des intérêts           |
|   | - Conseil de surveillance        |

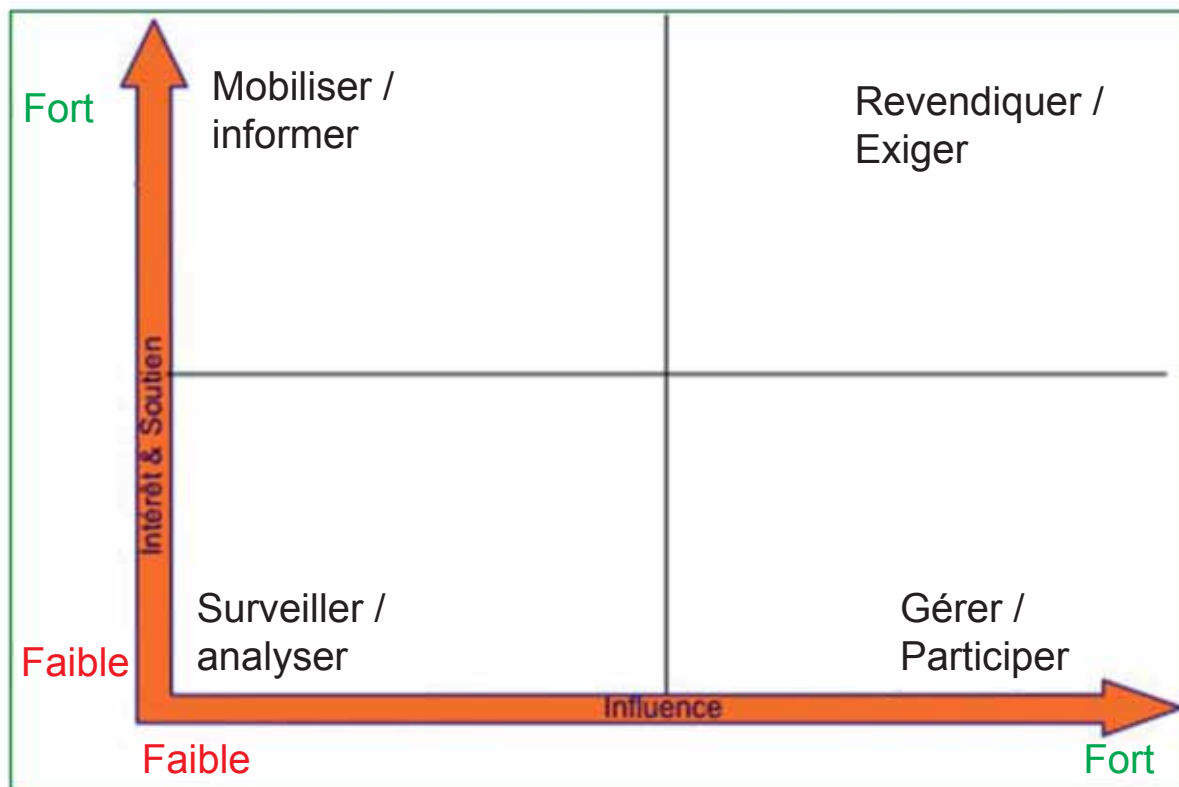
### Formes et modalités de l'implication

Les domaines d'implication des mouvements sociaux étant divers et variés sur toutes les étapes clés du développement de la CSU, l'étude a montré que les processus, les conditions et les résultats de l'implication sont difficiles à capter et comprendre par les acteurs en présence. **Les mouvements sociaux disposent d'au moins quatre attitudes devant leur implication** : négocier l'implication (ceci serait plutôt l'approche des organisations qui se sentent avoir une plu valu technique comme les mutuelles), l'exiger (position probable de certains groupes notamment syndicaux), l'éviter (probablement les groupes qui veulent se positionner en observateur libre) ou détruire l'image de la politique, du mon-

tage, de la pertinence, etc.

Lorsqu'on analyse de l'économie politique (environnement, motivation, et résultat) de la CSU dans les pays concerné, il semble évident que ces attitudes dépendent de l'objectif recherché, et selon que l'acteur se positionne en i) dominateur ou plutôt en force efficace (attitude attribuable aux syndicats et certains types de NMS), ii) en compétiteur (lorsque la santé est prise comme bien marchand et la priorité de la viabilité financière prime sur la qualité des soins, la satisfaction de l'usager et sa protection, etc.), iii) en participant (parfois passif conciliant et utilisateur des résultats et bénéfices ou contributeur technique et financier) ou iv) en leader redevable. Il aurait d'ailleurs été intéressant de lier les objectifs de l'étude à la notion de capital social individuel et collectif afin de mieux apprécier les motivations de l'implication ou non.

Figure 9 - Modélisation des motivations de la participation des MvS

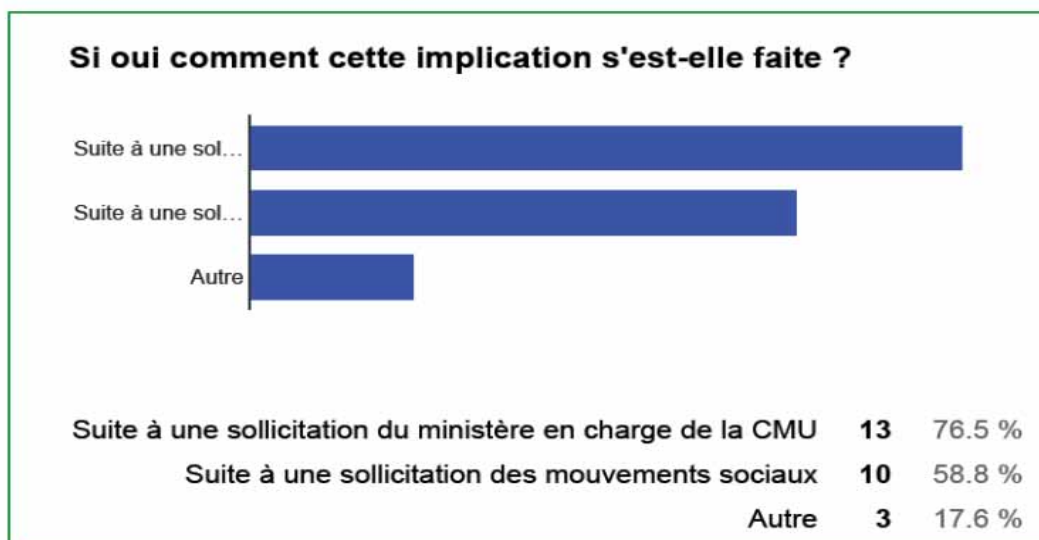


Source : auteur (adapté de Kelsall 2016<sup>59</sup> et Lastennet 2009<sup>60</sup>)

#### a. Processus d'implication des MvS et motivations des acteurs

Il a été noté que les mouvements sociaux disposent d'une légitimité normative pour s'impliquer, conférée par les textes législatifs et stratégiques. Dans le processus les mouvements semblent plutôt attentistes que proactifs. Plus de la moitié des acteurs interviewés estiment qu'ils marquent leur présence sur sollicitation des autorités des ministères en charge de la CMU

Graphique 2 – Modalités de l'implication des MvS (2)



Les participants seraient invités pour l'essentiel en fonction de leur affiliation institutionnelle, même si quelques acteurs (et rapports) notent les influences individuelles et politiques que peuvent être la motivation.

*Nous ne sommes pas impliqués dans les politiques de CMU ceux qui sont impliqués le sont par leur voisinage ou collaboration avec la politique. A ma connaissance la coordination se fait au niveau des décideurs qui choisissent les responsables selon les engagements politiques à la base <Sen-Syn1>*

Dans le cas du Sénégal, *'les acteurs non étatiques sont presque instrumentalisés et manipulés par la cellule de suivi du DSRP qui a réussi à les diviser et à créer des dynamiques multiples : dynamique ONG, dynamique syndicale, dynamique OCB, dynamique femmes, dynamique aînés. Ces catégories d'acteurs mènent séparément leurs activités dans le cadre du processus du DSRP alors qu'elles gagneraient à être ensemble'*<sup>61</sup>.

Aussi au Bénin, les interviewés notent que une prédominance du politique sur le technique dans la conduite du processus, une faible implication des acteurs, notamment les mutuelles de santé et les syndicats, dans le processus depuis 2011, l'absence de consensus sur le schéma du RAMU, le démarrage de la phase opérationnelle sans la loi et la mise en œuvre de la phase pilote sans implication des acteurs des mécanismes existants.

Graphique 3 – Niveau d'implication des MvS : individuel vs collectif

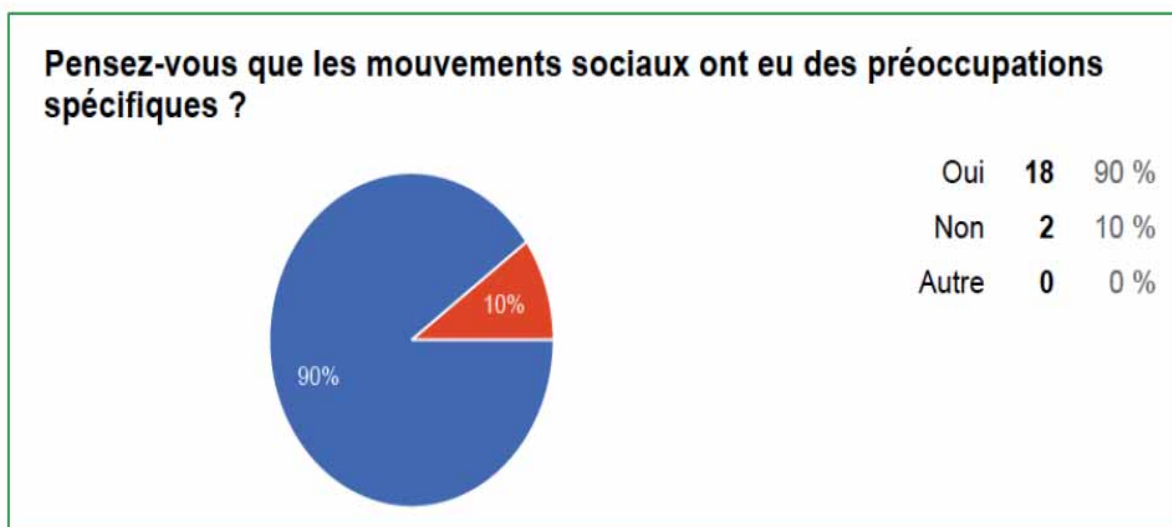


Les mouvements sociaux sont porteurs de besoins spécifiques lorsqu'ils s'impliquent. C'est l'avis des acteurs. Ils sont cependant mitigés quant à une correcte expression de ce besoin et sa prise en charge par les autorités. C'est dans la phase de préparation que les mouvements sociaux ont plus de chances de voir leurs spécificités discutées et éventuellement prises en charge, pour autant qu'elles aient une ligne directrice pour porter un plaidoyer sur base d'un argumentaire bien élaboré. Cependant même si plusieurs acteurs estiment ne pas avoir assez de recul pour en apprécier la portée, l'impact de l'implication n'est pas évident à évaluer parce que les mouvements sociaux y sont mal préparés :

*Mitigée. Les motivations de cette implication ne sont pas clairement exposées et assumées. Il manque une réflexion stratégique approfondie sur les conséquences d'une implication des mouvements sociaux dans la mise en œuvre des politiques de CMU sur le développement de ces mouvements eux-mêmes qui est distinct du développement de la CMU. Du coup, je pense qu'il y a peu de préparation pour faire face aux exigences de cette implication et aux conséquences de cette transition <Mli-MS2>*

*Certaines préoccupations ont été prises en compte dans la loi RAMU. Cependant la loi n'a pas spécifié les fonctions qui doivent être déléguées aux mutuelles sociales. En outre, l'appui au développement du mouvement mutualiste ne ressort pas clairement dans les documents élaborés (Financement, professionnalisation de la gestion articulation des instruments prévus dans le Règlement sur les mutuelles sociales avec ceux de la CMU) <Bkf-Syn1>*

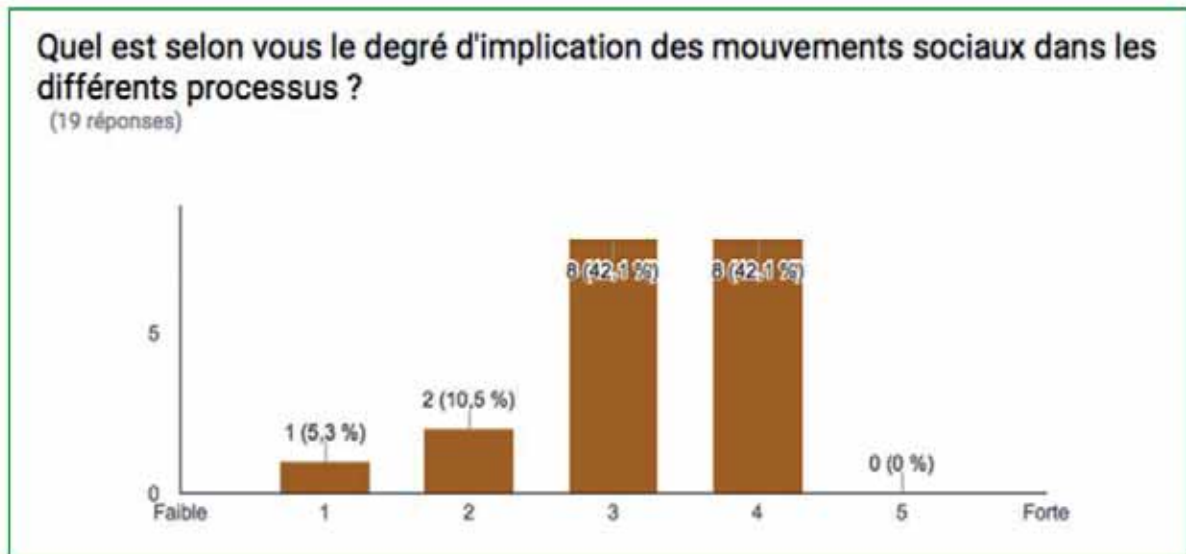
Graphique 4 - Préoccupations spécifiques portées par les MvS



## b. Les facteurs et déterminants de l'implication

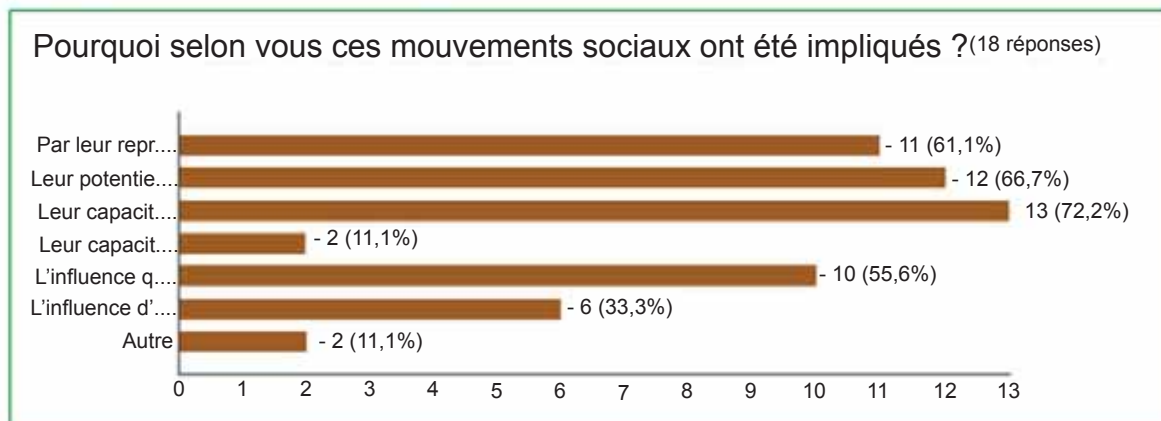
Globalement, le degré d'implication des mouvements sociaux semble mitigé (avec une tendance positive), selon les interviewés. Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer cette situation.

Graphique 5 – Degré d'implication des MvS



Les mouvements sociaux seraient plus impliqués à cause de leur capacité de mobilisation des populations pour la CSU (13 72.2 %) et dans une moindre mesure, leur potentiel technique (12 66.7 %)

Graphique 6 – Les déterminants de l'implication



### c. Conditions de participation

L'implication des mouvements sociaux, même rappelée dans les principes directeurs de la plupart des documents politiques et stratégiques, puis légitimés dans les documents régaliens (ou prévus) n'est pas acquis.

Bien que les mouvements sociaux soient plus attendus à cause de leur capacité à apporter une contribution significative, leur compétence pour ce faire ne semble pas faire l'unanimité. Eux-mêmes (y compris les autorités du système) reconnaissent cette limite 'Tous n'avaient pas les compétences nécessaires <Bkf-Res2>'. Ainsi leur implication est conditionnée et il y a une crainte presque unanime sur leur capacité actuelle. Les acteurs (notamment les structures d'appui et les gestionnaires du système de santé) estiment que les mouvements

sociaux ne sont pas tout à fait prêts et qu'il doivent démontrer leur capacité :

*La fonction de gestion des prestations leur sera confiée progressivement au fur et à mesure qu'elles font montre de réelle capacité à assumer convenablement cette fonction et pour un très grand nombre de personnes. <Ben-Res1>*

*Les mouvements sociaux sont assez volontaristes dans leur participation à la mise en œuvre de la CMU. Cependant, ils doivent travailler à la prise en compte des aspirations de leurs militants pour une forte adhésion à la réforme CMU. <Mli-Min1>*

#### Encadré 4 - Critères d'éligibilité des mutuelles à la collaboration avec l'ANAM

**Critères d'éligibilité des mutuelles à la collaboration avec l'ANAM** (source : A. Koto-Yerima, présentation conférence 'Les perspectives du mouvement mutualiste africain dans le cadre des couvertures santé universelles. Abidjan – Du 2 au 4 mars 2016)

- Être regroupées en union communale et avoir des sections au niveau des arrondissements ;
- Être une union fonctionnelle ;
- Disposer d'un personnel technique minimum ;
- Disposer d'un matériel informatique ;
- Avoir un médecin conseil pour le contrôle des prestations

Cette situation a fait que la plupart des acteurs ont formulé des recommandations en direction d'un renforcement des capacités des acteurs sociaux.

*Il y a des renforcements à faire pour amener ces mouvements (mutuelles et leurs faitières) à répondre aux attentes notamment la capacité à atteindre les objectifs en terme d'adhésion de la population. <Sen-Res1>*

*Certaines oui à cause de l'expérience acquise sur le terrain. Mais d'autres auraient besoin d'être renforcées dans les domaines de la mobilisation sociale et du plaidoyer <Sen-SA4>*

- Améliorer les connaissances des mouvements sociaux sur les implications de leur participation à la gestion de l'AMU sur leur vie associative
- Mettre en place un cadre de concertation regroupant les mouvements sociaux impliqués dans la CMU pour une meilleure information mutuelle
- Appuyer les mouvements sociaux dans la professionnalisation de leur gestion
- Appuyer la mise en place des mutuelles de santé dans l'ensemble des collectivités territoriales
- Renforcer les connaissances des mouvements sociaux sur la couverture maladie universelle <Bkf-Res2>

#### **d. Les outils et méthodes utilisés par les MvS pour s'impliquer**

Traditionnellement, les mouvements sociaux ont des pratiques pour se faire entendre, parfois en faisant dans le sensationnel et d'autres fois dans des actions discrètes. On peut noter : occupation et manifestation, diffusion de pétitions, recours à la justice, recours

physique comme (les actions ‘commandos’ pour les revendications d’ordre territorial), l’organisation de concerts ou autres manifestations festives de soutien ou encore l’utilisation d’émissions télévisuelles à haute audience, le lobbying, plaidoyer et interventions de personnalités pour rallier la cause, etc.

### **Utilisation des instances internationales**

Pour formuler des recommandations. Les syndicats disposent de plus de plateformes. **Togo** Des demandes ont été formulées au Département égalité et protection sociale de l’Organisation régionale africaine de la Confédération syndicale internationale (CSI-Afrique) par les organismes confessionnels et par des branches professionnelles en vue de la création de nouvelles mutuelles<sup>38</sup>. Aussi, ils siègent à l’Union des Conseils Economiques et Sociaux et Institutions Similaires Francophones (UCESIF)<sup>62</sup>. De dernier a co-organisé avec le CE-SOC du Niger le colloque (19 et 20 septembre 2014 à Niamey) sur le thème de “la mise en œuvre des socles de protection sociale universelle : succès et difficultés”.

### **Organisation en réseau**

Représentation dans les instances gouvernementales de protection sociale. Les ANES au Sénégal sont représentés au conseil économique sociale et environnementale qui est sous l’autorité de la Délégation Générale à la Protection sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSN).

Cependant on note une multitude de réseaux actifs dans le domaine de la CSU. Cela posera à terme un problème d’efficacité, de visibilité, de disponibilité des acteurs qui se dispersent dans des instances de représentation. Or la quête d’un développement de leurs réseaux, capital et pouvoir relationnel peut hypothéquer la véritable analyse, réalisation et suivi des actions des mouvements sociaux dans la CSU.

Par exemple, le Réseau Multi-Acteurs de Protection Sociale du Sénégal (REMAPS) qui est censé être constitué d’organisations mutualistes, de mouvements syndicaux, de mouvements socio-éducatifs et de droits humains n’a été mentionné que par une structure d’appui et ni par les acteurs, ni par les documents stratégique. Le tableau ci-dessous présente son ancrage.

#### Encadré 5 – Exemple de l’action d’un réseau multi-acteurs

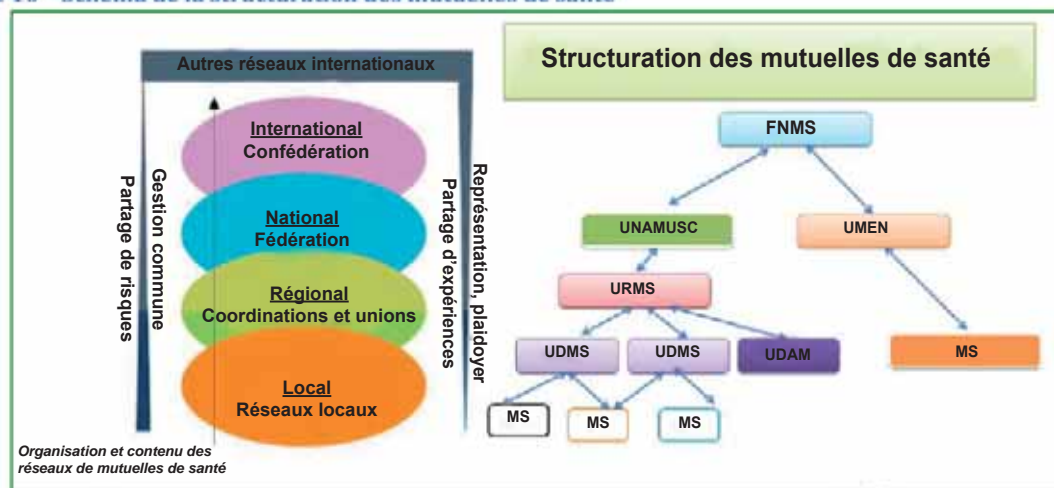
##### **RÉSEAU MULTI-ACTEURS DE PROTECTION SOCIALE DU SÉNÉGAL**

Source : <http://www.graim.sn/reseau-multi-acteurs-de-protection-sociale-du-senegal/> Le Réseau Multi-Acteurs de Protection Sociale du Sénégal (REMAPS), est constitué d’organisations mutualistes, de mouvements syndicaux, de mouvements socio-éducatifs et de droits humains. Ce réseau est né avec l’avènement du programme « Droit à la protection sociale » soutenu par l’organisation belge, Solidarité Mondiale (WSM), qui vise à promouvoir le droit à la protection sociale pour les travailleurs (euses) ruraux et de l’économie informelle en Afrique de l’Ouest. La stratégie utilisée est l’action politique à travers les réseaux nationaux multi-acteurs de protection sociale. Pour le cas du Sénégal, l’objectif du REMAPS est d’amener les décideurs à impliquer les mouvements sociaux dans l’élaboration et la mise en œuvre des politiques de protection sociale, notamment la Couverture Maladie Universelle (CMU). Actuellement, les organisations sénégalaises membres du REMAPS sont : AJE (Action Jeunesse Environnement), CNTS (Confédération Nationale des Travailleurs de Sénégal, GRAIM (Groupe de Recherche et d’Appui aux Initiatives Mutualistes) et UNAMUSC (Union Nationale des Mutuelles de Santé Communautaires du Sénégal). L’adhésion au Réseau est ouverte aux : – structures faitières (fédération, réseaux de filière et unions, ONG) œuvrant dans le domaine de la protection sociale, – organisations actives dans l’économie sociale (Groupements faitières, Associations, OCB en milieu rural et urbain), – organisations syndicales et autres organisations de défense des droits de l’Homme – acteurs mutualistes. Mission Le REMAPS a pour mission d’œuvrer pour une protection sociale inclusive des travailleurs ruraux, des travailleurs de l’économie informelle et des groupes vulnérables (apprenti(e)s, artisan(ne)s, enfants de la rue, les handicapés, etc.).



Au niveau spécifique des mutuelles de santé, leur structures faïtières intègrent des ensembles plus grands. Par exemple l'UTM fait partie de la coordination des organisations de la société civile au niveau national<sup>63</sup>. On peut d'ailleurs noter une meilleure organisation des mutuelles de santé en réseau tant au niveau national que régional, ce qui démontre de la volonté de ses organisation de se préparer à jouer un rôle plus actif dans les dispositifs.

Figure 10 - Schéma de la structuration des mutuelles de santé



### **Campagnes de plaidoyer**

Au niveau international certaines thématiques sont portées par les MvS dans les initiatives altermondialistes ou les Forums Sociaux Mondiaux. Cependant, il est difficile de mesurer la portée et l'impact de telles actions internationales. Dans le domaine de la couverture sanitaire, certaines voix se lèvent de plus en plus pour décrier une sorte de 'marchandisation des soins de santé'<sup>40,64,65</sup>. Elles sont surtout portées au niveau international par des mouvements tels que WSM, ANMC, le CNCD-11.11.11.

### **Utilisation des NTIC**

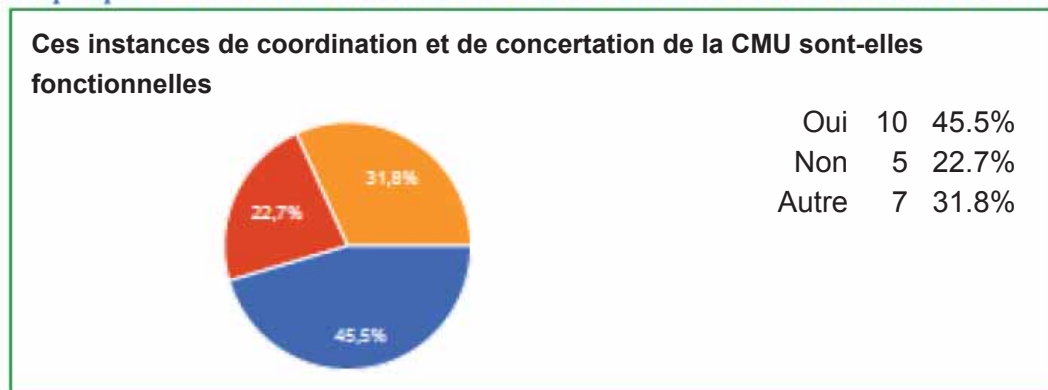
Les nouvelles technologies de l'information et de la communication constituent une opportunité pour les mouvements sociaux. Dans tous les pays étudiés, on note une ouverture des médias, un développement de réseaux sociaux et une démocratisation de l'accès à la téléphonie mobile, y compris les services d'accès internet. Cependant, l'étude note une limite dans l'utilisation de ce media, tel que rapporté par les interviewés.

### **Instances de concertation et groupes de travail**

Tous les pays ont ou mettent en place des réseaux / plateforme de protection sociale (de façon globale). Les mutuelles sont membres de plusieurs groupes de travail, comme au Burkina Faso : Groupe Technique de travail sur le RAMU (GTT/RAMU)- 2 places (déjà fonctionnel) groupe de travail sur les stratégies de mobilisation des acteurs du secteur informel.

L'étude n'a pas pu investiguer la plus-value de ces plateformes sur l'échiquier de la CSU, ni les duplications réticulaires existants dans les pays et qui pourraient réduire leur force d'impact. Cependant, le niveau de fonctionnalité ne semble pas optimal.

**Graphique 7 – Niveau de fonctionnalité des mécanismes de coordination et de concertation**



Les principales instances de coordination et de concertation ci-dessous ont été répertoriées :

#### **Burkina Faso**

- Mécanisme de concertation pour un paquet consensuel (étude actuarielle réalisée)
- 12 au 14 septembre 2013 : atelier national sur la mise en place de l'Assurance Maladie Universelle (AMU)
- La plateforme nationale des structures d'appui aux mutuelles de santé au Burkina née en 2003 sous le vocable Cadre de Concertation des Structures d'Appui aux Mutuelles de santé (CCSAM) reconnu en 2009 avec le récépissé N°2009-391/MATD/SG/DGLPAP/DOASOC du 15/07/2009. En janvier 2016, la dénomination a changé en CAMUS/BF reconnu officiellement sous le numéro 2016- 1080/MATDSI/SG/DGLPAP/DOASOC du 22 juin 2016
- Atelier national sur la mise en place de l'Assurance Maladie Universelle et le développement des mutuelles sociales au Burkina Faso. Ouagadougou, 12-14 septembre 2013

#### **Mali**

- Comité de Réflexion chargé de l'opérationnalisation de la CMU, comprenant les Ministères de la Santé, de la Promotion de la Femme, des Finances, la société civile, les partenaires sociaux et les partenaires techniques et financiers. Ce Comité a mis en place un groupe d'experts sur différentes thématiques pour l'opérationnalisation de la CMU d'ici 2018.
- L'atelier national sur l'articulation des mutuelles sociales avec les stratégies de mise en œuvre de la couverture maladie universelle
- Plusieurs mouvements sociaux ont participé au forum d'information et de sensibi-

lisation sur l'Assurance Maladie Obligatoire, parmi lesquels l'Organisation de l'Unité Syndicale Africaine, les Centrales Syndicales (UNTM et CSTM) et des syndicats autonomes des services techniques, les ordres professionnels de la Santé, la Société Civile.

## Sénégal

- Comité national de pilotage (CNP) mis en place par arrêté primatorial sous le N°09382 du 11 juin 2014
- Concertations nationales sur la santé et l'action sociale (18 et 19 Janvier 2013)<sup>66</sup>
- Assise nationale de la santé
- Campagne nationale de l'extension de la protection sociale

## Togo

- Comité Socle de Protection Sociale (CSPS)

### – *Les mécanismes et réseaux de soutien régionaux*

Le Projet d'Appui à l'Extension de la Couverture du Risque Maladie (PACRM) de la Commission de l'UEMOA vise à soutenir les pays qui s'engagent vers la Couverture Sanitaire Universelle à la conception et /ou la mise en œuvre des stratégies nationales d'extension de la couverture du risque maladie. Il a organisé plusieurs groupes techniques :

Le Groupe de Travail Régional (GTR-CRM) qui regroupe des experts sélectionnés qui organise des activités d'échange, d'étude et de formation sur les politiques et dispositifs existants, leur ancrage institutionnel, l'accompagnement politique observé et les processus de mise en place.

Le Groupe de Travail National (GTN) qui organise des concertations, études et communication, en fonction de l'état d'avancement de la réflexion et des plans d'action nationaux

Le programme MASMUT a pour ambition de soutenir les dynamiques nationales (Bénin, Togo, mali, Sénégal, Burkina faso), ainsi qu'au niveau de l'UEMOA.

*Nous intervenons dans le renforcement des plateformes mutualistes nationales sur le plan institutionnel, technique, thématique et politique, en vue de les préparer à prendre une part importante dans le processus de mise en place et de gestion de la CMU/AMU, notamment l'implication des mutuelles de santé. <SA-Reg1>*

Cependant, il semble que ces plateformes n'ont pas atteint leur vitesse de croisière. Elles sont peu connues de certains acteurs. Au niveau national, leur niveau de fonctionnalité est jugée assez faible.

*Contribution remarquable lorsque la thématique est vraiment bien maîtrisée cacophonique quand les querelles de leadership prennent le dessus ce qui est souvent le cas <Tgo-SA1>*

## 4. Synthèse sur l'implication, son processus et ses résultats

### 1. La capacité des MvS à remplir les rôles et fonctions dévolus ou attendus

En somme, plusieurs fonctions et rôles sont attendus des mouvements sociaux. Ils ont

trait aux aspects aussi bien aux aspects techniques que stratégiques, y compris dans le domaine de la gouvernance.

1. Le partenariat avec les prestataires de soins :
  - a. Régulation des services de soins par la contractualisation les prestataires de soins
  - b. Contrôle de la qualité des services et soins offerts aux bénéficiaires
  - c. Achat des services de soins
2. Défenseur des droits de la population :
  - a. Renforcement de la cohésion sociale
3. La gestion de systèmes d'assurance maladie :
  - a. Ingénierie de l'assurance, y compris la maîtrise des risques
  - b. L'affiliation et l'immatriculation
  - c. Le recouvrement des cotisations et le suivi des comptes de cotisations
4. L'information, la communication, le plaidoyer et la mobilisation

*Pour les mutuelles, il est envisagé qu'elles jouent les fonctions d'affiliation, de collecte des cotisation, de contrôle de l'effectivité des prises en charge et de contrôle sociale de la qualité. Ces fonctions seront assurées pour les acteurs de l'économie informelle et agricole. La fonction de gestion des prestations leur sera confiée progressivement au fur et à mesure qu'elles font montre de réelle capacité à assumer convenablement cette fonction et pour un très grand nombre de personnes.*










*Notre structure est impliqué dans la CMU en raison de son expérience en matière d'assurance maladie à travers la mutuelle de santé. Nous faisons partie des structures consultées au niveau national pour la couverture santé universelle: participation à la conception (études de faisabilité préalable, conception du panier de soins, élaboration des textes de loi, etc.) <Sen-Res1>*

*Pour les fonctions d'affiliation, de collecte des cotisations, de contrôle de l'effectivité des soins et même pour le remboursement des soins, les mutuelles de santé ont des compétences nécessaires pour répondre aux attentes sur leur rôle.*

Le degré d'implication dans les différentes phases est variable et les contraintes viendraient de leur capacité à jouer un rôle déterminant. La barre de la confiance pour un haut impact de l'implication n'est pas très haute, quel que soit l'acteur considéré.

*En outre, l'Etat a opté pour une implication des principaux acteurs à la formulation et la mise en œuvre des politiques de développement. Dans ce contexte, les organisations de la société civile et du secteur privé entendent consolider leur rôle de participation citoyenne dans la recherche du développement économique et social. Cependant elles restent confrontées à un ensemble de contraintes telles que : (i) la faiblesse de capacités évaluatives (ii) les difficultés d'accès à l'information stratégique sur les finances publiques et la situation d'exécution des projets et programmes publics et (iii) l'absence d'un cadre de concertation fonctionnel et durable.*

Figure 11 – Visualisation des compétences, contributions actuelles et potentielles des MvS

Phases	Compétences	Contribution actuelle	Contribution potentiel
<b>Préparation stratégique technique et politique</b>			
<b>Mis en œuvre</b>			
<b>Suivi des progrès</b>			

La figure ci-dessus montre la contribution actuelle et potentielle des mouvements sociaux dans les politiques de CSU. Elle suggère qu'ils peuvent avoir un fort impact (ou meilleur) dans les domaines politiques et de suivi et qu'il y a une nécessité de s'investir (toute en gardant l'expertise reconnue) dans une optimisation de la contribution et se doter de moyens permanents de sa mesure.

## ***2. Opportunités et risques de l'implication des mouvements sociaux***

Les interviewés sont globalement positif en ce qui concerne le potentiel des mouvements sociaux à jouer un rôle déterminant dans les politiques de CSU. Ils notent cependant plusieurs risques liés à l'environnement externe, notamment politique, à la capacité des mouvements sociaux à fournir correctement les services attendus. Nous reprenons telle qu'elle les expressions des acteurs :

## **Environnement externe et politique**

Le principal risque c'est la tendance à la politisation de leurs interventions <Sen-SA4>

Une menace en termes d'insuffisance d'ouverture aux critiques constructives des mouvements sociaux <Sen-SA1>

Manque de consultation préalable, conflits d'intérêt <Sen-SA3>

Ingérence dans la gestion des mutuelles par les pouvoirs publics <Bkf-Res2>

La réduction du champ d'intervention des mutuelles sociales dans l'AMU (paiement des prestations et gestion des risques) <Bkf-Res2>

La perte de certaines prestations sanitaires prise en charge par la mutuelle. Les mutuelles s'orienteront vers la complémentaire ce qui n'est pas forcément attractif pour les populations. <Bkf-Res2>

Risques liés à la gestion des relations entre les Organes de l'État concernés et les Organisations Mutualistes. <Bkf-Syn1> -

La grande menace réside dans le modèle organisationnel préconisé notamment le mode d'affiliation, les structures de gouvernance envisagées <Mli-MS2>

Manque de visibilité et de viabilité. La CMU doit être une alternative pour faciliter l'action à la population aux soins de santé de base si les populations s'approprient à cette politique et qu'elle soit impliquée au début du processus tout en évitant d'en faire une offre politique. <Sen-Syn1>

## **Performance et capacité technique**

Il y a des renforcements à faire pour amener ces mouvements (mutuelles et leurs faitière à répondre aux attentes notamment la capacité à atteindre les objectifs en terme d'adhésion de la population <Sen-Res1>

Les mutuelles sont acceptées comme organisme délégué de gestion de l'AMU. Mais d'autres acteurs sont admis aussi comme tel. <Bkf-Res1>

Perte de crédibilité des mutuelles de santé si elle n'arrivent pas assumer correctement les fonctions qui leur est confiées <Bkf-Res2>

Si les mutuelles n'améliorent pas leurs performances en adhésion pour s'approcher de l'objectif de 75% de taux de couverture, l'Etat peut retirer la responsabilité de gestion de la CMU, ou revoir les responsabilités confiées aux mutuelles <Sen-Res1>

La capacité des acteurs sociaux a assumer cette participation <Mli-MS1>

Avoir une représentativité sur le plan national pour assumer ces fonctions et rôles <Tgo-SA1>

Le risque, c'est de ne pouvoir suffisamment prendre en compte les préoccupations des certaines cibles, puisque toutes ont leur spécificité et n'ont pas été concertées. La représentativité est faible et la capacité y est en ce qui concerne les fonctions à assurer. <SA-Reg1>

Ces organisations restent redevables vis à vis de la population en cas d'échecs des mesures adoptées <Tgo-Syn1>

## **Moyens financiers**

Divergences de points de vue, insuffisance de moyens notamment financier et techniques. <Bkf-Res1>

Les risques peuvent se résumer au problèmes de financement, surtout au niveau des organisations mutualistes <Bkf-Syn1> -

manque et/ou sous financement des actions programmées <Mli-Res1>

déséquilibre financier des organisations mutualistes qui ne maîtrisent pas la disponibilité et le coût des médicaments <Sen-SA2>

### **Valeurs mutualiste**

*Risque de pertes d'autonomie et d'indépendance des mutuelles de santé avec leur implication dans la gestion de la CMU <[Bkf-Res2](#)>*

*Perte d'autonomie, assimilation à des opérateurs publics, diversion des forces <[Mli-MS2](#)>*

## Conclusion et recommandations

Cette étude a analysé l'implication des mouvements sociaux dans les politiques de CSU et dans les étapes clés, de l'élaboration de l'agenda à la mise en œuvre en passant par l'analyse situationnelle, la planification du processus, le montage technique de la stratégie, ses composantes et structures. Nous analyserons le degré d'interaction des acteurs, les résultats produits pour définir les actions complémentaires sur lesquelles le programme peut éventuellement travailler.

Une approche de capitalisation a été utilisée pour tirer des leçons transversales. En effet, il s'agit de disposer d'un panorama et de procéder à la comparaison inter-pays et inter-organisation. Au-delà, l'étude réalisera une analyse de la contribution potentielle des mouvements sociaux afin alimenter l'argumentaire d'une meilleure intégration de ces organisations dans toutes les étapes du processus de CSU.

***Les régimes formels en cours ont des gaps de couverture populationnelle socialement inacceptables (exclusion des membres de la famille dans le sens africain du terme et de catégories de travailleurs qui ont des conditions déjà précaires).***

Une des limites des différents régimes reste l'important gap en terme de couverture. Il existe encore des exclusions. Par exemple, dans les régimes de l'Etat, les ascendants du fonctionnaire, présents ou non dans son ménage, y compris les domestiques qui travaillent pour son compte ne sont pas pris en charge (gap au niveau familial). Les déplacés temporels, saisonniers dans des ménages échappent à la comptabilisation.

Les mutuelles de santé restent encore le principal mécanisme sur lequel les gouvernements misent pour étendre la couverture. Cependant, nombre d'études ont décrié sa faiblesse et relevé leurs limites<sup>5,67-70</sup> parmi lesquels le niveau peu attractif du paquet de prestations, la faiblesse de la gestion, un nombre limité de personnes couvertes. Il reste encore beaucoup de travail à faire pour garder ce mécanisme dans un contexte de couverture universelle. Mais il est important de valoriser le potentiel des mutuelles de santé et de travailler sur le long terme car en comparaison des autres mécanismes, le modèle mutualiste n'a pas un objectif le gain financier (mais soucieux de la viabilité), promeut une gestion participative et démocratique et lutte contre l'exclusion des pauvres.

La protection sociale est reprise dans les Constitutions de tous les pays qui les convoquent dans les documents législatifs. Tous les pays étant dans la zone de l'UEMOA, ils s'alignent sur le plan législatif sur le règlement de l'UEMOA.

Les MS sont particulièrement bien pris en compte dans les dispositifs opérationnels et arrangements institutionnels. Cependant, elles ne doivent pas considérer cet acquis comme définitif. En effet **on retrouve encore des traces de doute sur leur potentiel dans des documents stratégiques**. Par exemple, au Togo, le DSRP aborde les dimensions de l'organisation de la protection sociale en ces termes « Par rapport à l'aspect assurantiel, la protection sociale est gérée au Togo par deux institutions que sont la Caisse Nationale de



Sécurité Sociale (CNSS) pour les secteurs privé et parapublic et la Caisse de Retraite du Togo (CRT) pour le secteur public. Les compagnies d'assurance privées qui interviennent dans ce domaine le font sans ligne directrice avec parfois beaucoup de confusion et d'incertitude pour les assurés sociaux. Leur influence est négligeable. *Les rares initiatives en ce qui concerne les mutuelles de secours ou de santé n'offrent pas encore une visibilité claire et une efficacité pouvant servir de modèle de protection sociale et ne touchent que moins de 4% de la population totale. De plus, la couverture en ce qui concerne la fonction publique, s'arrête généralement à la pension vieillesse et aux prestations familiales tandis que celle des secteurs privé et parapublic se ramène aux pensions vieillesse et invalidité, aux risques professionnels et aux allocations familiales. L'assurance maladie est presque inexistante.*

Le PNDS retient quand même le principe de l'amélioration de « l'accessibilité financière aux services de santé » sur la base des mesures suivantes : - « favoriser le développement des différents mécanismes de solidarité et de partage de coûts notamment ainsi que les initiatives mutualistes sur la base de celles déjà conduites dans les régions de Lomé Commune, des Savanes et Centrale, l'assurance maladie, etc.

### 1. La plus-value : les légitimités juridiques, politiques et techniques

Les plus-values peuvent être déclinées sous trois ordres :

- **Politiques** : définition stratégique, plaidoyer pour la prise en charge des groupes vulnérables. Les OSC peuvent faire valoir leurs valeurs (mutualiste, associatif) et leur rôle d'organismes pour une justice sociale. **La dynamique actuelle des mouvements sociaux laisse penser qu'ils jouent effectivement leur rôle dans les politiques de CSU.** Certaines composantes des MvS peuvent être considérées des voix émergentes, pour autant qu'elles démontrent de leur plus-value technique.

Bien que l'impact des actions des mouvements sociaux ne soit pas évalué de façon systématique dans le cadre de cette étude, on peut noter des contributions fortes. Par exemple, les interviewés révèlent qu'au Burkina Faso, de nombreuses organisations de la société civile (SPONG, syndicats, mutuelles ou ONG) ont contribué de façon significative dans la préparation du projet de loi du RAMU. Le vote de cette loi était suspendu à cause des troubles sociaux d'octobre 2014. Ces acteurs se sont mobilisés de nouveau pour que le projet de loi fasse partie des priorités du gouvernement de transition. La Loi n° 060-2015/cnt portant Régime d'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso été voté le samedi 5 septembre 2015. Le Groupe thématique Protection Sociale du SPONG a également beaucoup contribué dans la préparation technique de la mise en œuvre du RAMU. Cet acteur institutionnel a porté un fort plaidoyer du mouvement mutualiste pour que ce dernier occupe une place importante dans l'organisation pratique. Les résultats se traduisent dans l'architecture actuelle. Cependant, il est important de noter que cet acquis de principe n'est pas toujours octroyé dans la réalité.

- **Technique** : on a rarement des évidences sur la contribution technique des MvS. Cependant, dans le cas du Mali, plusieurs missions ont reconnu l'expérience de l'UTM dans la définition du paquet de prestation : ... *Le panier actuel est porteur d'une consommation forte, notamment pour les médicaments sous forme de spécialités. Une alternative intéressante est celle du produit AMV de l'UTM, qui offre les soins*

*ambulatoires et hospitaliers, dans le secteur public et avec des médicaments en DCI, pour 575 FCFA par personne et par mois. L'intérêt de cette référence est que cette garantie satisfait les adhérents<sup>24</sup>.*

- **De veille** : les mouvements sociaux dans leur globalité sont à priori destinés à cette fonction. Ils se positionnent tous (y compris ceux qui ont un core business santé) comme organisation de défense des intérêts des membres et de la population en général. Bien que les interviewés mettent certains acquis sur le compte du plaidoyer mené, l'étude n'a pas pu disposer de leurs argumentaires et des processus utilisés pour se faire écouter, mise à part l'expérience de CICODEV.

## 2. Rôle potentiel des mouvements sociaux

### a. Renforcement du rôle 'traditionnel'

Une évidente recommandation est un appel aux mouvements sociaux de renforcer les rôles traditionnels qu'ils jouaient dans le secteur de la santé.

Pour les syndicats, la lecture du paysage politique (au moment de l'étude) dans les différents pays laisse penser que leurs efforts sont retournés vers la lutte syndicale pure. Or ceci constitue un recul parce que les syndicats ont servi de levier et alimenté toutes les réflexions sur la protection sociale. Des programmes régionaux comme Solidarité Mondiale, OSTA, le BIT, ... ont initié les premiers appuis structurés à la mutualité avec une forte implication du mouvement syndical (programme conjoint WSM/ACOPAM, Concertation sur les mutuelles de santé, PROMUSAF, etc.).

Il est urgent que les syndicats ne perdent pas le capital d'action sur la protection sociale et mettent leur capacité de négociation et de plaidoyer au service des groupes défavorisés. C'est une forme de **solidarité active non monétaire**.

Pour les mutuelles, leur rôle dans la gestion des relations avec les bénéficiaires comme l'adhésion, y compris tout le processus d'identification, d'immatriculation et leurs matérialisation (cartes), la collecte des cotisations, les relations avec les caisses et autres mécanisme de mise en commun, avec les prestataires de soins, l'information, la communication, le contrôle nécessitent, dans le cadre de la CSU, une technicité qui ne peut continuer à souffrir du niveau et de la capacité gestionnaire actuelle. Ce besoin de renforcement technique concerne aussi la perspective d'une meilleure implication dans les phases de conception, d'ingénierie du système. En effet, les mutuelles ont acquis une expertise dans le domaine de la gestion du risque maladie. Par ailleurs, elles constituent **la seule forme d'assurance maladie basée sur une forte implication de la population et qui tente des actions sur la qualité des soins, composante essentielle de la CSU**.

L'étude a relevé que dans tous les pays d'études, la CSU a une forte composante basée sur la mutualité. Ces dernières sont-elles prêtes à saisir le momentum et comprendre que c'est le moment ou jamais de se développer ? La perspective de mutation doit être analysée sérieusement afin **d'éviter une méga machine bureaucratique et une administration mécanique de la CSU** ne couvre la perspective sociale et la proximité avec les membres et d'autres valeurs mutualistes. Les autres mécanismes répertoriés dans les dispositifs de CSU n'ont pas ce capital en relation avec les membres et l'animation de leur participation.

Un **rôle traditionnel non encore terminé est la communication**. Par exemple, au Mali, la mise en place de l'assurance maladie a révélé l'insuffisance du rôle de relais d'information et de sensibilisation des services techniques, des organisations syndicales de travailleurs et d'employeurs ainsi que des organisations de la société civile. C'est pourquoi des personnes assujetties à cette assurance ont contesté, quelque fois, vigoureusement l'application de certaines de ces dispositions<sup>37</sup>.

Dans certains contextes, des organisations répertoriées dans les mouvements sociaux sont directement gestionnaires de l'offre de soins. C'est le cas des associations de santé communautaires (ASACO) au Mali et des comités de gestion au Sénégal. Malheureusement l'étude n'a pas pu aborder le degré d'associativité de ces organisations et en quoi leur position de gestionnaire de l'offre est une plus-value pour l'utilisateur. Par contre, il serait intéressant de renforcer **l'implication des mouvements sociaux dans la qualité des soins**. Des études ont montré que mieux formées dans ce domaine, avec des instruments contractuels valides et reconnus par les autorités, les mutuelles peuvent travailler avec les prestataires dans l'amélioration de la qualité des soins<sup>71-73</sup>. Or, à part les mutuelles de santé l'étude montre que les mouvements sociaux n'ont pas beaucoup d'actions en direction des prestataires de soins. Il y a une concentration de leurs actions sur la participation ou l'organisation d'événement de masse (communication, campagnes, réunion). Pourtant, dans leur fonction de veille qu'ils gagneraient à renforcer, ils pourraient avoir un impact significatif sur le prestataire de soins, y compris la maîtrise des coûts des soins et des médicaments.

**Combinaison avec la lutte contre la pauvreté économique.** L'articulation micro-assurance – micro-finance – micro-crédit a démontré que la protection contre le risque maladie a plus de succès d'être durable lorsque combiné à la protection contre la vulnérabilité financière du ménage. Les initiatives qui ont été développées dans cette perspective ont porté une attention particulière aux femmes et tenté, en augmentant leur capacité économique, d'agir sur d'autres paramètres sociaux. C'est peut-être là une capitalisation à développer afin de produire une évidence scientifique pouvant **alimenter des argumentaires de plaidoyer éclairés**.

#### *b. Fournir une contribution proactive et active*

Démontrer de la capacité d'un plus grand **rôle dans la prévention**. Ceci constitue un nouveau champ d'investissement sur la prévention. Les mouvements sociaux peuvent par exemple choisir (peut-être par campagne) de s'investir dans la lutte contre une maladie non transmissibles et réaliser un **travail plus structuré les déterminants sociaux de la santé**. Ils peuvent utiliser des outils d'information comme l'Internet ou diffuser des newsletters, utiliser les réseaux sociaux ou sms mobile. Une population mieux informée est population mieux protégée. **Agir sur les déterminants sociaux de la santé.**

**Information de proximité**, meilleur accompagnement de l'utilisateur sur les processus, sur l'itinéraire thérapeutique (éviter les pertes de temps). L'impact sur l'utilisateur sera dès lors visible (empowerment) et il est important que le prestataire sache que c'est une organisation qui est derrière le malade (éviter les risques de corruption, de délai de prise en charge pour cause financière, etc.) pour également éviter l'asymétrie d'information.

Dans le domaine technique et stratégique, l'étude a montré qu'il y a une similarité très inquiétante des objectifs stratégiques. Il est vrai que les pays partagent plusieurs para-

mètres similaires, mais pour autant que l'étude n'a pas pu disposer d'éléments de suivi-évaluation de ses stratégies et des rapports systématique de leur mise en œuvre, il peut être légitime de penser qu'il s'agit de définitions stratégiques 'classiques' que les pays 'copient-collent' lors d'exercices de conception. Les mouvements sociaux ont la capacité et peuvent avoir une contribution active pour **inverser le pôle**. L'auto-attribution de cette fonction via les réseaux implique le développement de la technicité pour baser le plaidoyer et les propositions sur des données probantes. La recherche doit être développée avec plus de rigueur scientifique et de véritables stratégies d'utilisation des résultats de recherche.

### *c. Devenir des acteurs transformateurs et à fort impact social*

Passer du potentiel à l'action en formalisant les approches semble être une difficulté pour les mouvements sociaux. Or, cet exercice a permis de constater **l'implication de groupes d'acteurs traditionnellement peu actifs dans le secteur de la santé** : consommateurs, comités citoyens, communicateurs traditionnels et dans une moindre mesure, une meilleure organisation de la presse avec une spécialisation des professionnels.

L'implication de cette catégorie d'acteurs laisse penser que la société civile organisée peut aider les individus, exercer une 'pression' sur l'offre de soins, les articulations stratégiques politiques et sociales et sur les 'bureaucraties' et les pratiques organisationnelles du secteur de la santé.

Par contre on remarque une absence des mouvements 'intellectuels' du secteur académique. Le secteur académique est le moins présent. Or, en plus de l'impact qu'ils pourraient avoir dans leur métiers d'enseignement (en élaborant des curricula spécifiques et ainsi préparer les leaders et générations futures), elles peuvent mieux s'impliquer dans la fourniture d'évidence. L'Association Africaine d'Economie et Politique de la Santé [www.afhea.org](http://www.afhea.org) pourrait servir d'exemple. Cette organisation noue des partenariats avec des institutions de formation, organise des formations spécifiques sur la CSU avec un pool d'experts, réalise des études de haut niveau et des conférences internationales pour partager les informations et les résultats de recherche.

Toujours dans le domaine académique, la recherche peut avoir un impact dans l'observation des pratiques afin de les valoriser ou alerter sur de possibles déviations, informer le politique, capitaliser les pratiques prometteuses et contribuer à la diffusion des expériences (information à la population).

### *d. Constituer un solide pilier de la gouvernance pour la CSU*

Les mouvements sociaux peuvent constituer un support non négligeable pour la gouvernance des politiques de CSU. De nouvelles stratégies de collaboration avec la société civile doivent être développées pour initier des **modes de régulation novatrices**, inédites et participatives.

Pour ce faire il est possible de répertorier et faire représenter toutes les parties prenantes de la société civile en se basant sur leurs structures factuelles et en les impliquant en fonction de leur supposée influence dans le processus, et soutien à la démarche de développement de la CSU.

**Il est important que les mouvements sociaux ne se limitent pas à la participation**

**dans les concertations initiées par l'Etat** et sur l'invitation de ce dernier, mais organisent une analyse consensuelle de leur rôle potentiel. Une approche pour ce faire serait d'organiser des consultations techniques larges à ce sujet, impliquant les différents acteurs.

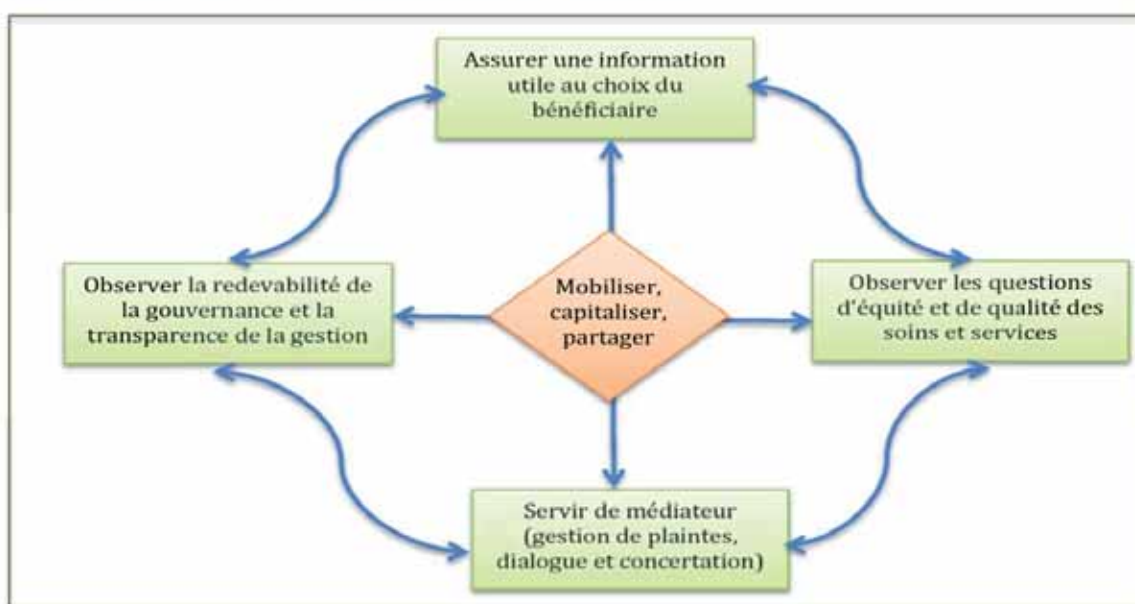
Dans le domaine des pratiques organisationnelles par exemple, les MvS peuvent avoir une grande contribution en s'y impliquant de façon méthodique. Par exemple, une position intéressante à explorer et développer à l'image du Sénégal est la **mise en place d'observatoires**. Le rôle de veille peut être repris et conceptualisé comme visualisé dans la Figure 9. Un cadre opérationnel peut également être développé.

On voit également des places intéressantes qui sont prévues dans pratiquement toutes les stratégies, souvent à côté de leurs autorités administratives avec qui il est fortement recommandé de nouer des alliances stratégiques et opérationnelles. On peut illustrer avec l'exemple de cette extrait du Bénin : *la participation des bénéficiaires et des élus locaux à la gouvernance du système et le contrôle social. Cette participation est garantie à deux niveaux. Au niveau central, les affiliés seront représentés au sein du Conseil d'Administration de l'ANAM. Au niveau périphérique (opérationnel), ils sont représentés au sein du Comité Local de l'Assurance Maladie (CLAM) par les élus mutualistes. Les élus locaux notamment les Maires de Communes, présideront le CLAM, organe consultatif de l'Agence Communale de l'Assurance Maladie (ACAM).*

#### **e. Mobiliser le soutien externe et faciliter la fertilisation croisée**

L'étude a montré que techniquement, les mouvements sociaux manquent cruellement de support pour assumer des fonctions pourtant essentielles dans l'expansion de la couverture universelle (sensibilisation, conception de produits d'assurance, gestion du risque, contractualisation des prestataires). Les craintes exprimées par les interviewés le démontrent. Le support technique doit être plus pratique (pas nécessairement, forcément et uniquement dans des ateliers). La conception d'outils pratique s'avère urgente. Par exemple comment réaliser une veille efficace, comment interagir avec les décideurs, comment mener un plaidoyer, etc.

Figure 12 – Le potentiel de la contribution active dans la gouvernance



### 3. Et quelques réflexions supplémentaires ...

Dans une perspective du renforcement de l'implication des mouvements sociaux dans les processus de CSU, est important de faire attention au mélange de genres. Les organisations qui ont un cor-business dans les secteurs de la santé peuvent être impliqués dans des instances gestionnaires (pour le cas des mutuelles), de surveillance

Les mouvements sociaux sont certes impliqués et une attention leur est portée. Cependant, cette implication peut rester théorique. Par exemple la loi du Burkina Faso stipule que les organismes de gestion 'peuvent' déléguer certaines de leurs fonctions techniques à des organismes dits de gestion déléguée, notamment les autres établissements de prévoyance sociale et les mutuelles sociales<sup>44</sup>. **Pour que cet acquis soit opérationnalisé, les mutuelles doivent être vigilantes et proactifs.**

Du point de vue du leadership chargé de mener la politique de CSU, il doit être conscient que **les mouvements sociaux disposent d'au moins quatre attitudes devant leur implication** : négocier l'implication (ceci serait plutôt l'approche des organisations qui se sentent avoir une plus-value technique comme les mutuelles), l'exiger (position probable de certains groupes notamment syndicaux), l'éviter (probablement les groupes qui veulent se positionner en observateur libre) ou détruire l'image de la politique, du montage, de la pertinence, etc. Dans une analyse des parties prenantes, il est important que ces dimensions soient prises en compte.

Un autre élément du risque concerne le **positionnement du secteur privé**. Le comportement de ce secteur sera extrêmement violent en termes de moyen pour se positionner et de stratégies. Evidemment on compte dans ce secteur divers prestataires qui trouveront dans la CSU un intérêt économique, dont les prestataires de soins privés (institutions et individus), les firmes de médicaments. Par exemple, au Sénégal, un groupe des six assureurs a lancé le Pool micro-assurance santé<sup>74</sup>.

On peut même risquer de loger dans la même enseigne certaines approches comme le partenariat public privé (PPP) ou le paiement basé sur la performance (PBF) qui, mal appliquées, peuvent entraîner une perversion du système de santé. **Les PPP et PBF peuvent être une opportunité mais peuvent très facilement se changer en menace.** Le gain économique peut primer sur la qualité des soins. Ces mécanismes procurent des suppléments financiers aux prestataires (iniquité sur les ressources humaines qui n'ont pas ces programmes dans leurs zones). Elles mesurent la performance et la récompense selon leurs critères et par une agence souvent externe au système de santé. De ce fait, le rôle de régulation de l'autorité administrative et sanitaire locale (par exemple la supervision formative n'est pas renforcé. Finalement la mesure mathématique par des scores de la performance et qualité des soins par la communauté dont la dynamique communautaire autour de la santé n'est pas développée. Or, on peut avancer l'hypothèse que **les coûts de transaction auraient pu être baissés d'au moins 50 % si en était passé par les mutuelles de santé**, avec l'avantage d'améliorer l'équilibre des relations de la demande organisée de soins avec les prestataires. Les mutuelles ne s'étaient pas positionnées au moment du développement de l'approche mais peuvent travailler à l'inverser. Par contre, ces mécanismes de financement en partenariat avec le secteur privé peuvent s'avérer intéressant dans le secteur de la santé, notamment sur les infrastructures et leur amélioration, si le remboursement de l'investissement provient de recettes publiques et non de l'utilisateur, comme c'est le cas dans la plupart des PPP.

Le privé restera toujours privé, avec une approche commerciale. Toute la question de la **marchandisation des soins de santé** portée par les mouvements sociaux trouve son sens ici et doit rester dans l'agenda d'action des mouvements sociaux.

#### 4. Synthèse des recommandations

##### Recommandations internes aux mouvements sociaux

L'implication des mouvements sociaux dans le processus de mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle, bien que théoriquement acquis n'est pas toujours pleinement réalisée sur le terrain. Pourtant les mutuelles de santé constituent la principale d'assurance maladie qui véhicule des valeurs sociales, est basée sur une forte participation des bénéficiaires et qui tente des actions sur la qualité des soins. Des phénomènes émergents méritent une attention, comme la mise en place d'observatoires de la CSU et le développement des plateformes nationales de protection sociale. Les syndicats ne figurent pas dans les architectures mais ont une forte présence dans les instances consultatives, du fait de leur position dans le triptyque 'gouvernement, employeur, travailleur'

- Les mouvements sociaux doivent saisir cette opportunité et se mobiliser pour faire appliquer ce 'droit' dans différentes étapes du développement de la CSU : élaboration de notes politiques, stratégies construites et suivies de plaidoyer
- Les syndicats doivent reprendre leur rôle dans la lutte syndicale pour la CSU. Ils ont servi de levier et alimenté toutes les réflexions sur la protection sociale et ne doivent pas perdre leur potentiel d'action
- Devenir des acteurs transformateurs et à fort impact social en passant du potentiel à l'action et formaliser les approches
- Pour que cet acquis soit opérationnalisé, les mutuelles doivent être vigilantes et proactives

Sur le plan technique, les mutuelles constituent la principale option pour l'extension de la couverture à la population du secteur non formel et rural. Elles ont un capital d'expériences dans l'accès et le financement des soins de santé. Avec leurs structures faïtières, elles sont présentes dans les architectures opérationnelles et occuperaient des fonctions de gestionnaires délégués. Cependant, leur capacité et leur niveau de préparation pour assurer cette fonction ne sont pas encore au point et des risques subsistent en cas de défaillance

- Utilisation des NTIC pour booster les adhésions et dématérialiser certaines fonctions.
- Le rôle de gestion (comme organisme de gestion délégué via les réseaux de mutuelles) nécessite une technicité qui ne peut continuer à souffrir du niveau et de la capacité gestionnaire actuelle. Besoin de renforcement technique dans la perspective d'une meilleure implication dans les phases de conception, d'ingénierie du système.
- Renforcer l'implication des mouvements sociaux dans la qualité des soins
- Démontrer de la capacité d'un plus grand rôle dans la prévention. Ceci constitue

un nouveau champ d'investissement sur la prévention. Les mouvements sociaux peuvent par exemple choisir (peut-être par campagne) de s'investir dans la lutte contre une maladie non transmissibles et réaliser un travail plus structuré les déterminants sociaux de la santé.

- Renforcer la recherche action pour capitaliser et disposer de support pour améliorer les performances
- Ne pas se limiter à la participation dans les concertations initiées par l'Etat et sur l'invitation de ce dernier, mais organiser une analyse consensuelle de leur rôle potentiel. Une approche pour ce faire serait d'organiser des consultations techniques larges à ce sujet, impliquant les différents acteurs.
- Renforcer la fonction de veille pour avoir un impact significatif sur l'offre de soins, y compris la maîtrise des coûts des soins et des médicaments.
- Développer la stratégie d'observatoires de la CSU
- Certaines composantes des mouvements sociaux ont des proximités fonctionnelles avec les autorités sanitaires, d'autres avec les prestataires. De par leur position dans la demande, elles peuvent mieux construire les arguments de plaidoyer et d'alerte pour une amélioration du niveau de satisfaction de l'utilisateur (contrôle sociale) sur les services reçus et le fonctionnement global du système. Le travail de veille doit se faire dans un partenariat constructif avec les autorités sanitaires.
- Les mouvements sociaux peuvent également s'investir plus dans un travail sur les déterminants sociaux de la santé et accompagner les utilisateurs avec une information éclairée, en utilisant par exemple les technologies de l'information et réseaux sociaux.

### **Recommandations aux acteurs externes aux mouvements sociaux**

- Créer des espaces réels d'implication pour une raison évidente de construction d'une gouvernance prenant en compte les acteurs ;
- Développer le droit à l'information et mettre en place des systèmes de suivi qui renseignent les bénéficiaires sur les progrès de la CSU ;
- Développer de nouvelles stratégies de collaboration avec la société civile pour initier des modes de régulation novatrices, inédites et participative ;
- Les réseaux régionaux ou zonaux, y compris le Réseau zonal Multi-acteurs de Protection Sociale en Afrique de l'Ouest ne sont pas bien connus de plusieurs catégories de mouvements sociaux, probablement du fait de leur ciblage des parties prenantes. Une redéfinition de leurs approches leur permettrait d'intégrer d'autres acteurs à fort potentiel contributif.



# Bibliographie

1. Devereux S, Sabates-Wheeler R. Transformative social protection. *IDS Working Paper* 2004;(October):36. doi:10.4324/9780203842812.
2. Michielsen JJA, Meulemans H, Soors W, et al. Social protection in health: the need for a transformative dimension. *Tropical Medicine & International Health* 2010;15(6):654-658. doi:10.1111/j.1365-3156.2010.02529.x.
3. Bart V, Patrick V, Katrien B, et al. *La Protection Sociale : Une Question de Changement Social*. Bruxelles; 2010.
4. Social Protection IDS in Focus. Transformative Social Protection. 2006;(1).
5. Ndiaye P. *Développement Des Mutuelles de Santé En Afrique : Une Analyse Comparative Des Approches et de Leurs Impacts*. Ottawa: CRDI/Research Matters; 2006. Available at: <http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/33571/1/125140.pdf>.
6. Organisation internationale du Travail. *Recommandation N° 202 Concernant Les Socles de Protection Sociales*. OIT; 2013:6271-6278.
7. OMS. *Rapport Sur La Santé Dans Le Monde. Le Financement Des Systèmes de Santé, Le Chemin Vers Une Couverture Universelle*; 2010.
8. Ndiaye P, Tine J, Kaddar M, Atim C. *Couverture Sanitaire Universelle Dans Les Pays de La CEDEAO Guide D'orientation*. (Organisation Ouest Africaine de la Santé, ed.). Ouagadougou; 2015.
9. Lshmt. Covering the informal sector: Report from a workshop on expanding access to health services and financial protection for people outside the formal employment sector. 2014;(June):25.
10. Mathauer I, Carrin G. The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage. *Health Policy* 2011;99(3):183-192. doi:10.1016/j.healthpol.2010.09.013.
11. République du Bénin, UNICEF. *Politique Holistique de Protection Sociale Au Bénin*. Cotonou; 2013.
12. Hugues B. M. T, Aristide A, Emmanuel E, Marcellin A, Thimothée A, Cosme K. *Processus de Mise En Place D'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). Rapport D'étape Au 30.11.2011*. Cotonou; 2011.
13. Hodges A, Médédji D, Mongbo J-J, O'Brien C. *Etude Sur L'état Des Lieux et Les Perspectives de Protection Sociale Au Bénin*. Cotonou; 2010.
14. Ministère de la Santé. *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020*. Ouagadougou; 2011.
15. Ministère de la Santé. *COMPACT : Accroître Les Efforts et Les Ressources Pour La Santé En Vue D'atteindre Les OMD À L'horizon 2015*. Ouagadougou; 2015.
16. Ministère de la Fonction Publique du Travail et de la Sécurité Sociale. *Définition D'un Cadre Juridique Pour L'assurance Maladie Au Burkina Faso*. Ouagadougou; 2012.
17. Ministère de la Fonction Publique du Travail et de la Sécurité Sociale. *Cadre stratégique de développement des mutuelles sociales au Burkina Faso (CSDMS-BF) 2014-2016*. 2014.
18. Ministère de la Fonction Publique du Travail et de la Sécurité Sociale. *Proposition des mécanismes pratiques devant régir les relations entre le Système National d'Assurance Maladie (SNAM) et l'offre de soins au Burkina Faso*. 2012.
19. Ministère de la Fonction Publique du Travail et de la Sécurité Sociale. *Modélisation Finan-*

- cière et Actuarielle Du Système National D'assurance Maladie Au Burkina Faso. Ouagadougou; 2012.
20. Gouvernement du Burkina Faso. Avant-projet de loi n° ... – 2014/an portant Régime d'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso (RAMU-BF). 2014.
  21. Providing for Health. *Mise En Place de La Couverture Universelle Santé Au Mali. Appui Conjoint Du Réseau P4H (Providing for Health) OMS / France / Suisse*. Genève; 2012.
  22. Nationale MD l'Action SEDLS. Politique nationale de protection sociale. Plan d'actions 2012-2014. 2012:40.
  23. République du Mali. *Politique Nationale de Financement de La Santé Pour La Couverture Universelle 2014-2023*. Bamako; 2014.
  24. Letourmy A. *Développement D'un Panier de Soins de Base Au Mali*. Bamako, Ministère de la Solidarité, l'Action humanitaire et la Reconstruction du Nord; 2014.
  25. Ministère de la Santé et de la Prévention-Sénégal. Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2009-2018 (Sénégal). 2009.
  26. Présidence de la République du Sénégal. *Décret N° 2012-1311 Fixant Les Règles D'organisation et de Fonctionnement de La Délégation Générale À La Protection Sociale et À La Solidarité Nationale (DGPSN)*. Sénégal; 2012:1-10.
  27. Ministère de la Santé et l'Action Sociale - Sénégal. *Etude D'opportunité et D'impact Préalable À La Création de l'Agence Nationale de La Couverture Maladie Universelle (ANACMU)*. Dakar; 2014.
  28. Présidence de la République du Sénégal. *Sénégal - Décret N° 2015-21 Portant Création et Fixant Les Règles D'organisation et de Fonctionnement de l'Agence de La Couverture Maladie Universelle (La CMU)*. Dakar, Sénégal: Gouvernement du Sénégal; 2015:11.
  29. Ministère de la Santé et l'Action Sociale - Sénégal. *Rapport de Synthèse Des Études de Faisabilité Pour L'implantation/la Restructuration Des Mutuelles de Santé Dans Une Perspective de Leur Mise En Réseau Au Niveau Départemental*. Dakar; 2012.
  30. BAKUSA D. *Etat Des Lieux Des Mécanismes de Financement de La Santé En Cours Au Togo (En 2013)*. Lomé; 2013.
  31. Comité National de Promotion de la Protection Sociale. *Système de financement de la santé au Togo : Revue et analyse du système*. 2015.
  32. Analyse Recherche Culturelles (ARC). *Militer Aujourd'hui : Quelles Perspectives, Quels Défis ?* Bruxelles; 2013.
  33. Gendron C. Émergence De Nouveaux Mouvements Sociaux Économiques. *Revue Pour* 2001;(172):175-181.
  34. Avant on luttait, désormais on proteste - Le CRISP. Available at: <http://www.crisp.be/2012/12/on-luttait-desormais-on-proteste/#>. Accessed May 31, 2016.
  35. Melucci A. Société en changement et nouveaux mouvements sociaux. *Sociologie et sociétés* 1978;10(2):37-54. doi:10.7202/001496ar.
  36. Fallis A. Étude thématique sur les cartographies des acteurs non étatiques en Amérique latine. *Journal of Chemical Information and Modeling* 2013;53(9):1689-1699. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
  37. Ministère de l'Action Humanitaire de la Solidarité et des Personnes Âgées. *Protection Sociale et Développement Humain Au Mali. Rapport National 2012*. Edition 20. (PNUD, ed.). Bamako: Observatoire du Développement Humain Durable et de la Lutte Contre la Pauvreté; 2012.
  38. Auffret P. *La Protection Sociale Au Togo. Situation Présente, Besoins Des Populations et Propositions Pour L'avenir*. New York; 2011.

39. Felber R, Müller M-L, Djiré M. *Le Rôle Des Organisations de La Société Civile Dans Le Processus de La Décentralisation. Étude Exploratoire Au Mali*. (University of Zurich, ed.). Zurich: Center for Comparative and International Studies; 2006.
40. Bodeux L, Detavernier K, Dkhimi F, et al. *La Santé, Une Marchandise? Les Dangers D'une Commercialisation Des Soins de Santé*. Avril 2016. (Zacharie A, ed.). Bruxelles; 2016.
41. Assemblée générale des Nations Unies. *Résolution A/67/L.36 Des Nations Unies Sur La Couverture Sanitaire Universelle*. New York; 2012.
42. Union Economique et Monétaire Ouest Africaine. *Règlement 07/2009/CM/UEMOA Portant Réglementation de La Mutualité Sociale Au Sein de l'UEMOA*. Dakar; 2009. Available at: [http://www.uemoa.int/Documents/Actes/reglement\\_07\\_2009\\_CM\\_UEMOA.pdf](http://www.uemoa.int/Documents/Actes/reglement_07_2009_CM_UEMOA.pdf).
43. République du Bénin. *Loi N° 2015-42 Portant Institution Du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) En République Du Bénin*. Bénin; 2015.
44. Gouvernement du Burkina Faso. *Loi N° 060-2015/cnt Portant Régime d'Assurance Maladie Universelle Du Burkina Faso*. Burkina Faso; 2015.
45. Présidence de la République du Sénégal. *Loi N ° 2003-14 Du 4 Juin 2003 Relative Aux Mutuelles de Santé*. Sénégal; 2003:6-8.
46. Ministère du Travail l'Emploi et la Sécurité Sociale. *Statuts de L'institut National D'assurance Maladie (INAM) - Décret 2011-034*; 2011:18.
47. Ministère de la santé du Bénin. *Plan National de Développement Sanitaire Bénin 2009 - 2018*. Cotonou; 2009.
48. République du Bénin. *Stratégie de Réduction de La Pauvreté (SCRIP) Au Bénin 2007- 2009*. Cotonou; 2007.
49. Fonds monétaire international. *Mali : Cadre de Stratégie Pour La Croissance et La Réduction de La Pauvreté. Plan Pour La Relance Durable Du Mali 2013-2014*. Washington DC; 2013.
50. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ministère de la Solidarité de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord, Ministère de la Femme de l'Enfant et de la Famille. *Programme de Développement Sanitaire et Social 2014-2018 (PRODESS III)*. Bamako; 2014.
51. République du Sénégal. *SNDES 2013-2017 Stratégie Nationale de Développement Economique et Social*. Bamako; 2013.
52. Ministère de la Santé. *Politique Nationale de Santé. Loi D'orientation Décennale*. Lomé; 2009.
53. République du Togo. *Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) 2013 - 2017*. Lomé; 2013.
54. Ministère de la santé du Bénin. *Plan Stratégique de Développement Des Mutuelles de Santé 2009-2013. Bénin*. Cotonou; 2014.
55. Ministère de la Santé Bénin. *Politique Nationale de Promotion de la Santé. Notes 2008*.
56. Bachelet M. *Socle de Protection Sociale Pour Une Mondialisation Juste et Inclusive*. Geneva: International Labour Office, Social Security Department; 2011.
57. Tchibozo H. *Vers L'instauration D'un Régime d'Assurance Maladie Universelle Au Bénin : Le RAMU En Dix Questions et Réponses*. Cotonou; 2011.
58. Ministère de la Santé Togo. *Plan National de Développement Sanitaire Du Togo: 2012-2015*. Lomé; 2012.
59. Kelsall T, Hart T, Laws E. *Political settlements and pathways to universal health coverage*. 2016.
60. Lastennet C. *Conduite du changement Développement durable. Zoom Outils du Changement : la Cartographie des Acteurs Clefs. Appetite for Change 2009*. Available at: [www.appetiteforchange.net](http://www.appetiteforchange.net).

61. FLORIDI M, NGALANE M, MAMADOU LAMINE T. *Cartographie Des Acteurs Non Étatiques Au Sénégal. Tome 1 : Analyse et Diagnostic*. Dakar; 2008.
62. Alexis B. Protection sociale en santé, Un effort commun pour l'extension de la couverture universelle en santé. In: UCESIF, ed. *Colloque International Francophone Sur La Mise En Œuvre Des Socles de Protection Sociale Universelle Dans Les Pays Francophones : Succès et Difficultés*. Niamey: UCESIF. Available at: <http://ucesif.org/ucesif/presentations-power-point-des-intervenants-du-colloque-de-niamey/>.
63. Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées. *Stratégie Nationale D'extension de La Couverture Maladie Par Les Mutuelles de Santé Au Mali*. Bamako; 2010.
64. Derieuw S. La marchandisation dans les soins de santé : une reconnaissance du terrain. *MC-INFORMATIONS*. 2007:13-26.
65. UEMOA. Etude de faisabilité de l'appui aux stratégies nationales de couverture du risque maladie dans les Etats membres de l'UEMOA. 2014:248.
66. Ministère de la Santé et l'Action Sociale - Sénégal. *Concertations Nationales Sur La Santé et L'action Sociale. Rapport Introductif*. Dakar; 2013.
67. MSP Sénégal. *Plan Stratégique de Développement Des Mutuelles de Santé Au Sénégal*. CAS/PNDS; 2004.
68. Alenda J, Boidin B. L'extension de l'assurance-maladie au Sénégal : avancées et obstacles. 2013:364-369.
69. Sow O. *Couverture Des Indigents À Travers Les Mutuelles de Santé : Étude de Cas Sur Les Expériences Du Sénégal*; 2007.
70. Ndiaye P, Soors W, Criel B. Editorial: a view from beneath: community health insurance in Africa. *Tropical medicine international health TM IH* 2007;12(2):157-161. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17300621>.
71. Ndiaye P, Vanlerberghe V, Lefèvre P. Mutuelles de santé en Afrique : caractéristiques et relations contractuelles avec les prestataires de soins pour la prise en charge de la qualité des soins. *Global health promotion* 2014;0(0):1-15. doi:10.1177/1757975914545385.
72. Soors W, Ouattara O, Ndiaye P, Bore A. Can community health insurance influence quality of care? First results of an ongoing study at health center level in Mali. GTZ, ILO, WHO, eds. *Social Health Protection conference - Kigali 2007*.
73. Mladovsky P, Ndiaye A, Ndiaye P, Lelubre B, Soors W. *Les Mutuelles de Santé et Le Capital Social MUCAPS : Trois Études de Cas Sénégalaises Working Paper MUCAPS*. London; 2015.
74. Six assureurs lancent le Pool micro-assurance santé. Available at: <http://www.seneplus.com/article/six-assureurs-lancent-le-pool-micro-assurance-sant%25C3%25A9>. Accessed May 19, 2016.
75. Ministère de l'Action Humanitaire de la Solidarité et des Personnes Agées. *Plan d'Actions National de Promotion de l'Economie Sociale et Solidaire 2014-2018*. Bamako; 2014.

