



GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

NOTE DE POLITIQUE

***Couverture sanitaire universelle et secteur informel
en Afrique de l'Ouest Francophone :***

Etat actuel, perspectives et proposition d'orientations stratégiques

Par :

Zine Eddine El Idrissi Moulay Driss (Economiste en Chef, GHN07)

Özaltın Emre (Economiste Principal, GHN13)

Haazen Dominic (Spécialiste en Chef des Politiques de Santé, GHN13)

Juquois Maud (Economiste, GHN13)

Washington DC

Juin 2018

Table des matières

Acronymes	4
Remerciements.....	6
Introduction.....	7
Objectif	7
Définitions.....	8
Méthodologie	9
Situation socio-économique.....	10
Situation sanitaire.....	10
Financement des systèmes de santé	11
Situation du secteur informel	11
Situation de la couverture sanitaire universelle dans la sous-région.....	11
Synthèse de l'expérience internationale de la CSU et du secteur informel	13
Opinions des parties prenantes dans la sous-région.....	14
Proposition d'orientations stratégiques pour la couverture du secteur informel.....	15
Gouvernance	15
Architecture institutionnelle et Gestion	15
Systèmes d'information sanitaire, enregistrement civil et identifiant unique	15
Campagnes de sensibilisation	16
Approche recommandée pour les partenaires internationaux : un accompagnement des pays de la sous-région aligné sur les priorités nationales	16
Pour les pays qui sont au début de la réflexion sur la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel : élaborer d'abord une stratégie de financement de la santé.....	16
Mobilisation des Ressources	17
Fort engagement financier et institutionnel de l'Etat	17
Financements Innovants.....	18
Paiements flexibles des contributions	18
Mise en commun des ressources.....	19
Intégrer la gratuité ciblée avec l'assurance maladie	19
Opter pour l'obligation en vue de maximiser la couverture sanitaire et de mieux lutte contre la sélection adverse	19
Améliorer les incitations à l'obligation.....	20
Développer des méthodes innovantes et adaptées au contexte pour toucher le secteur informel : importance de la téléphonie mobile	20
Quel choix de mise en commun des fonds et de financement de la couverture du secteur informel ?	20
Politique de ciblage : oui mais les discriminations, les lourdeurs et les surcoûts sont à éviter.....	21

Achat des prestations	21
Quel choix du paquet de services de santé pour les travailleurs du secteur informel ?	21
Mise à niveau de l'offre de soins	22
Annexes	28
Annexe 1 : Résumés des rapports pays sur la CSU	28
Annexe 2 : Résumés des rapports pays sur le Secteur Informel	33
Annexe 3 : Questionnaire sur la CSU et le secteur informel (Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal)	38

Acronymes

ACMU : Agence pour la Couverture Maladie Universelle

AFD : Agence Française de Développement

AFRISTAT : l'Institut africain des statistiques

AMG : Assistance Médicale Gratuite

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie au Sénégal

BIT : Bureau International du travail

BTP : Bâtiment et travaux publics

CIS : Contribution du Secteur Informel

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAMU : Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle

CNMCI : Chambre Nationale des Métiers de Côte d'Ivoire

CNPS : Conseil National de Protection Sociale

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

CSS : Caisse de Sécurité Sociale

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

ENES : Enquête Nationale sur L'emploi au Sénégal

ENSIS : Enquête Nationale du Secteur informel au Sénégal

FCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine

GFF : *Global Financing Facility* (Mécanisme de Financement Mondial)

HLTF : *Innovative International Financing for Health Systems* (Financement international innovant pour les systèmes de santé)

IAP : Instrument Automatisé de Prévision

INS : Institut Nationale de la Statistique

INSD : Institut Nationale de la Statistique et de la Démographie

IPRES : Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal

JLN : *Joint Learning Network* (Réseau d'apprentissage mixte)

MICA : Ministère de L'Industrie du Commerce et de l'Artisanat

NHIS : *National Health Insurance Scheme* (Régime national d'assurance maladie)

NINEA : Numéro d'Indentification National des Entreprises et Associations

OGD : Organismes Gestionnaires Délégués

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPA : Organisations professionnelles d'artisans et d'artisanes

PARSTAT : Programme d'Appui Régional aux Statistiques

PIB : Produit Intérieur Brut

PNUD : Programme des Nations unies pour le Développement

RAM : Régime d'Assistance Médicale

RAMED : Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis

RAMU : Régime d'Assurance Maladie Universelle

RDC : République Démocratique du Congo

RDB : Régime Générale de Base

RDM : Rapport sur le Développement dans le Monde

RSPC : Régime Simplifié pour les Petits Contribuables

SARA : *Service Availability and Readiness and Assessment* (Evaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services)

SYSCOA : Système Comptable Ouest Africain

UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

UIT : Union Internationale des Télécommunications

UNICEF : Fond des Nations Unies pour L'Enfance

UNICO : Série d'études sur la Couverture Sanitaire Universelle

UPI : Unité de production informelle

VIH-SIDA : virus de l'immunodéficience humaine- syndrome d'immunodéficience acquise

Remerciements

La note a été rédigée par : Zine Eddine El Idrissi Moulay Driss (Economiste en Chef, GHN07), Özaltin Emre (Economiste Principal, GHN13), Haazen Dominic (Spécialiste en Chef des Politiques de Santé, GHN13) et Juquois Maud (Economiste, GHN13) [citation de référence].

Le travail a été effectué sous la coordination de : Haazen Dominic (Spécialiste en Chef des Politiques de Santé, GHN13), Zine Eddine El Idrissi Moulay Driss (Economiste en Chef, GHN07) et Özaltin Emre (Economiste Principal, GHN13).

Il a été accompli avec le soutien et les conseils de : Pierre Laporte (Directeur des Opérations, AFCF2), Trina Haque (Directrice Sectorielle, GHN07) et Gaston Sorgho (Directeur Sectoriel, GHN13).

Les personnes suivantes ont apporté une aide technique et logistique précieuse lors des missions : Moussa Dieng (Economiste, GHN13), Baly Ouattara (Consultant, GHN13), Ousmane Diadie (Spécialiste en Santé Principal, GHN07), Paul Jacob Robyn (Spécialiste en Santé Principal, GHN07), Oumou Coulibaly (Team Assistante, AFCF2) Bintou Sogodogo (Programme Assistante, GED07), Ndeye Absa Cisse (Programme Assistante, AFCF1).

Les remerciements vont également à Daniel Cotlear (Economiste en Chef, GHN04) et Nicolas Rosemberg (Economiste, GHN02) pour avoir mis la base de données UNICO pour l'Afrique à la disposition des auteurs.

Les rapports pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal) sur le secteur informel et sur la CSU ont été élaborés par : Alban A.E. Ahoure, Joachim Koffi, Adama Traoré, Guèda-Jacques Ouedraogo, Moussa Dieng et Mamadou Marone.

Les remerciements sont destinés aussi aux évaluateurs : Jean-Noel Amantchi Gogoua (Chargé Principal des Opération, AFCF2), Benoit Mathivet (Economiste Principal, GHN13), Laurence Lannes (Economiste Principal, GHN01), Patrick Hoang- Vu Eozenou (Economiste Principal, GHN07), Maria Eugenia Bonilla-Chacin (Economiste en Chef, GHNGF) et Ricardo Bitran (expert international, Consultant).

Les auteurs remercient également toutes celles et ceux qui ont aimablement répondu au questionnaire et ayant discuté avec eux.

Nos remerciements enfin à Valérie Trouillot- Ligondé (Programme Assistante, GHN13) qui s'est chargée de l'édition et format du document.

Introduction

La quête de la couverture sanitaire universelle (CSU) n'est pas l'apanage des pays développés. Aujourd'hui, quasiment tous les pays, quel qu'en soit leur niveau de développement et de revenu, aspirent à offrir à leurs populations une CSU à la mesure de leurs possibilités. Les pays francophones en Afrique de l'Ouest, qui ont déclaré clairement leur intention de poursuivre une politique de CSU, sont à différents stades de développement et de mise en œuvre de cette politique. Alors que tous les pays semblent opter pour des approches contributives pour inclure le secteur informel dans la CSU, aucun d'entre eux n'a encore trouvé une stratégie efficiente et réalisable pour y parvenir. Même si les approches contributives ont leurs propres forces et faiblesses, il n'en demeure pas moins que de nombreux pays estiment que c'est la principale option en ce moment en raison des contraintes budgétaires actuelles.

Cet agenda légitime et ambitieux est confronté à une multitude de défis et de contraintes en termes économiques, institutionnels, politiques et techniques, particulièrement dans les pays en développement, y compris l'Afrique de l'Ouest. Un de ces défis majeurs dans les pays à revenu faible et à revenu moyen demeure l'hégémonie de l'emploi informel sur le marché du travail. Son poids hypertrophié dans l'économie a un impact négatif, entre autres, sur l'assiette fiscale et le recouvrement des impôts ainsi que sur les possibilités d'adhésion et de contribution à des régimes d'assurance maladie. En effet, si dans une bonne majorité de pays en développement on arrive, plus ou moins, à couvrir les travailleurs dans le secteur formel, les fonctionnaires et, dans une moindre mesure, la population indigente, les travailleurs du secteur informel sont rarement couverts par des programmes d'assurance maladie ou autres régimes de protection sociale en santé, et sont référés comme le « groupe mitoyen oublié » (« *missing middle* »). A titre illustratif, dans un pays comme l'Indonésie où environ 60 pour cent des emplois se trouvent dans le secteur informel, de grands progrès ont été réalisés dans la fourniture d'une couverture sanitaire au secteur formel et aux pauvres, mais on estime que 32,5 millions de travailleurs informels non pauvres n'ont pas de protection financière contre le risque maladie (GIZ, 2013).

Dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest Francophone, où la proportion du secteur informel dépasse 90 pour cent de la population (quand le secteur agricole est inclus), et où, en général, les travailleurs du secteur informel et leurs familles ne bénéficient pas des régimes existants de protection sociale, les solutions au problème de protection sociale en santé des travailleurs informels est un défi politique et économique encore plus important. La nature du secteur informel en général, et le secteur informel dans la sous-région en particulier, suggère que les stratégies pour que la CSU inclue ce secteur dans les pays en Afrique francophone doivent être adaptées à la situation sur le terrain. Les approches utilisées dans d'autres pays africains, ou dans d'autres continents comme l'Amérique latine et l'Asie de l'Est ou du Sud, ne fonctionneraient pas nécessairement en Afrique francophone et devraient être rigoureusement examinées et adaptées si leurs gouvernements veulent tenir la promesse d'atteindre la CSU.

Objectif

L'objectif de cette étude est donc de suggérer un certain nombre d'orientations stratégiques et spécifiques au contexte des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo) en vue d'une inclusion effective du secteur informel dans la CSU. Ces options seront basées à la fois sur l'analyse spécifique des données de ces pays et sur l'expérience internationale. Les pays ont été sélectionnés en fonction de leur emplacement (pays d'Afrique de l'Ouest), leurs progrès à ce jour dans le domaine de la CSU, leur niveau d'intérêt pour le développement de cette politique et la possibilité d'intégrer les recommandations qui en découlent.

Définitions

Couverture Sanitaire Universelle :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2010), chacun doit être en mesure d'avoir accès à des soins dont il a besoin (incluant la promotion, les soins préventifs, curatifs, rééducatifs et palliatifs), d'une qualité suffisante pour être efficaces, sans subir pour autant de difficultés ou de conséquences financières lourdes.

Cette définition de la CSU insiste sur quatre aspects très importants. Premièrement, la CSU doit concerner toute la population (universalisme). Deuxièmement, elle doit améliorer l'équité dans l'utilisation des services en réduisant l'écart entre le besoin et l'utilisation des services de santé. Troisièmement, la qualité de ces services doit être suffisante en vue d'améliorer significativement le niveau de santé de la population. Quatrièmement, la CSU s'appuie sur la protection financière contre le risque maladie dans le but d'éviter à tout un chacun de tomber dans la pauvreté à cause de paiements dit catastrophiques lors de l'utilisation des services de santé.

Selon ces critères, difficiles à atteindre complètement, aucun pays n'a atteint entièrement tous les objectifs de la CSU. Ceci est d'autant plus difficile pour les pays à faible revenu. C'est donc un idéal dont on voudrait s'approcher au maximum et non pas un objectif réalisable à 100% ; une sorte « *d'utopie conductrice* ». En effet, tous les pays veulent : (i) améliorer la protection financière ; (ii) réduire l'écart entre besoin et utilisation des services de santé et (iii) améliorer la qualité de ces services. Ainsi définie, la CSU paraît comme une politique faisable par toutes les nations quel qu'en soient le niveau de revenu et le stade de développement.

Secteur informel :

Le BIT définit le secteur informel comme « Un ensemble d'unités produisant des biens et des services en vue de créer des emplois et des revenus pour les personnes concernées. Ces unités, ayant un faible niveau d'organisation, opèrent à petite échelle et de manière spécifique, avec peu ou pas de division entre le travail et le capital en tant que facteurs de production. Les relations de travail, lorsqu'elles existent, sont surtout fondées sur l'emploi occasionnel, les relations de parenté ou les relations personnelles et sociales plutôt que sur des accords contractuels comportant des garanties en bonne et due forme. »

Dans le contexte des pays africains francophones, Benjamin et al (2013) proposent une définition de l'informalité qui utilisent six critères : la taille, l'enregistrement, l'honnêteté des comptes, la fixité du lieu de travail, l'accès au crédit et l'impôt statut. Ils distinguent également deux catégories d'entreprises informelles : grandes et petites. Les grandes entreprises informelles sont comparables à celles du secteur moderne, mais se comportent de manière informelle à d'autres égards (Benjamin et al., 2013, p. 3).

Le terme « secteur informel » est largement utilisé pour désigner la partie du marché du travail des pays en développement qui absorbe un nombre important de demandeurs d'emploi et de chômeurs, pour la plupart engagés dans des activités indépendantes ou de très petites unités de production. Elle est caractérisée par son hétérogénéité : de nombreux sous-secteurs très différents ainsi que la représentation de tous les niveaux de revenu. Cependant, on peut dire que la majorité du secteur partage un certain nombre de caractéristiques : capital modeste ; peu de main-d'œuvre qualifiée ; accès limité aux marchés organisés et à la technologie ; revenus faibles et irréguliers ; conditions de travail médiocres ; elles échappent aux statistiques officielles et aux réglementations publiques et sont, presque toujours, en marge des systèmes officiels de protection sociale et de protection des travailleurs (BIT, 2000).

Dans le milieu urbain, on observe souvent que le secteur informel se compose principalement d'unités de production et d'activités de subsistance qui répondent à un besoin de survie, rapportent

peu, ne sont guère intégrées au reste de l'économie et souffrent d'une faible productivité, d'un manque de qualifications, de technologies et de capital. Toutefois, on constate aussi que certaines parties de ce secteur sont assez modernes et dynamiques, capables de se développer et de créer des revenus et des emplois (BIT, 2000), à l'instar des couturiers et des transporteurs à Dakar.

Dans le milieu rural, le secteur agricole pourrait être considéré comme faisant partie du secteur informel en raison de la taille des exploitations, en général ; la faible productivité ; l'utilisation minimale de technologies modernes ; et souvent l'absence du salariat formel.

C'est cette définition du BIT ci-dessus, élargie au secteur agricole et à tous les ayant droits, qui sera utilisée dans ce document car elle insiste sur le fait que le secteur informel est constitué de personnes à la marge des systèmes officiels, y compris ceux liés à la protection sociale en santé¹. En effet, dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest Francophone, en général, les travailleurs du secteur informel (définis ainsi, élargis au secteur agricole) et leurs familles ne bénéficient pas des régimes existants de protection sociale et leur statut à la marge des systèmes officiels constitue le défi principal de leur couverture par un régime de protection financière contre les dépenses liées à la santé dans le cadre de la CSU.

Méthodologie

Cette Note de politique est extraite d'un rapport plus détaillé qui se base sur une étude sous-régionale. L'étude en question s'est déroulée en plusieurs étapes. Une première phase a consisté à décrire la situation actuelle dans ces pays en ce qui concerne à la fois le développement de la CSU ainsi que l'état du secteur informel. Pour cela, deux rapports (un premier sur la CSU et un second sur le secteur informel) ont été préparés pour chacun des trois pays suivants : Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal. Cette étape était nécessaire en vue de produire des rapports donnant un état des lieux détaillé de la CSU, d'une part, et du secteur informel, d'autre part, dans ces trois pays. Elle a été particulièrement utile pour la rédaction des sections sur le contexte de l'Afrique de l'Ouest Francophone.

Une seconde phase a mis l'accent sur les échanges et les discussions avec les parties prenantes et les experts dans les pays concernés. L'objectif de cette étape est de collecter le maximum d'avis possibles, de la part des détenteurs d'enjeux, sur la question de la couverture du secteur informel. Ainsi en novembre 2016, lors du symposium international sur la CSU organisé à Abidjan², une session entière a été consacrée à la thématique de la couverture du secteur informel. Par la suite (début 2017), les auteurs de ce document ont eu des entretiens sur place avec la majorité des détenteurs d'enjeux au Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal. De plus, un questionnaire a été préparé et administré auprès des différentes parties prenantes dans le processus de CSU (ministère de la santé, ministère des finances, ministère des affaires sociales, du travail et de protection sociale, agences/caisses d'assurance maladie, institutions de sécurité sociale, mutuelles, associations et organisations et agences internationales) dans les trois pays cités ci-dessus. Les réponses ont été compilées, exploitées et synthétisées dans la section 4.3. Enfin, les auteurs ont

¹ Ce document ne s'intéresse pas aux activités informelles ou sous-terraines des entreprises dites formelles (qui tiennent une comptabilité en règle, paient toutes les taxes et tous les impôts dus, adhèrent à la sécurité sociale formelle...) mais dissimulent des activités et des emplois informels (ou au noir). Cette partie de l'économie informelle se situe à une zone grise où il est difficile de distinguer le secteur formel du secteur informel. Ici, on ne voudrait pas se focaliser sur cette tranche de l'économie informelle qui ne représente pas la grande majorité de la population travaillant dans le secteur informel stricto sensu. De plus, ces activités sous-terraines des entreprises formelles relèvent plus d'une politique de lutte contre la fraude que d'une politique d'intégration d'un secteur à la marge des systèmes officiels.

² Les pays ayant participé sont : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Maroc, Niger, Rwanda, Sénégal et Togo.

utilisé une base de données construite par une équipe de la Banque Mondiale chargée du programme UNICO sur la CSU en Afrique (Cotlear and Rosemberg, 2017) en se basant sur un questionnaire dédié aux avancées de la CSU dans le continent.

Cette seconde phase a alimenté surtout la partie sur les « Visions, politiques et opinions sur la question de la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel » et la section sur les orientations stratégiques.

Une troisième et ultime phase a consisté à effectuer une revue des expériences internationales (réussites et échecs) qui sont autant de leçons très instructives en vue de pouvoir proposer des options stratégiques réalistes dans le but d'intégrer efficacement les travailleurs du secteur informel et leurs familles dans la CSU dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest Francophone.

En plus des données détaillées collectées sur le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Sénégal, des données secondaires ont été utilisées pour le reste des pays de l'Afrique de l'Ouest Francophone.

Conjointement, ces données, analyses, leçons internationales et opinions des parties prenantes, fournissent des éléments importants pour que le rapport, dans son ensemble, puisse faire le point sur l'analyse de situation, d'une part, et propose des orientations stratégiques pour la couverture du secteur informel, d'autre part.

Situation socio-économique

La population de l'Afrique de l'Ouest Francophone dépasse 130 millions d'habitants (la population par pays varie d'un peu plus de 4 millions d'habitants en Mauritanie à près de 24 millions en Côte d'Ivoire). Tous les pays de la sous-région se caractérisent par une population très jeune et une fécondité très élevée (entre 4,5 et 7,6 enfants par femme). Ces taux représentent un handicap majeur pour l'atteinte du dividende démographique.

Le PIB par habitant dans la sous-région reste à un niveau faible, voire très faible : il se situe entre près de 400 \$US au Niger et 1500 \$US en Côte d'Ivoire. Pourtant la sous-région est riche en matières premières énergétiques, minières, agricoles et côtières. Le niveau de développement humain dans la sous-région demeure préoccupant. Les neufs pays concernés sont classés tous parmi les nations à faible niveau de développement humain par le PNUD. Le mieux classé est la Mauritanie à la 157 place ; de l'autre extrémité, on trouve le Niger à la 187 place.

Situation sanitaire

Les systèmes de santé de la région de l'Afrique de l'Ouest Francophone sont aussi disparates que l'état sanitaire des populations. Toutefois, des traits communs les caractérisent. A l'instar de la moyenne des pays de l'Afrique Subsaharienne, la région de l'Ouest Francophone est caractérisée par de faibles infrastructures qui sont autant de déterminants sociaux sanitaires défavorables.

L'offre de soins demeure limitée en termes de quantité et de qualité. En moyenne (nationale), la sous-région est sous-cotée par rapport à la moyenne du continent. Le ratio médecins pour 1000 habitants se situe entre 0,02 (au Niger) et 0.15 (au Benin) ; comparé à une moyenne continentale de 0.23. Il en est de même pour le ratio infirmiers pour 1000 habitants qui oscille entre 0,14 au Niger et 0.66 en Mauritanie (versus 1,1 pour l'Afrique Sub-Saharienne). Le nombre de lits hospitaliers pour 1000 habitants est bien au-deçà de la moyenne africaine qui est de 10 : il se situe entre 1 et 7 (respectivement au Mali et au Togo).

Cette offre de soins insuffisante est exacerbée par un faible recours aux services de santé en raison également de la modeste qualité des soins et une accessibilité financière réduite. Ainsi, le taux de prévalence des méthodes modernes de contraception chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans la sous-région est le plus faible dans le monde : il varie entre 5% en Guinée et 20% au

Togo, contre plus de 35% dans les pays à revenu faible. Il n'en est pas autrement des soins prénataux (quatre visites au moins) dont le taux de couverture ne dépasse pas la moyenne subsaharienne pour six pays sur neuf, avec une variation entre 32,8% au Niger et 58,8% au Bénin.

La sous-région se caractérise également par une persistance des maladies transmissibles doublée d'une hausse des maladies non transmissibles.

En dépit des progrès enregistrés, les pays de la sous-région connaissent encore une surmortalité maternelle et infanto-juvénile. Le ratio de mortalité maternelle dans les neuf pays concernés est compris entre 315 décès pour 100.000 naissances vivantes (au Sénégal) et 679 décès pour 100.000 naissances vivantes (en Guinée). Pour ce qui est de la mortalité infanto-juvénile, hormis le Sénégal (47,2) et le Togo (78,4), tous les autres pays ont un coefficient qui dépasse la moyenne africaine qui est de (83,2‰).

Financement des systèmes de santé

Dans les pays de la sous-région, le financement reste caractérisé par plusieurs insuffisances, principalement :

- (i) La dépense de santé per capita est faible : Sur les neuf pays concernés, seuls quatre ont une dépense per capita en \$US courants supérieure aux 44 \$US recommandés par le *High Level Task Force on Innovative International Financing for Health Systems* (HLTF).
- (ii) Le niveau de protection contre le risque financier des dépenses de santé est bas : le poids des dépenses privées, et particulièrement des paiements directs des ménages dans la dépense totale de santé est trop élevé. Ces paiements des ménages ont un poids qui se situe entre 34,3% au Niger et 50,8% en Côte d'Ivoire (contre 34,5% pour l'Afrique Sub-Saharienne).
- (iii) La santé n'est pas prioritaire pour les gouvernements de la sous-région car la part du secteur dans les dépenses totales de ces gouvernements reste modeste et loin de la cible de la Déclaration d'Abuja (15% des dépenses publiques).

Situation du secteur informel

Selon une estimation de l'AFD (2013) qui se base sur différentes enquêtes nationales, entreprises en général dans les années 2000, le secteur informel emploie près de 75% des personnes actives, hors agriculture, dans la région ouest africaine. Le secteur informel emploie entre 70% de la population active non agricole au Sénégal, 83% en Côte d'Ivoire et 78% au Burkina Faso. En incluant le secteur agricole, la taille de l'emploi informel passe à plus de 90% de l'emploi total dans les trois pays. Le secteur informel n'est pas seulement une importante source d'emplois, c'est aussi une source importante de production de biens et de services.

L'analyse de l'envergure du secteur informel en Afrique de l'Ouest Francophone montre que celui-ci n'est ni un fait mineur ni un phénomène passager. Aussi, toute réforme du financement de la santé ou politique de CSU doit prendre en considération l'importance de ce secteur.

Pour plus de détails, l'annexe 2 donne une information plus complète sur le secteur informel au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Sénégal.

Situation de la couverture sanitaire universelle dans la sous-région

Un engagement politique fort en faveur de la CSU

A l'exception de la Mauritanie, tous les pays de la sous-région ont manifesté un engagement fort en faveur de la CSU au travers de la constitution, d'un texte de loi, de documents officiels de politique de santé et/ou de protection sociale, de déclaration présidentielle... A ce niveau, la sous-

région est représentative du continent africain où cet engagement est très élevé également (96% des pays africains se sont engagés à définir et à mettre en œuvre une CSU).

Une volonté de réduire la participation financière des usagers aux frais de soins dans les formations sanitaires publiques

D'une manière générale, la participation financière des usagers aux frais de soins dans les formations sanitaires publiques dans la sous-région est devenue de plus en plus impopulaire même si les déclarations politiques et officielles ne sont pas toujours claires. Aujourd'hui, une caractéristique principale des politiques de CSU dans la sous-région est la volonté de réduire ces paiements. Il existe actuellement un vaste consensus chez la plupart des décideurs qu'il s'agit d'une mesure cruciale pour accroître l'accès aux soins de santé et réduire les risques financiers liés à la santé. Par conséquent, à l'exception de la Mauritanie, l'ensemble des pays de la sous-région a mis en place des réformes en vue de réduire ou d'éliminer la participation financière des usagers aux frais de soins dans les formations sanitaires publiques contre 80% des pays dans toute l'Afrique.

En dépit des mesures prises, compte tenu du poids important de la participation financière des usagers aux frais de soins dans les dépenses totales de santé, il est difficile pour la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest Francophone de l'abolir complètement. Aujourd'hui, les pays de la sous-région les imposent à tous les niveaux de soins. Par ailleurs, dans la sous-région, l'abolition partielle des paiements pour certains services et les politiques de gratuité ciblée ont induit des problèmes de rationnement implicite, c'est-à-dire de longues files d'attente pour les services de santé, des ruptures de stocks fréquents de médicaments et des fongibles médicaux accompagnés de l'apparition d'un marché noir de ces produits et de l'exacerbation du double exercice des professionnels de santé dans les formations sanitaires publiques et privées.

Les régimes de couverture médicale choisis par les pays de la sous-région

Les pays de l'Afrique de l'Ouest Francophone essaient de promouvoir et de développer, au profit de leurs populations, une panoplie de régimes contributifs et non contributifs de couverture sanitaire en vue de leur offrir des interventions de santé subventionnées ou gratuites dans les formations de soins publiques et même privées, l'objectif étant d'éliminer ou d'atténuer les obstacles financiers à l'accès aux services de santé pour les populations concernées.

Concernant les régimes contributifs, les pays de la sous-région ont trois régimes différents : des mutuelles à base communautaire et deux régimes de type bismarckiens qui couvrent respectivement les fonctionnaires et les employés du secteur formel.

Selon les données collectées par la Banque Mondiale dans le cadre du programme « Going Universal », sept pays sur neuf (78%) des pays de la sous-région ont des programmes contributifs d'assurance maladie sociale pour les fonctionnaires et 56% de ces pays ont des programmes pour les employés du secteur formel. En outre, les pays n'ayant aucun programme d'assurance maladie sociale ni pour les employés du secteur formel ni pour les fonctionnaires sont en cours de les développer. La participation à ces programmes, lorsqu'ils existent, est, en général, obligatoire et les cotisations (patronales et salariales) sont prélevées à la source. Les programmes au profit des fonctionnaires sont souvent élargis à tous les employés de l'Etat, y compris les militaires, les policiers..., mais aussi aux employés des collectivités locales, des entreprises publiques ainsi qu'aux parlementaires. Si les défenseurs du renforcement de programmes contributifs d'assurance maladie sociale soutiennent que ces programmes améliorent la mobilisation des ressources pour la santé et mutualisent les risques financiers et sanitaires, il n'en demeure pas moins que les régimes contributifs sont confrontés à des défis importants dans les pays où la main-d'œuvre est employée principalement dans le secteur informel comme c'est le cas de l'Afrique de l'Ouest Francophone.

Compte tenu des difficultés de couvrir le secteur informel, plus de deux-tiers des pays de la sous-région ont opté pour la promotion des mutuelles de santé. L'envergure de la couverture médicale par les mutuelles communautaires demeure faible (en général, en deçà de 10% de la population sont couverts). Toutefois, au Sénégal, où l'Etat a mis en place un Fonds dédié à la couverture médicale dont l'essentiel est destiné à subventionner l'assurance maladie au travers des mutuelles communautaires, la portée de la couverture par ce type de régime a commencé à prendre significativement de l'ampleur (« 15% de la population en décembre 2016). Le Sénégal s'est inspiré de l'expérience rare et concluante du Rwanda qui a réussi à atteindre un taux de couverture élevé notamment grâce aux mutuelles de santé à base communautaire.

Concernant les régimes non contributifs, à l'exception du Togo, tous les pays de la sous-région ont mis en place au moins un programme de gratuité des soins pour des populations vulnérables. En effet, 89% des pays disposent d'un régime dédié aux pauvres ; 78% ont un programme de gratuité ciblant les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et 33% offrent un régime au profit des personnes âgées.

En dépit de la kyrielle des régimes de couverture médicale et de la volonté des Etats de protéger leurs populations contre le risque maladie, l'écrasante majorité des familles (plus des quatre cinquièmes de la population de la sous-région) demeure sans couverture (à l'exception de quelques programmes gratuits de santé publique ciblant la santé maternelle et infantile, et la lutte contre le paludisme, le VIH-SIDA et la Tuberculose). En effet, tant que ces régimes ne parviennent pas à toucher significativement les travailleurs du secteur informel (y compris l'agriculture), la couverture de la population demeurera faible.

Un certain nombre de pays de la sous-région ont développé ou sont en cours de développement des régimes couvrant les travailleurs du secteur formel ainsi que les personnes indigentes (ex. du Mali avec l'AMO pour les travailleurs du secteur formel et le RAMED pour les personnes dites « économiquement démunies »). S'il est important d'améliorer la couverture existante dans les pays un peu avancés, particulièrement pour les plus pauvres, il n'en reste pas moins que le défi le plus important demeure le secteur informel non pauvre. En effet, très peu est fait pour les travailleurs non pauvres occupés dans le secteur informel.

Synthèse de l'expérience internationale de la CSU et du secteur informel

Les points suivants synthétisent les principales leçons de l'expérience internationale :

- Seule, l'assurance à base communautaire fragmentée sans obligation, sans mise en commun et à petite échelle ne permet pas de couvrir le secteur informel à cause de la sélection adverse et des besoins énormes de subventionnement ;
- La stratégie de segmenter le secteur informel selon la capacité de payer est difficile à mettre en œuvre et a des besoins d'information (et des coûts associés) assez importants ;
- Les stratégies d'adhésion des secteurs selon des regroupements ont été expérimentées dans plusieurs pays avec des succès variés ;
- Les besoins d'information et les coûts administratifs pour faire cotiser les travailleurs du secteur informel dépassent quelques fois les montants que l'on peut effectivement collecter ;
- Même de substantielles subventions des cotisations sont souvent insuffisantes pour inciter les actifs du secteur informel à adhérer à des régimes d'assurance ;
- Un niveau de cotisation faible pour un panier de prestations assez limité mais bien optimisé pourrait faciliter l'expansion rapide de la couverture de la population ;

- Une grande mutualisation (un régime unique) est nécessaire pour permettre une mise en commun des régimes contributifs et subventionnés ;
- La défragmentation est importante pour éviter la coexistence de divers systèmes de couverture pour des populations différentes. Toutefois, il faudrait s'assurer que les subventions pour les travailleurs du secteur informel pour des paquets identiques ou similaires n'encouragent pas l'informalité ;
- Les pays qui ont considérablement progressé vers la couverture sanitaire universelle l'ont fait en augmentant les dépenses publiques de santé financées par les recettes publiques générales.
- Une couverture par l'assurance maladie n'élimine pas nécessairement les dépenses directes des ménages et le paiement de dessous de table au niveau des structures de santé, particulièrement s'il n'y a pas la disponibilité effective des services de santé de qualité ;
- La communication est très importante pour augmenter la couverture.

Opinions des parties prenantes dans la sous-région

Au travers d'une enquête au Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal auprès de plusieurs institutions publiques, partenaires internationaux, mutuelles corporatistes, mutuelles à base communautaire, et associations à base communautaire, des opinions fortes se sont dégagées, à savoir :

Premièrement, les moyens humains, financiers et institutionnels ainsi que l'offre de soins seraient modestes mais cela ne représenterait pas une raison pour ne pas progresser dans le développement de la CSU et sa mise en œuvre. Au contraire, la mise à niveau de ces moyens, ces institutions et cette offre de soins devraient être un des axes forts de l'agenda de la CSU qui devrait être mise en place progressivement selon les capacités techniques, matérielles et institutionnelles des pays.

Deuxièmement, la couverture (et l'adhésion) des travailleurs du secteur informel et leurs familles devrait être faite à travers un ou plusieurs régimes obligatoires de protection contre le risque financier de la maladie. Les personnes interrogées ne pensent pas qu'un régime facultatif puisse attirer une majorité de ces travailleurs. Un régime facultatif est qualifié également d'être une source potentielle de sélection adverse.

Troisièmement, les avis exprimés sont en faveur d'un régime unique de couverture médicale pour l'ensemble des travailleurs du secteur informel (en dépit de son hétérogénéité). Ils sont même pour un seul régime obligatoire pour toute la population (y compris les plus pauvres, les fonctionnaires, le secteur formel et le secteur informel). Ce régime serait mis en œuvre par une seule institution publique qui pourrait signer des contrats de sous-traitance avec des entités ayant une proximité avec la population en vue de gérer partiellement ou totalement des fonctions comme l'immatriculation, la distribution de cartes de bénéficiaires, la collecte de cotisations...

Quatrièmement, concernant le financement, les personnes enquêtées suggèrent des cotisations pour tous les bénéficiaires, avec une certaine flexibilité quant à la fréquence de leur collecte. Ils proposent également l'utilisation des mutuelles comme entités de collecte de ces cotisations ainsi que les téléphones mobiles. Ils sont pour une forte participation de l'Etat au financement de la couverture médicale des travailleurs du secteur informel au travers des impôts et taxes. Cette participation serait destinée à subventionner une partie des contributions des travailleurs et à financer entièrement les cotisations et le ticket modérateur des plus pauvres.

Enfin, l'ultime suggestion concerne le panier de services de santé qui devrait être universel pour tout un chacun et qui devrait inclure des soins, des services et des bien médicaux essentiels.

Proposition d'orientations stratégiques pour la couverture du secteur informel

Ce qui est recommandé dans ce chapitre repose sur les études faites sur les trois pays cités plus haut, à savoir le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Sénégal, sur les opinions exprimées par les parties prenantes, ainsi que la littérature et les expériences internationales dans le domaine de la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel. Les recommandations sont regroupées en quatre thématiques : (1) la gouvernance ; (2) la mobilisation des ressources ; (3) la mise en commun des ressources (mutualisation) et (4) l'achat des prestations de santé.

Gouvernance

Architecture institutionnelle et Gestion

En vue d'éviter la fragmentation institutionnelle, de faciliter la péréquation, en cas de besoin, et d'éviter des surcoûts de transaction, il serait plus efficient d'opter pour une institution qui serait en charge non seulement de la mise en œuvre et de la gestion de la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel, mais aussi de celle des autres catégories socio-économiques et professionnelles. Une telle option paraît adéquate pour les pays de la sous-région qui sont à la recherche de systèmes pérennes et économiquement soutenables. Toutefois, cette institution doit être pourvue de moyens humains, financiers et juridiques adéquats pour garantir une bonne gouvernance. Elle pourrait être guidée, supervisée et contrôlée non seulement par les organes classiques d'inspection et de contrôle de l'Etat, mais également par une Haute Commission de la CSU qui serait placée sous la Primature par exemple. Cette recommandation s'inspire des opinions exprimées par les parties prenantes mais aussi par l'expérience internationale (Annear et al., 2015 ; Kurimoto N. & Annear P., 2013).

Cette unique institution chargée de la gestion générale du régime pour le secteur informel pourrait sous-traiter avec d'autres entités, ayant une meilleure proximité avec la population concernée et les prestataires de soins, en vue d'effectuer des opérations comme, par exemple, la distribution de la carte d'assuré, la sensibilisation communautaire, l'immatriculation, la collecte de cotisations, la gestion des feuilles maladie des soins ambulatoires hors hôpitaux, la collecte des plaintes... Par ailleurs, renforcer la proximité des agences renforce la confiance dans le dispositif et la volonté de souscription au dispositif d'assurance maladie.

Quel que soit le choix de la gouvernance de la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel, cela devrait être fait de telle sorte que ces travailleurs et leurs ayants droits ne subissent pas de coûts élevés liés aux formalités d'adhésion, d'immatriculation, d'octroi de la carte de bénéficiaire et de paiement de cotisations...

Cependant, avant la mise en place d'une telle architecture institutionnelle lourde, il est nécessaire de mener des études de faisabilité, d'élaborer les textes législatifs nécessaires et de mobiliser les fonds adéquats pour tout ce processus.

Systèmes d'information sanitaire, enregistrement civil et identifiant unique

Un des facteurs favorables au succès du Japon dans les années soixante et soixante-dix ainsi que de la Thaïlande durant la dernière décennie dans le domaine de la couverture sanitaire universelle, en général, et celle du secteur informel, en particulier, a été l'enregistrement civil et la création d'une base de données fiable, centralisée et régulièrement mise à jour pour couvrir l'ensemble de la population. La Chine et les Philippines ont également créé un identifiant unique de sécurité sociale pour chaque citoyen. Au Rwanda, le gouvernement central, quant à lui, fixe des objectifs

d'adhésion à la mutualité à base communautaire ainsi que des incitations financières au profit des collectivités locales selon le degré d'atteinte de ces objectifs (JLN et al., 2013).

Campagnes de sensibilisation

Dans la section 4.2, nous avons vu que les travailleurs dans le secteur informel ne sont pas toujours au courant des bénéfices sociaux des programmes de protection sociale en santé qui sont mis à leur disposition. Et même s'ils le sont, souvent ils ne savent pas comment y adhérer ou profiter de ces programmes.

C'est pour cela qu'il est très important que le processus de couverture du secteur informel contre le risque maladie doit être accompagné d'une campagne d'information et de sensibilisation pour inciter les travailleurs à adhérer au système et pour expliquer les formalités tout en précisant leur simplicité (cas de la Chine et du Rwanda ; Acharya et al., 2013 ; Annear PL et al., 2015). Cette campagne doit commencer dès la préparation et continuer jusqu'au démarrage et la mise en vigueur.

Approche recommandée pour les partenaires internationaux : un accompagnement des pays de la sous-région aligné sur les priorités nationales

Il est important de reconnaître que de nombreux pays de la sous-région ont fait un choix politique afférent à la CSU avec des orientations spécifiques : par exemple, un bon nombre de pays concernés a choisi d'étendre la couverture sanitaire principalement au travers de l'assurance maladie. Quelques-uns ont opté pour les mutuelles corporatistes et les mutuelles à base communautaire en vue de couvrir respectivement les travailleurs du secteur informel localisé et les personnes occupées par des activités informelles non localisées (cas du Sénégal). Certes, la question de savoir si c'est véritablement le meilleur choix possible demeure légitime. Toutefois, il est important que les partenaires internationaux reconnaissent que c'est un choix souverain fait par ces pays qui est en cours de mise en œuvre. En soutenant financièrement et techniquement la sous-région, ces partenaires doivent reconnaître que les pays qui sont avancés ne demandent pas de conseils quant à la voie qu'ils devraient prendre ; ceux-là ont fait leur choix et demandent plutôt un soutien pour mettre en œuvre les voies qu'ils ont déjà choisies (Cotlear & Rosemberg, 2017). Néanmoins, le rôle des partenaires dans l'appui qu'ils apportent aux pays est aussi de les aider à atténuer les risques, à développer et mettre en œuvre les systèmes de suivi-évaluation indispensables à la mesure de politiques de CSU mises en œuvre. Ces systèmes et les revues régulières permettent notamment d'apporter des ajustements et des mesures correctrices, basés sur les leçons apprises et sur des bases factuelles.

Pour les pays qui sont au début de la réflexion sur la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel : élaborer d'abord une stratégie de financement de la santé

Pour les pays de la sous-région qui sont encore à une phase de réflexion sur la CSU et/ou sur la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel, il est recommandé d'élaborer d'abord une stratégie nationale de financement de la santé qui sera une grande composante de la politique de CSU. Cette stratégie devrait orienter et guider les équipes gouvernementales et leurs partenaires (secteur privé, société civile et partenaires internationaux) en vue de mettre en œuvre une vision nationale émanant d'un consensus national obtenu au travers d'un processus participatif. Cette stratégie devrait contenir des orientations efficaces pour couvrir le secteur informel ainsi que leurs coûts et les prérequis institutionnels, juridiques et techniques nécessaires à la mise en œuvre de ces orientations. Bien évidemment, à défaut d'une telle stratégie, des études de faisabilité bien menées pourraient s'avérer utiles. Mais il est préférable de partir d'une vision holistique et de long terme pour une couverture universelle harmonieuse.

Il convient de relever l'importance de structurer ces stratégies de financement pour faciliter l'opérationnalisation des options prises. Au-delà d'une stratégie de financement, une attention

particulière doit être aussi portée à la mobilisation des ressources et à l'assistance technique nécessaire à son opérationnalisation, y compris les enjeux relatifs à l'identification des plus pauvres, le développement de systèmes robustes de suivi-évaluation pour mesurer les progrès vers la CSU, et la structure et les capacités de l'agence chargée de l'assurance maladie.

Mobilisation des Ressources

Fort engagement financier et institutionnel de l'Etat

Dans tous les pays (développés ou en voie de développement) ayant atteint un degré élevé de CSU, l'engagement de l'Etat a été toujours fort (WHO, 2010 ; Carrin et al., 2006). Dans ces pays l'engagement ferme de l'Etat en termes politiques, financiers et institutionnels a été à la hauteur des ambitions nationales de l'agenda de la CSU.

Dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest Francophone, les pays sont confrontés à un défi majeur : d'un côté, la quasi-totalité de ces pays, hormis la Mauritanie, a manifesté un engagement politique fort en faveur de la CSU. D'un autre côté, ils font face à des contraintes macroéconomiques importantes (le PIB par habitant oscille entre 400 US\$ et 1400 US\$). Dans les pays de la sous-région, l'espace budgétaire du secteur de la santé est, en général, faible : les Etats allouent entre 5,6% et 11,2% de leurs budgets généraux à la santé ; une allocation éloignée de la cible de la Déclaration d'Abuja (15%). Il est intéressant de noter que l'un des rares pays de l'Afrique Sub-Saharienne ayant atteint un niveau relativement élevé de CSU, à savoir le Rwanda, a un PIB par habitant qui se situe dans l'intervalle des pays de la sous-région mais alloue plus de 15% de son budget général au secteur de la santé. Ce pays s'est engagé fortement en termes financiers pour la cause de la CSU. Il a également mis en œuvre des politiques ciblant une meilleure efficacité du système de santé dont le financement basé sur la performance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Il est donc possible de déployer davantage d'efforts financiers et institutionnels par les Etats de la sous-région qui ont clairement montré leur volonté politique de faire avancer l'agenda de la CSU et la couverture de toute la population, y compris les travailleurs du secteur informel. Par exemple, le Sénégal a déjà entamé des efforts louables (mais qui restent à consolider) pour soutenir financièrement et institutionnellement l'agenda de la CSU en constituant un fond dédié à ce qui est intitulé « La couverture médicale universelle - CMU » et en mettant en place une Agence de la CMU ainsi qu'une commission ad hoc placée auprès de la Primature.

Il est important de noter que dans les pays d'Afrique, le paiement qui est fait par des fonds divers d'assurance maladie sont un complément par rapport au financement de l'Etat. Toutefois, souvent, le montant qui est payé par l'assurance n'est pas très significatif, ne couvre pas le coût de la prestation des soins et s'effectue très tardivement. Par conséquent, dans quelques pays, les prestataires de soins (et les patients) ne soumettent pas les factures à l'assurance pour remboursement (Haazen D., 2012).

Par contre, dans quelques régimes d'assurance maladie de l'Europe de l'Est (par exemple Bulgarie, Roumanie et Lettonie), à l'exception du ticket modérateur, le paiement de l'assurance est quasiment le seul paiement que les prestataires reçoivent. Ce paiement doit couvrir le prix de revient de la prestation des soins, y inclut les salaires des personnels et le coût des médicaments. La leçon pour les pays Africains est d'envisager la possibilité d'inclusion des fonds budgétaires dans les régimes mutualisés, par exemple pour le paiement des cotisations pour des indigents et le subventionnement des cotisations pour les ménages informels pauvres, qui ne sont pas considérés comme indigents. Cette approche :

- (a) augmente considérablement les fonds disponibles pour la mise en œuvre de la CSU ;
- (b) permet une vraie séparation entre les acheteurs et les fournisseurs de soins ; et

(c) permet un changement dans le rôle du Ministère de la Santé en tant que pilote du système.

Il est certain que les partenaires techniques et financiers seront toujours aux côtés des pays pour mettre en place la CSU. Ces partenaires devront harmoniser leurs approches autour des priorités nationales et soutenir les pays dans leurs efforts pour la mobilisation de ressources domestiques adéquates pour atteindre la CSU. Il ne sera cependant pas possible d'arriver à un niveau de couverture significatif sans un engagement financier clair, fort et sans délai des Etats concernés, comme cela a été clairement suggéré par les parties prenantes

Financements Innovants

Les pays de la sous-région, avec leur base d'impôts faibles sont obligés de trouver des solutions innovantes pour augmenter l'espace fiscal pour la santé. Ces ressources additionnelles pourraient ainsi appuyer l'extension de la subvention de la couverture pour le secteur informel. Les fonds générés par les cotisations d'assurance sociale sont une source de fonds mais ne seront jamais suffisants pour achever la couverture universelle et assurer un panier de soins de qualité. Riches en matière de ressources naturelles, les pays de la sous-région pourraient mettre en place des taxes affectées sur ces ressources dont pourrait bénéficier le secteur de la santé. Un bon exemple récent est la RDC qui a réformé la loi sur les Mines incluant des financements fléchés vers la santé. Les bailleurs de fonds ont aussi un rôle important à jouer pour accompagner les pays, en harmonisant leurs financements autour des priorités nationales, avec une vision de soutenabilité et la mobilisation progressive des ressources domestiques. Des initiatives récentes, tels que Le Mécanisme de Financement Mondial (Global Financing Facility, GFF) lancé en juillet 2015 à Addis Abeba au cours de la Conférence sur le Financement du Développement, offre une plateforme potentielle pour une telle coordination.

Paiements flexibles des contributions

Concernant le paiement des contributions aux régimes qui couvrent les travailleurs du secteur informel, il est important de noter que la technologie utilisée, les moyens de collecte, le calendrier et la programmation de ce paiement affectent l'adhésion et son maintien. En vue d'améliorer la collecte des contributions et diminuer le taux d'abandon, des stratégies ont été identifiées et mises en place dans plusieurs pays qui consistent à proposer un calendrier de paiement flexible selon la nature des occupations des bénéficiaires (Kurimoto N. & Annear P., 2013 ; JLN et al., 2013). Cela concerne notamment les agriculteurs dont les revenus sont concentrés durant les périodes de récoltes. Par ailleurs, plusieurs pays envisagent les paiements par téléphone mobile en vue de réduire le temps et les coûts associés aux paiements dans des emplacements fixes. D'autres utilisent des entités de proximité pour la collecte des contributions, notamment les associations et les mutuelles à base communautaire (JLN et al., 2013). Il est, bien sûr, possible d'utiliser plusieurs options pour maximiser l'adhésion.

Concernant la méthode de contribution financière des travailleurs du secteur informel, il existe plusieurs possibilités : (i) cotisations, (ii) forfaits homogènes périodiques, (iii) forfait annuel standard. Les cotisations seraient plus pertinentes pour les employés du secteur informel localisé. Toutefois, cette modalité perd tout son sens en présence de personnes occupées dans des activités informelles non localisées (vendeurs à la sauvette, porteurs...). Le paiement de forfaits paraît plus adéquat même si ceux-là favorisent un financement régressif comme dans le cas du Ghana (Amporfu, 2013). Il est possible d'instituer des forfaits avec différents paliers et hétérogènes selon le type d'occupation, mais ce système serait lourd et coûteux.

Mise en commun des ressources

Intégrer la gratuité ciblée avec l'assurance maladie

Comme tous les pays de la sous-région ont des mécanismes de gratuité ciblée, la couverture de la population doit prendre en compte l'harmonisation de ces politiques de gratuité et des régimes d'assurance maladie. Souvent, ces mécanismes ne sont pas effectivement gratuits ni suffisamment ciblés. C'est une réalité politique qui exige une approche pragmatique. Les pays de la sous-région connaîtront d'énormes difficultés pour faire face à la fois aux gratuités et à la subvention de l'accès à l'assurance. En outre, un système non-intégré induirait des inefficiences importantes du fait de la fragmentation, des duplications administratives, des coûts administratifs élevés et une difficulté de mettre en place un achat stratégique fort.

Opter pour l'obligation en vue de maximiser la couverture sanitaire et de mieux lutter contre la sélection adverse

L'assurance maladie volontaire n'est pas une voie pertinente vers la CSU. La plupart des pays à revenu élevé ou intermédiaire qui ont eu recours à l'assurance-maladie pour couvrir leur population l'ont fait au travers de régimes obligatoires tout en subventionnant les populations les plus vulnérables (Cotlear et al., 2015).

Certes, les régimes facultatifs de protection contre le risque maladie, lorsqu'ils sont bien mis en œuvre peuvent apporter des fonds en l'absence de systèmes généralisés de prépaiement et de mise en commun des ressources. Ils peuvent également aider à permettre aux populations concernées de se rendre compte des avantages de l'assurance maladie. Toutefois, ils ont une capacité limitée à couvrir les personnes à haut risque (malades chroniques par exemple), les pauvres et ceux qui ont une capacité contributive faible (OMS, 2010).

Une étude de la Banque Mondiale (Bitran, 2014) montre que dans les pays en développement, l'assurance maladie volontaire réussit rarement à recruter une grande partie de la population du secteur informel. Cette étude, qui a examiné treize nations en développement dont un bon nombre disposait d'une possibilité d'inscrire les travailleurs du secteur informel dans les programmes d'assurance maladie sociale, a constaté qu'en dépit de présence de subventions dans de nombreux pays, ces programmes volontaires induisaient de très faibles adhésions dans le secteur informel et un degré élevé de sélection adverse (les adhérents volontaires étaient surtout des personnes à haut risque ou membres de ménages à grande taille).

Si les régimes obligatoires sont certainement plus efficaces pour couvrir les travailleurs du secteur informel, ils devraient être accompagnés d'un minimum de mesures parallèles qui sont nécessaires à leur réussite :

- Du moment que l'obligation cherche à atteindre l'universalisme, il est important dès le départ de définir et de mettre en place des mesures adéquates pour la maîtrise de coûts en vue d'assurer une certaine pérennité de ce système ;
- Les paramètres du système à proposer devraient chercher un compromis difficile : un panier essentiel et universel assez attractif mais à un coût qui n'est pas prohibitif ni pour les familles, ni pour l'Etat, ni pour les employeurs ;
- La mise en place d'un régime obligatoire doit s'accompagner d'une prise en charge totale des pauvres qui n'ont pas la possibilité d'adhérer à un tel système sans l'aide de l'Etat ;
- En plus de la prise en charge des plus pauvres, l'Etat devrait assurer un subventionnement des personnes non pauvres mais ayant une capacité contributive limitée, notamment les travailleurs du secteur informel ayant des revenus modestes, en vue de les encourager à participer à un tel régime et à s'y maintenir ;

- Mettre en place un système d'adhésion à des régimes proposant les mêmes caractéristiques (panier de soins, niveau de contribution, magnitude du ticket modérateur...) et gérés par des institutions ou des entités crédibles, pérennes et accrédités.

Améliorer les incitations à l'obligation

Les incitations dites « négatives », de type « on ne peut obtenir un service public donné que si on est couvert par un régime de protection sociale en santé », pourraient s'avérer très efficaces si elles sont bien adaptées et ne remettent pas en cause d'autres programmes sociaux importants. Par exemple des pays comme l'Indonésie font conditionner l'obtention d'un permis de conduire, d'un titre foncier ou d'un passeport à l'existence d'une couverture contre le risque maladie. D'autres pays comme le Sénégal ou la Côte d'Ivoire sont en cours de réflexion sur la possibilité de conditionner l'obtention d'une ligne de téléphone mobile à l'adhésion à un régime de protection sociale en santé.

Toutefois, ces conditionnalités pourraient s'avérer nuisibles pour d'autres secteurs comme l'éducation (ou l'enregistrement civil) si on liait l'inscription scolaire à la condition de protection sociale en santé. Cela risquerait de nuire aussi bien à la scolarisation qu'à la santé de la population en cas de refus massif des actifs du secteur informel d'inscrire leurs enfants à l'école en raison de cette condition.

Développer des méthodes innovantes et adaptées au contexte pour toucher le secteur informel : importance de la téléphonie mobile

Pour cibler et toucher le secteur informel, les possibilités sont nombreuses au travers de groupes professionnels organisés (corporations des vendeurs, des transporteurs, des couturiers...), d'associations, de tontines, de mutuelles de micro-crédit, de groupes religieux... Toutefois ces possibilités restent fragmentées et ne permettent pas d'atteindre les travailleurs du secteur informel non localisé.

C'est pour cela qu'il serait nécessaire de recourir à des voies qui permettent de toucher un nombre très important d'actifs du secteur informel et leurs familles. Une des voies prometteuses est la téléphonie mobile. Selon l'Union Internationale des Télécommunications (UIT), en 2016, il y avait près de 116 millions de souscriptions à la téléphonie mobile en Afrique de l'Ouest Francophone, sur une population totale de moins de 132 millions. Donc avec un taux de pénétration très élevé de la téléphonie mobile, il serait intéressant d'explorer les moyens non seulement de faire adhérer les travailleurs du secteur informel mais aussi de leur faciliter les paiements des cotisations et la réception des montants de remboursement de soins en cas de besoin.

Cette dynamique sera de plus en plus forte dans le futur avec des compagnies de téléphonie qui affichent clairement leurs ambitions de créer du Mobile Banking (entre 10% et 20% des adultes détiendraient, en Afrique subsaharienne, un compte bancaire mobile, selon l'UIT). Des possibilités de partenariat public-privé entre les compagnies de téléphonie et les organismes de protection sociale en santé seraient de potentielles voies stratégiques à explorer dans la sous-région.

Quel choix de mise en commun des fonds et de financement de la couverture du secteur informel ?

De par le monde et non pas uniquement dans les pays en développement, le financement des systèmes de santé est de plus en plus hybride : c'est plutôt un mélange entre le système Beveridgien (basé sur les impôts) et le système Bismarckien (fondé sur les cotisations à l'assurance maladie). Chaque pays mène son dialogue avec toutes les parties prenantes en vue de déterminer quel pourrait être le meilleur dosage et équilibre pour son propre système.

Il est recommandé toutefois de créer un Fonds commun à la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel. Ses sources pourraient provenir surtout de l'Etat, des employeurs (secteur informel localisé) et des bénéficiaires. La cotisation ou participation financière des employeurs est non seulement une source de financement, mais aussi un moyen de faire participer le secteur informel localisé, à l'instar du secteur formel. Bien réfléchi et bien dosé, ce mécanisme pourrait atténuer fortement le risque de basculement de l'emploi formel vers l'informel.

La participation de l'Etat à l'effort de financement de la couverture sanitaire du secteur informel est nécessaire comme le montrent les cas du Rwanda, Vietnam, Chine et Thaïlande (JLN et al., 2013 ; Bitran, 2014). Sans cet engagement financier, le taux de pénétration du régime en question et le degré de fidélisation des bénéficiaires seraient très faibles car la majorité des travailleurs dans l'informel a des revenus irréguliers et bas (Vilcu et al., 2016).

Politique de ciblage : oui mais les discriminations, les lourdeurs et les surcoûts sont à éviter

Dans la Section 4.1, nous avons vu que la plupart des pays de la sous-région ont déjà entamé des politiques et développé des outils plus ou moins avancés pour l'identification et la prise en charge des personnes pauvres. Ces outils sont de plus en plus sophistiqués. C'est une dynamique qu'il faudrait maintenir et continuer de soutenir par le gouvernement et ses partenaires car le ciblage n'est pas en contradiction avec l'universalisme si la vision est d'identifier les plus pauvres pour pouvoir leur éviter de payer des contributions/cotisations ou des co-paiements qui risqueraient soit de les dissuader de se couvrir et d'utiliser les soins, soit de les appauvrir davantage.

Cependant ces outils de ciblage ne devraient pas être transformés en un but en soi et devenir un obstacle coûteux et bureaucratique.

Par ailleurs, ces ciblage ne devraient pas être un prétexte pour « ranger » ces groupes vulnérables dans des régimes « indigents » et discriminatoires, des régimes spécifiques où les bénéficiaires ne sont pas logés à la même enseigne que le reste de la population plus avantagé, en l'occurrence les travailleurs du secteur formel (public et privé). L'objectif concernant cette catégorie de population (vulnérable), à l'instar de toute la société, étant de s'assurer qu'elle ait accès aux services de santé dont elle a besoin sans subir des difficultés financières.

Le Rapport sur le Développement dans le Monde (RDM 2019, à venir) suggère un certain nombre d'approches d'assistance sociale et de protection sociale qui pourraient être considérées comme complémentaires à la CSU. Elles comprennent le revenu minimum social garanti, l'épargne obligatoire et l'assurance sociale dans d'autres domaines (pensions, chômage, invalidité), les incitations à l'épargne sociale (retraite, éducation) et les politiques visant à améliorer la flexibilité du marché du travail. Selon le RDM, l'obtention d'un ensemble complet de mesures de protection universellement accessibles exigera une participation continue du gouvernement pour une couverture plus importante et subventionnée des pauvres. Cela pourrait être financé par un impôt plus large que les cotisations basées sur l'emploi et permettrait d'étendre cette assurance de base à toute la population. Il est clair qu'il existe des synergies potentielles entre ces propositions et les objectifs de la CSU, y compris un certain nombre de défis similaires pour atteindre le secteur informel. Il se pourrait qu'une approche plus coordonnée parvienne à atteindre plus de travailleurs du secteur informel qu'une série d'initiatives autonomes et non coordonnées.

Achat des prestations

Quel choix du paquet de services de santé pour les travailleurs du secteur informel ?

Dans le chapitre 4, nous avons vu que, aussi bien chez les pays de la sous-région relativement avancés dans la mise en œuvre de la couverture sanitaire (Sénégal et Côte d'Ivoire par exemple), que les parties prenantes qui se sont exprimées sur le secteur informel, il existe une certaine unanimité quant au panier de services de santé à offrir à cette catégorie de la population : ce panier

devrait être universel et défini d'une manière homogène dans le cadre de la CSU pour toutes les catégories de la population : fonctionnaires, travailleurs du secteur formel privé, personnes pauvres, employés du secteur informel (y compris les travailleurs agricoles). Dans le cas du Sénégal et de la Côte d'Ivoire, cela est défini déjà dans des textes de lois. La raison essentielle de cette position unanime est liée au principe d'équité et d'égalité.

Toutefois, des auteurs comme Bitran (2014), qui cite des pays comme la Chine, la République Dominicaine et le Mexique qui ont opté pour des paquets différenciés, pensent qu'un panier homogène ou universel et subventionné pour les catégories les moins favorisées pourrait avoir des effets pervers (basculement de travailleurs vers le secteur informel, fausses déclarations et dissimulation du véritable statut socio-économique) et un impact négatif sur la pérennité financière des régimes proposés. En effet, un panier parfaitement homogène pourrait avoir un impact sur les incitations pour les travailleurs d'un groupe de s'identifier avec un autre groupe pour obtenir le même paquet avec un coût moindre. Cet aspect doit être pris en compte dans le développement des politiques, considérant les spécificités uniques de l'Afrique francophone. Une approche par phases mériterait d'être considérée, avec un paquet commun comme objectif final mais avec, dans les phases initiales, des paquets différents pour les différents groupes. Une considération cruciale reste bien évidemment la disponibilité effective du paquet : c'est un élément clé pour la volonté des populations à adhérer à la CSU, donc cela doit être traité de façon complémentaire aux aspects financiers.

Même si ces effets pervers sont à pondérer et même si le taux d'informalité est très élevé dans la sous-région, il est néanmoins important de prendre ces soucis au sérieux. C'est pour cela qu'un choix judicieux et fondé sur des bases factuelles, et accompagné de garde-fous, doit être pris en considération lors de l'élaboration du panier des services de santé. En outre, une politique de CSU doit se baser sur des principes importants comme l'équité pour ne pas créer une CSU à plusieurs vitesses : une couverture « indigente » pour les plus pauvres et une autre « modeste » pour les travailleurs du secteur informel. Ce qui est à l'encontre de l'objectif de la CSU qui est que « tout un chacun accède à des soins dont il a besoin (incluant la promotion, les soins préventifs, curatifs, rééducatifs et palliatifs), d'une qualité suffisante pour être efficaces, sans subir pour autant de difficultés ou de conséquences financières lourdes ». Pour cela, il serait préférable d'opter pour un panier universel et essentiel des services de santé pour toute la population dont le coût est abordable pour l'économie nationale. Bien évidemment des régimes complémentaires et facultatifs pourraient offrir des paquets supplémentaires aux catégories de la population qui le souhaiteraient.

Une autre considération est de savoir si ce panier devrait être fourni uniquement par le biais de prestataires du secteur public ou s'il devrait inclure aussi des fournisseurs de soins privés (à but lucratif, confessionnel ou à but non lucratif). Le choix des prestataires doit être dicté par des considérations d'achat stratégique. L'utilisation d'une approche de « payeur unique », comme discuté ci-dessus, pourrait aider à uniformiser les règles du jeu vis-à-vis des prestataires de soins quel que soit leur statut.

Mise à niveau de l'offre de soins

Un des facteurs importants de réussite de l'agenda CSU, et particulièrement la couverture du secteur informel, dans les pays en développement, est sans aucun doute la mise à niveau de l'offre de soins en termes aussi bien de quantité que de qualité. Trop souvent, la question de CSU est vue comme une question de couverture financière. Mais donner aux populations une couverture sans assurer l'accès à des services de qualité est insuffisant et peut même avoir des effets pervers. En effet, bon nombre d'études sur le Cambodge, le Ghana, l'Inde, l'Indonésie, la Tanzanie, le Vietnam... ont montré que des services de soins de piètre ou modeste qualité, telles qu'elles sont perçues par les bénéficiaires ne permettent pas d'obtenir des taux de pénétration élevés et poussent les adhérents (bénéficiaires) à quitter leurs régimes (Annear et al., 2015 ; Criel B., Blaise P. et

Ferette D., 2006 ; Fournier et al., 2006 ; Kurimoto N. & Annear P., 2013 ; McIntyre et al., 2013 ; Nguyen K.H. & Sommers B.A., 2016). C'est pour cela qu'il est très important d'inscrire la mise à niveau de l'offre de soins comme un axe important de la CSU et la couverture du secteur informel (JLN et al., 2013 ; Bitran R, 2014). Cela permettra non seulement d'attirer un nombre très important de bénéficiaires et de les maintenir dans les régimes qui les couvrent, mais aussi d'atténuer les coûts associés à l'absence de qualité des soins (surmortalité, complications, handicaps...). Cette mise à niveau pourrait être accompagnée d'une politique d'achat stratégique où des incitatifs sont créés pour l'amélioration de la qualité et de la disponibilité des services de soins au travers des mécanismes appropriés et efficaces de paiement fondé sur la performance.

Références bibliographiques

1. Acharya A, Vellakkal S, Taylor F, et al. (2013), The impact of health insurance schemes for the informal sector in low- and middle-income countries: a systematic review, World Bank, Washington DC.
2. AFD (2013), Quelles politiques pour le secteur informel ? Conference iD4D, Avril, Paris.
3. Ahoure A.A.E. (2016) Rapport sur le secteur informel en Côte d'Ivoire, Banque Mondiale, Washington DC.
4. Amporfu E. (2013), Equity of the premium of the Ghanaian national health insurance scheme and the implications for achieving universal coverage, *Int J Equity Health*. 2013; 12: 4.
5. Annear P. et al. (2015), The Challenge of Extending Universal Coverage to Non-poor Informal Workers in Low and Middle-income Countries in Asia, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief and Working Paper, Manila.
6. Annear P., Ahmed S., Ros C.E., Ir P. (2013), Strengthening institutional and organizational capacity for social health protection of non-poor informal workers in lesser-developed countries: a study of policy barriers and opportunities in Cambodia, *Soc Sci Med*.96:223–31.
7. Arhin-Tenkorang D. (2001), Health insurance for the informal sector in Africa: design features, risk protection, and resource mobilization, Health nutrition and population discussion paper, World Bank, Washington DC.
8. Aterido R, Hallward-Driemeier M, Pages C. (2011), Does expanding health insurance beyond formal-sector workers encourage informality? Measuring the impact of Mexico's seguro popular, Institute for the Study of Labor (IZA), Discussion Paper Series no 5996, Institute for the Study of Labor, Bonn, September.
9. Audibert M. & Mathonnat J. (2000), Cost recovery in Mauritania: Initial lessons, *Health Policy and Planning* 15 (1): 66–75.
10. Banque Africaine de Développement (2013), Quelles réformes du climat des affaires pour une transformation structurelle du secteur informel ? Ouagadougou.
11. Banque Mondiale : Base de Données sur le site web www.banquemondiale.org/
12. Benjamin N. et Mbaye A.A. (2013), Les entreprises informelles de l'Afrique de l'ouest francophone : Taille, productivité et institutions, Agence Française de Développement, Paris.
13. Bennett S., Creese A., and Monasch R. (1998), Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment, World Health Organization, Division of Analysis, Research and Assessment, Geneva.
14. Bill and Malinda Gates Foundation. (2015), Flagship report paper series: Paper 4: How to use revenues from extractive industries to improve health and education in Africa.
15. BIT (1972), Employment, incomes and equality: A strategy for increasing productive employment in Kenya, Genève.
16. BIT (2000), Emploi et protection sociale dans le secteur informel, Conseil d'Administration, Genève.
17. BIT (2011), Statistical Update on Employment in the Informal Economy, Département des Statistiques, Genève.
18. BIT (2013), Economie informelle et travail décent : guide de ressources sur les politiques, soutenir les transitions vers la formalité, Département des politiques de l'emploi, Genève.
19. BIT (2014), La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, Conférence internationale du Travail, 103ème session, Genève.
20. Bitran R. (2014), Universal Health Coverage and the challenge of informal employment: Lessons from Developing Countries, Banque Mondiale, Washington DC.

21. Camacho A., Conover E., and Hoyos A. (2009), Effects of Colombia's Social Protection System on Workers' Choice between Formal and Informal Employment, In Documentos CEDE. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Economía.
22. Carrin G., James C., Evans D. (2006), Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement, In L'assurance maladie en Afrique, Banque Mondiale, Washington DC.
23. Castel P. (2012), Protection sociale et économie informelle au Vietnam : La couverture universelle est-elle possible ? AFD, Paris.
24. Charmes J. (2005), Les origines du concept de secteur informel et la récente définition de l'emploi informel, Institut de Recherche pour le Développement IRD, Paris.
25. Charmes J. (2012), The Informal Economy Worldwide: Trends and Characteristics, Margin JAER, May.
26. Charmes J. (2014), Les origines du concept de secteur informel et la récente définition de l'emploi informel, IRD, Paris.
27. Cotlear D., Nagpal S., Smith OK., Tandon A., Cortez RA. (2015), Going universal: how 24 developing countries are implementing universal health coverage reforms from the bottom up: World Bank, Washington, DC.
28. Cotlear D. and Rosemberg N. (2017), Going universal in Africa: how 46 African countries reformed user fees and implemented health care priorities, Worlds Bank, Washington DC.
29. Criel B., Blaise P. et Ferette D. (2006), Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : une interaction dynamique, In : L'assurance maladie en Afrique francophone, Banque Mondiale, Washington DC.
30. Dartanto T. et al. (2016), Participation of Informal Sector Workers in Indonesia's National Health Insurance System, Journal of Southeast Asian Economies (JSEAE), Vol. 33, No 3.
31. De Soto H. (1994), L'autre sentier. La révolution de l'informel dans le Tiers Monde, La découverte, Paris.
32. Deininger K., & Mpuga P. (2004), Economic and welfare effects of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda, World Bank, Washington, DC.
33. Dieng M. (2016) Situation actuelle et projetée de la couverture sanitaire universelle au Sénégal, Banque Mondiale, Washington DC.
34. Direction de la Prévision et de la Statistique (2003), Le secteur informel dans l'agglomération de Dakar : performances, insertion et perspectives, Résultats de la phase 2 de l'enquête 1-2-3 de 2003, Ministère de l'Economie et des Finances, Dakar.
35. Direction de la Prévision et de la Statistique (2004), Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM II), MEF, Dakar.
36. Druetz T. et al. (2015), Abolishing Fees at Health Centers in the Context of Community Case Management of Malaria: What Effects on Treatment-Seeking Practices for Febrile Children in Rural Burkina Faso, PLoS ONE 10 (10): e0141306.
37. Faure Y.A. et Labazee P. (2000), Petits patrons africains, entre l'assistance et le marché, Karthala, Paris.
38. Fields G. (1975), Rural-Urban Migration, Urban Unemployment and Underemployment and Job Search Activity in Less Developed Countries, Journal of Development Economics, June.
39. Fournier P. et Tourigny C. (2006), Offre de soins et assurance : les enjeux en Afrique francophone, In : l'Assurance maladie en Afrique francophone, Banque Mondiale, Washington DC.
40. GIZ (2013), Expansion of Social Health Protection for Informal Workers in Indonesia - Main Challenges and Recommendations, Geneva.

41. Hart K. (1972), Informal Income Opportunities and Urban Employment in Ghana, *Journal of Modern African Studies*, vol. II.
42. Health Insurance System Research Office - Thailand (2012), Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges, An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Synthesis Report. Nonthaburi.
43. Hyoun-Sun J. (2010), Expanding Insurance Coverage to Informal Sector Populations: Experience from Republic of Korea, In *World Health Report. Background Paper 38*. 2010. Geneva.
44. Institut National de la Statistique-INS (2005), Le secteur informel dans l'agglomération d'Abidjan : Performances, insertion, perspective », Enquête 1-2-3 du volet "Secteur informel et emploi en milieu urbain" du Programme régional d'appui à la statistique (PARSTAT), Abidjan.
45. Institut National de la Statistique-INS (2008), Etude sur le secteur informel à Abidjan : Caractéristiques des Unités de Productions Informelles à Abidjan, Enquête 1-2-3, phase 2, Abidjan.
46. JLN/R4D (2015), Chine : Extension de la couverture Maladie au secteur informel, Avril, Washington DC.
47. JLN/R4D (2015), Vietnam : Extension de la couverture Maladie au secteur informel, Avril, Washington DC.
48. Koffi J. (2016) Situation actuelle et projetée de la couverture sanitaire universelle en Côte d'Ivoire, Banque Mondiale, Washington DC.
49. Kurimoto N. & Annear P. (2013), Health Insurance for the poor and non-poor informal workers: Lessons from countries in Africa and Asia, *The Geneva Association - Newsletter: Health and Ageing*, No.29.
50. Leone T. et al. (2016), Financial accessibility and user fee reforms for maternal healthcare in five sub-Saharan countries: a quasi-experimental analysis, *Health policy Research*.
51. Lewis A. W. (1954), *Economic Development with Unlimited Supply of Labour*, The Manchester School of Economic and Social Studies, vol. 22 n°2.
52. Loayza, Norman V. (2016), Informality in the process of development and growth, Policy Research working paper no. WPS 7858. World Bank Group, Washington D.C.
53. Marone M. (2016) Rapport sur le secteur informel au Sénégal, Banque Mondiale, Washington DC.
54. McIntyre D. (2012), What healthcare financing changes are needed to reach universal coverage in South Africa? *The South Africa Medical Journal*, Vol. 102, No 6.
55. McKee M. et al. (2013), Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some *Value Health*, 16 (1).
56. McKinnon B., Harper S., and Kaufman J.S. (2015), Who benefits from removing user fees for facility-based delivery services? Evidence on socioeconomic differences from Ghana, Senegal and Sierra Leone, *Social Science & Medicine* 1982: 135: 117–123.
57. Mills A. (2007), Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries? *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, London.
58. Ministère de l'industrie, du commerce et de l'artisanat (2013), Elaboration d'une stratégie de formalisation des entreprises du secteur informel et de son plan d'actions opérationnel, MCIA, Ouagadougou.
59. Ministère de l'industrie, du commerce et de l'artisanat (2015), Le poids du secteur informel : quelles stratégies d'intégration dans l'économie formelle ? Rapport sur le thème de la 13^{ème} édition de la Rencontre Gouvernement/Secteur Privé, MCIA, Ouagadougou.

60. Ministère des mines, de l'industrie, de l'Agriculture, de l'agro-Industrie (2010), Lettre de politique sectorielle des PME, Direction des petites et moyennes entreprises, octobre, Dakar.
61. Nguyen K.H. & Sommers B.A. (2016), Access and Quality of Care by Insurance Type for Low-Income Adults Before the Affordable Care Act, *J Public Health*. Aug;106(8):1409-15.
62. OCDE (2006), Vers une croissance pro-pauvres : le développement du secteur privé, Paris.
63. OCDE (2008), Economie Informelle, In *Rapport Afrique de l'Ouest 2007-2008*, Décembre, Paris.
64. Okungu V, Chuma J, Mulupi S, McIntyre D. (2018), Extending coverage to informal sector populations in Kenya: design preferences and implications for financing policy, *BMC Health Services Research.*, 18:13. doi:10.1186/s12913-017-2805-z.
65. OMS (2010), *Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, Genève.
66. OMS : Base de Données sur le site web www.who.int/fr
67. OMS/AFRO (1978), *Rapport sur les soins de santé primaires dans la région africaine* (No. ICPHC/ALA/78.4), Alma Ata.
68. Ouedraogo G.J. (2016) *Rapport sur le secteur informel au Burkina Faso*, Banque Mondiale, Washington DC.
69. PNUD : Base de Données sur le site web www.undp.org/content/undp/fr/home.html
70. Ridde V et Girard J-E. (2004), Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains, *Santé Publique*, n°41: 37-51.
71. Ridde V. (2004), *L'Initiative de Bamako 15 ans après*, Banque Mondiale, Washington DC.
72. Ridde V. et al. (2012), *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*, Presses Universitaires de Montréal.
73. Ridde V. et De Sardan J-P. O. (2012), *L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : Les contradictions des politiques publiques*, Afrique Contemporaine.
74. Todaro M. (1969), A Model of Labour Migration In Less Developed Countries, *American Economic Review* 59 (1), pp.138-148.
75. Traore A. (2016) *Situation actuelle et projetée de la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso*, Banque Mondiale, Washington DC.
76. UEMOA (2003), *Le secteur informel dans les principales agglomérations de sept membres de l'UEMOA : performances, insertion, perspectives*, Commission de l'UEMOA, Ouagadougou.
77. UNFPA : Base de Données sur le site web <https://www.unfpa.org/fr>
78. Vilcu I., Probst L., Dorjsuren B., Mathauer I. (2016), Subsidized health insurance coverage of people in the informal sector and vulnerable population groups: trends in institutional design in Asia, *Int J Equity Health*. Oct 4;15(1):165.
79. Wagstaff A. and Manachotphong W. (2012), *Universal Health Care and Informal Labor Markets. The Case of Thailand*. Policy Research Working Paper 6116. World Bank, Washington, DC.

Annexes

Annexe 1 : Résumés des rapports pays sur la CSU

1. Situation actuelle et projetée de la Couverture Sanitaire Universelle au Burkina Faso

Au Burkina Faso le marché du travail est dominé par le secteur informel (13 millions d'emplois environ). Ceci a un impact important sur les politiques de protection sociale, et particulièrement sur celles qui portent sur la couverture sanitaire universelle.

Situation de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au Burkina Faso

Le financement du système de santé au Burkina Faso est **largement dépendant du secteur privé/ménages (42.2%)**. L'Etat constitue la deuxième source de financement avec 31.9%. Les fonds étrangers occupent la troisième place avec 23.2%. Bien qu'il existe divers systèmes de couverture contre le risque maladie, comme les institutions de sécurité sociale (CARFO et CNSS), celles-ci interviennent principalement dans la gestion du risque maladie. Ainsi, elles ne financent que la prise en charge des accidents du travail et les maladies professionnelles des travailleurs. A ce titre, et malgré les efforts du gouvernement, des insuffisances subsistent dans le système de protection sociale avec **seulement 7% de la population couverte contre le risque maladie via des dispositifs assurantiels**.

Le gouvernement du Faso a adopté **une loi sur l'assurance maladie le 5 Septembre 2014**. Avec cette loi, le Burkina a mis en place un régime unique d'une Assurance Maladie Universelle (AMU) où chacun contribue selon ses moyens. Toutefois, sa mise en application traîne, en attente notamment la fixation du montant de la cotisation individuelle et le niveau de copaiement. L'adoption de cette loi a été suivie par plusieurs propositions faite par le gouvernement, dont : (i) la fixation des cotisations du secteur informel à 3000 francs CFA par personne et par an (soit 250 FCFA/pers/mois) ; (ii) l'extension progressive de la couverture maladie universelle à tous les ménages burkinabés. L'AMU a pour objectif de couvrir d'ici 2020 10% des personnes indigentes, 100% des enfants de moins de cinq ans, 100% du secteur formel et 30% du secteur informel non pauvre.

L'ensemble des dispositifs de protection sociale et de santé sont caractérisés par une fragmentation des cibles et des stratégies. Ainsi, il existe plusieurs formes de couverture au Burkina Faso à ce jour :

- **Mécanismes mutualistes** : Les personnes couvertes par les mutuelles sociales pour les prestations de soins sont estimées à 253 000 personnes soit 1.3% de la population.
- **Mécanismes classiques de gratuité** : Le gouvernement prend en charge les personnes vulnérables à travers la généralisation de la gratuité nationale aux enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. On estime que ce mécanisme a permis de couvrir 19.4% de la population en 2016.
- **Mécanismes de ciblage des indigents** : ce mécanisme est lié à un appui de la Banque mondiale (Financement Basé sur les Résultats et projet filets sociaux) et de la commission de l'Union Européenne (test pilote gratuité Tougan et Seguenga pour étudier les fonctions de contrôle et de paiement). Ces expériences de prise en charge des indigents et des ménages vulnérables couvrent une population estimée à 2.3% de la population en 2016.

Si l'instauration de la gratuité a ouvert de nouvelles perspectives pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, il n'en demeure pas moins que **près de 73% de la population n'est pas protégée contre le risque maladie**. Il existe un système de gouvernance nationale, mais aucun système de gestion ni de financement ne l'accompagne. Par ailleurs les mesures de gratuité et la plupart des systèmes d'assurance santé ne couvrent pas les maladies chroniques, surtout celles non transmissibles (diabète, HTA, etc.). Malgré l'adoption de la loi sur l'AMU les prémices d'un démarrage prochain ne sont pas perceptibles. Dans ce contexte, les mutuelles de santé, en raison de leurs spécificités, apparaissent comme une alternative qu'il faudra mieux organiser et renforcer afin d'assurer à terme une extension de l'AMU. S'ajoute à cela la question de la qualité des services, les études de faisabilité de l'AMU indiquent que 23% des personnes fréquentant les formations sanitaires déclarent être insatisfaites de la qualité des services de santé.

Pistes de prise en charge des travailleurs du secteur informel : quelle suite ?

Les travailleurs du secteur informel et du monde rural demeurent, en général, non couverts par un mécanisme de protection financière contre la maladie. L'analyse de l'évolution possible de la couverture sanitaire universelle durant les prochaines années a permis de conclure à la nécessité pour le Secrétariat technique de l'AMU de démarrer avec 24% de la population constituée en particulier des personnes vulnérables, des indigents et des personnes couvertes par une mutuelle de santé. Par la suite **pour accélérer la couverture du secteur informel la retenue à la source est préconisée**. Le projet de panier et de cotisation de 3000 FCFA par an et par personnes peut être maintenu, en faisant en sorte que les plus pauvres soient exemptés. La plus grande partie du secteur informel sera couverte par la suite par la mise en place de mutuelles professionnelles.

Quelques recommandations générales supplémentaires formulées par l'étude s'ajoutent à cela :

- Au niveau du Ministère de la fonction publique et de la protection sociale, les actions devraient tendre vers le passage à l'échelle de la couverture du pays par les mutuelles sociales, en particulier la couverture du secteur informel par des mutuelles professionnelles. Les mutuelles du secteur informel devront être rattachées aux unions régionales de mutuelles mises en place dans chaque région.
- Au niveau du Secrétariat technique de l'Assurance Maladie Universelle : il s'agira d'explorer la coopération avec la direction générale des impôts pour une réforme de la contribution du secteur informel, pour y intégrer une retenue à la source pour les salariés du secteur informel. Enfin la réalisation d'une étude nationale sur le salariat dans le secteur informel est recommandée pour affiner les analyses sur la couverture sanitaire du secteur informel.
- Au niveau du Secrétariat Permanent du Conseil National de la Protection Sociale il s'agira (i) d'encourager la classification socioprofessionnelle des personnes vulnérables sélectionnées en acteurs du secteur informel et rural ; (ii) d'encourager l'inscription des personnes vulnérables sélectionnées dans le registre à l'AMU ou dans les mutuelles de santé.
- Au niveau du Ministère de la santé : pour enclencher le progrès vers la couverture sanitaire universelle l'étude recommande (i) d'analyser la stratégie d'intégration de la gratuité des soins à l'AMU ; (ii) le passage à l'échelle du FBR à l'échelle du pays avec l'hypothèse de l'arrimer à l'AMU afin d'assurer la qualité des soins ; (iii) l'intégration du secteur privé de la santé à la mise en œuvre de la gratuité et à l'implémentation de toutes les autres mesures de protection sociale santé. En clair pour accélérer les progrès vers la CSU, l'AMU pourrait commencer par une intégration des programmes verticaux et des autres mécanismes de couverture maladies déjà existant afin de réduire la fragmentation.

2. Situation actuelle et projetée de la Couverture Sanitaire Universelle en Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire le marché du travail est dominé par le secteur informel (75% des emplois). Ceci a un impact important sur les politiques de protection sociale, et particulièrement sur celles qui portent sur la couverture sanitaire universelle. La Banque Mondiale a réalisé une étude pilote pour identifier les pistes qui pourraient permettre de mieux intégrer les travailleurs du secteur informel dans la politique de CSU.

Situation de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en Côte d'Ivoire

Le budget de la santé en Côte d'Ivoire représente environ 5% du PIB et 6% du budget général de l'Etat. Le système de santé est donc sous-financé. Ceci a des conséquences assez néfastes sur le système de soins, qui est souvent caractérisé par sa nature inefficace et sa mauvaise qualité. Nous notons que le système de santé ivoirien se confronte également à une utilisation non-rationnelle des ressources financières et surtout à des crises politico militaires successives qui ont fortement contribué à la dégradation du système de soins.

Il est caractérisé par une fragmentation entre différents régimes de protection contre le risque maladie :

- **Les programmes publics de santé** et un programme dédié aux victimes des accidents de la route. Ces programmes couvrent soit le couple mère-enfant, soit différentes catégories de la population toute entière. L'une des faiblesses des programmes publics réside dans leur financement. Ces programmes sont financés à hauteur de 96% par les PTF, ce qui constitue un risque dans l'autonomie et la pérennité des sources de financement. Par ailleurs, comme la gratuité ciblée, ces programmes offrent un paquet de

soins très restrictifs, soit liés à une pathologie spécifique, soit pour une catégorie de population. On note également des frais annexes, parfois onéreux pour les populations démunies.

- **Les régimes d'assurance maladie privés** offrent une large gamme de soins de santé au profit de leurs bénéficiaires et pour toutes les pathologies. Toutefois, ils ne couvrent que **3% de la population** et la prise en charge de certaines pathologies est soumise à entente préalable (les maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires). Selon les données de l'Agence de Régulation de la Mutualité Sociale (AIRMS), 48 mutuelles sont fonctionnelles et déclarées aux registres. Ces mutuelles sont exclusivement du secteur formel. Il n'existe aucune mutuelle du secteur informel, agricole et en zone rurale.
- **Les mutuelles de santé communautaire** qui couvrent **moins de 5%** de la population.
- **Un système de prépaiement** qui a été instauré au niveau des établissements de santé communautaires qui n'a pas atteint les objectifs escomptés et couvre **moins de 1% de la population**. Ces établissements consentent un abattement de **50%** sur les tarifs des prestations au profit des bénéficiaires.
- Enfin on relève au niveau de la médecine du travail, un ensemble de soins de santé d'urgence, de soins infirmiers et de soins préventifs dispensés par les centres de santé des entreprises au profit des travailleurs et leur famille, ce qui représente environ **12% de la population** ivoirienne. Les coûts des soins ici sont exclusivement à la charge de l'employeur. Il y a également, la prise en charge totale des soins de santé en cas d'accidents de travail et maladie professionnelles des travailleurs assurés par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) qui représente 3%.

Comme on peut le constater, il n'existe pas un régime unique de protection contre le risque maladie. C'est cette insuffisance que l'Etat de Côte d'Ivoire entend pallier par la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU). **Le gouvernement a adopté la loi du 24 mars 2014 instituant la CMU obligatoire au bénéfice de l'ensemble des populations résidant sur le territoire ivoirien.** La stratégie mise en place en vue d'assurer la disponibilité de l'offre de soins de santé dans le cadre de la CSU se décline en cinq points : (i) réviser la carte sanitaire en vue d'améliorer la couverture sanitaire et garantir l'équité dans l'accès aux services de santé aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine ; (ii) améliorer la disponibilité sur l'ensemble du territoire des ressources humaines de santé (RHS) de qualité et motivées ; (iii) définir les postes en ressources humaines en adéquation avec les plateaux techniques des structures de soins ; (iv) rendre disponibles et accessibles les médicaments essentiels et autres intrants stratégiques ; (v) améliorer la qualité des prestations à travers l'élaboration de guide harmonisé de bonnes pratiques et d'un cahier de charge pour l'accréditation des structures sanitaires publiques et privées.

La loi sur la CMU s'impose à toutes les personnes qui résident sur le territoire ivoirien et indique que chacune d'entre elles disposera d'un numéro d'immatriculation, qui constituera l'identifiant unique du système de sécurité sociale de la Côte d'Ivoire et remplacera tous les autres numéros existants. La CMU comprend deux régimes dont un Régime Général de Base (RDB) contributif alimenté par les cotisations des ménages et des employeurs et un Régime d'Assistance Médicale (RAM) destiné aux personnes identifiées comme indigentes. Toutefois, l'architecture de la CMU n'est pas exempte de faiblesses. En effet, la loi prévoit une cotisation fixe de 1000 FCFA, par habitant et par mois, ce qui pose un crucial **problème d'équité**. En outre, la CMU s'adresse à toute personne résidant sur le territoire ivoirien. Or, l'importance du phénomène migratoire en Côte d'Ivoire pourrait être source de déséquilibre financier. Enfin, la prise en compte des travailleurs du secteur informel, agricole et rural reste à mettre en œuvre dans la pratique.

Pistes de prise en charge des travailleurs du secteur informel : quelle suite ?

Au niveau de la gestion des soins de santé et de la mise en œuvre de la CMU, la Côte d'Ivoire doit encore déterminer l'Organisme de Gestion Délégué (OGD) qui s'occuperait de la gestion des soins de santé du secteur informel, rural et agricole (catégorie des travailleurs saisonniers et itinérants). Ce point constitue un véritable défi qu'il faudra surmonter pour couvrir l'ensemble des employés du secteur informel.

L'étude formule quelques recommandations pour tendre vers la CSU :

- **L'amélioration de l'attractivité du panier de soins de la CMU** en couvrant les principaux besoins et problèmes de santé des populations. Ceci aurait pour avantage de permettre à l'ensemble de la population d'avoir accès aux soins de santé essentiels. Les assurances privées et les mutuelles de santé pourront développer une offre qui sera complémentaire et qui ne devra pas être plus généreuse que le RDB.
- **Les programmes publics de soins curatifs de santé et de la gratuité ciblée** devront tous intégrer le panier de soins de la CMU. Ainsi, les programmes de prévention, de promotion de la santé et de réhabilitation demeureront dans le plan d'action du Ministère en charge de la Santé.
- **L'élaboration d'une stratégie qui permettra d'intégrer les travailleurs du secteur informel** à la CMU. Cette stratégie se doit d'estimer les revenus et le point d'ancrage pour opérer un prélèvement des cotisations de manière efficace, pérenne et efficiente. Autrement dit, il faut indexer les cotisations sur un instrument nécessaire et inévitable dans l'exercice de leurs activités. Les populations non résidentes pourraient se voir imposer une assurance privée lors de leur séjour en Côte d'Ivoire.
- **Revenir vers une contribution progressive ou proportionnelle du revenu de la CMU pour assurer l'équité dans la contribution.** Il faudra également identifier un seuil de revenu en dessous duquel les ménages seront exemptés de cotisations.

3. Situation actuelle et projetée de la Couverture Sanitaire Universelle au Sénégal

Au Sénégal le marché du travail est dominé par le secteur informel (48,8% des emplois). Ceci a un impact important sur les politiques de protection sociale, et particulièrement sur celles qui portent sur la couverture sanitaire universelle. Dans ce cadre, la Banque Mondiale a réalisé une étude pilote pour identifier les pistes qui pourraient permettre de mieux intégrer les travailleurs du secteur informel dans la politique de CSU.

Situation de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au Sénégal

Dans le secteur de la santé, le budget du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a constamment augmenté depuis 2000, mais la part allouée au MSAS est restée presque constante (environ 10% selon le gouvernement depuis 2000). Les ressources du gouvernement représentent la principale source de financement du système de santé (plus de 50% du financement total de la santé au Sénégal).

Pour l'amélioration de l'état de santé et la protection financière de la population, le gouvernement du Sénégal a élaboré **un plan stratégique de développement de la couverture maladie universelle (PSD-CMU) 2013-2017**, suivi en 2017 par **une Stratégie nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour tendre vers la CSU**. La vision du SNFS est de permettre un accès à toute la population à des services de santé de qualité sur la base d'un financement durable respectant les principes d'équité et de solidarité.

Le système Sénégalais de protection contre **le risque financier lié à la maladie s'appuie sur trois piliers** :

- **Le régime d'assistance médicale** qui correspond aux initiatives de gratuité mises en œuvre par le MSAS et à tous les mécanismes d'exemption en faveur des indigents (accouchements et césariennes, soins en faveur des enfants de 0-5 ans, personnes âgées, dialyse, soins pour le paludisme et sa prévention, et l'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) et aux médicaments antituberculeux). La population couverte par ce régime d'assistance sociale est estimée entre 3 et 8% en 2014.
- **Le régime d'assurance maladie** qui prend en charge les travailleurs et retraités du secteur formel. Or, au Sénégal, la majorité de la population active est employée dans le secteur informel. La couverture suivant le régime d'assurance maladie a été estimée en 2007 à moins de 15% de population couverte.
- **Le régime contributif volontaire** avec essentiellement les mutuelles de santé. Les assurances privées représentant moins de 1% de population couverte. L'analyse de la situation du régime mutualiste montre qu'il y a un environnement politique très favorable au développement des mutuelles, notamment pour toucher le secteur rural et informel. Dans le fonctionnement des mutuelles de santé, les faiblesses notées sont liées entre autres aux paquets de prestations trop limitées, à la gouvernance, au faible taux de pénétration et à l'insuffisance de l'appui de l'Etat et des collectivités locales. Globalement, les mutuelles de santé souffrent d'un déficit de personnel qualifié et leurs outils de gestion ne sont pas harmonisés ; elles ont une capacité assez faible à fournir avec régularité des informations fiables puisqu'elles ne disposent pas pour la plupart d'un système de gestion informatisé et de suivi-évaluation opérationnels.

En 2014, la cellule d'appui à la CMU avait estimé que **32% des sénégalais disposaient d'une couverture du risque maladie** (11% pour les travailleurs du secteur formel et leurs ayants-droit, 13% pour les enfants de moins de 5 ans, 6% pour les personnes âgées de 60 ans et plus et 2% pour les bénéficiaires des mutuelles de santé communautaires). La disponibilité des services et une offre de soins de qualité restent un préalable pour répondre à une demande conséquente en soins et une nécessité pour l'adhésion des communautés à une CSU. Or, la rupture de stocks pour les médicaments essentiels représente une des principales contraintes pour l'offre de services de santé de qualité. En outre, le Sénégal souffre depuis plusieurs années d'une pénurie aigue de personnels de santé. La répartition géographique inéquitable du personnel et leur faible motivation du personnel sont les principales contraintes pour l'atteinte des objectifs de la CSU.

La stratégie d'extension de l'assurance maladie au Sénégal se caractérise par son approche mixte qui reflète la nécessité d'adaptation aux particularités nationales. Tout en cherchant à développer l'assurance maladie légale pour les salariés du secteur formel, les autorités publiques de ce pays souhaitent étendre l'assurance au secteur informel en s'appuyant principalement sur les mutuelles professionnelles et communautaires. Ainsi, le quatrième axe du PSD-CMU 2013- 2017, visait **le développement de la couverture maladie universelle (CMU) de base pour les populations du secteur informel et du monde rural à travers les mutuelles de santé**. Cet axe a été opérationnalisé à travers l'approche du projet Décentralisation et extension de la couverture de l'assurance maladie (DECAM), qui s'inscrit dans un dynamisme d'amélioration de l'attractivité des paquets des bénéficiaires des mutuelles de santé et de l'accessibilité financière des frais d'adhésions aux mutuelles avec la mise en place d'une subvention pour les adhérents. Dans la logique de cette réforme, il s'agirait alors de conserver la diversité du système d'assurance maladie sénégalais tout en renforçant son système légal (pour le secteur formel) et en développant son volet décentralisé et mutualiste (pour les zones rurales et le secteur informel).

Pistes de prise en charge des travailleurs du secteur informel : quelle suite ?

Les travailleurs du secteur informel et du monde rural demeurent en général, non couverts par aucun mécanisme de protection financière contre la maladie même si des avancés peuvent être notées avec la mise en œuvre du DECAM et l'effectivité des subventions de l'Etat. L'intégration des travailleurs du secteur informel et du monde rural reste un défi important pour s'acheminer vers les objectifs de la CSU. Les recommandations de l'étude sont les suivantes:

- L'ACMU devrait signer des conventions avec les autres acteurs du secteur (DGAS, DGPSN, etc.) afin de mieux définir les rôles et les responsabilités de chacun. Ceci permettrait au MSAS de rendre fonctionnel les instances de partage avec l'ensemble des partenaires impliqués dans la CSU.
- La réalisation d'un état des lieux exhaustif de la couverture réelle de la CMU. Cette évaluation devrait permettre d'identifier avec plus de précision les segments du secteur informel à prioriser dans l'extension de la couverture.
- La stratégie du pays est basée essentiellement sur une adhésion volontaire aux mutuelles mais il serait important de à des mécanismes d'incitation pour l'adhésion des populations du secteur informel et du monde rural qui seraient liées à leur activité.
- La stratégie de développement de la CMU est essentiellement basée sur l'approche DECAM qui fait face à deux principaux défis : les difficultés contractuelles entre les mutuelles et les prestataires de soins et le faible taux de rétention des adhérents des mutuelles avec souvent des taux d'abandons assez élevés. L'amélioration du cadre contractuel entre les prestataires et les mutuelles et de la qualité des services de santé devraient être une priorité pour l'ACMU.
- La prise en compte dans les initiatives de la transition épidémiologique et l'évolution de la population, afin d'aborder dès maintenant la question de la soutenabilité du financement des subventions pour l'adhésion de la population aux mutuelles de santé.
- Résoudre les problèmes liés la surfacturation des services couverts par les IPM et les mutuelles. En outre, les médicaments qui présentent plus de trois quarts des dépenses de prestations de soins représentent le plus gros poste de fraude. Pour faire face à cette situation, il faut que le MSAS joue pleinement son rôle de régulation et qu'il se dote d'instruments efficaces pour faire respecter les tarifications.

Annexe 2 : Résumés des rapports pays sur le Secteur Informel

1. Le Secteur Informel au Burkina Faso

Le secteur informel représente une part importante de l'économie du Burkina Faso (environ 50% du PIB) et des emplois du pays (approximativement 13 millions d'emplois). Le secteur informel est essentiel pour le formel : il produit pour lui, a des relations commerciales avec lui, distribue ses produits et lui fournit des services. Pour autant, l'informel se développe à la marge de l'Etat, et donc par nature dans un environnement précaire pour ses employés, ce qui constitue un important défi en matière de protection sociale, de couverture maladie universelle et d'assurance.

Aperçu chiffré du secteur informel au Burkina Faso :

- On estime le **chiffre d'affaire du secteur informel en 2015 à environ 1 124,7 milliards de FCFA**, pour un excédent brut d'exploitation d'environ 983 milliards de FCFA. **La valeur ajoutée générée par le secteur informel représente**, sur la période 2010-2016, **en moyenne 46,73% du PIB**, pour des valeurs comprises entre 52,62% (2010) et 43,97% (2016) du PIB.
- La répartition des entreprises informelles par secteurs d'activités montre que les promoteurs du secteur appartiennent **principalement au secteur commercial (51,1%), suivi du secteur de transformation et confection (34,2%), puis des prestataires de services (14,7%)**.
- Les investissements de ce secteur proviennent **quasi totalement de l'autofinancement, l'épargne individuelle (96,2%) constituant la majeure partie des sources de financement de l'informel**, suivi de très loin par les financements familiaux (3,8%). **Le secteur bancaire est quasi inexistant**, fournissant qu'une part minime de prêts au secteur (1,6%).
- Le secteur informel s'exerce par nature dans **un environnement précaire** : moins de **26% des Unités de Production Informelle (UPI)** ne disposent pas d'un local spécifique d'activité, environ **94% sont privées d'eau, 87% d'électricité et 96,2% de téléphone**.
- Environ **75,4% des UPI sont totalement inconnues des services publics** et non aucun lien administratif ou financier avec l'Etat Burkinabè. Ce secteur est donc en marge des régulations publiques. Pour autant, **les UPI ont accès à différentes formes d'affiliation** auprès de l'Etat : numéro IFU, numéro statistique, carte économique, registre du commerce, registre à la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) ou/et patente. Il convient de noter que c'est la patente qui reste le modèle d'affiliation le plus populaire, puisque 24% des UPI y sont inscrites. Pour les quatre autres registres, la proportion d'unités affiliées est inférieure à 4%, avec même seulement 0,2% pour la CNSS.
- La part de contribution du secteur informel aux impôts n'atteint que 1,8% de la valeur ajoutée totale générée par le secteur. **La taxe « Contribution du Secteur Informel » (CSI) ne représente que moins de 1% aux recettes fiscales de l'Etat.**

Les caractéristiques de l'emploi dans le secteur informel au Burkina Faso :

En 2016, on estime que le secteur informel a fourni pas moins de **13 millions d'emplois** à l'économie du Faso. Le **profil des employés** de ce secteur montre qu'ils sont **majoritairement jeunes et peu éduqués**. En effet, 42% des employés de l'informel ont moins de 26 ans, et en moyenne, leur niveau de scolarité est de 2,6 ans. Environ 47,3% des emplois du secteur informel sont occupés par des femmes.

Le secteur informel est principalement constitué par **des personnes en auto-emploi** : environ 72,1% des UPI sont réduites à une seule personne et seulement 5,3% de ces structures emploient plus de trois personnes. Ces actifs travaillent en moyenne **56 heures par semaine**, soit 8 heures par jour et 7 jours sur 7. En 2001, la **rémunération mensuelle moyenne de ces travailleurs indépendants étaient de 46 000 FCFA** et le revenu médian de 14 000 FCFA. Les femmes qui travaillent dans ce secteur pâtissent d'un déficit de revenu très marqué par rapport à leurs homologues masculins, les hommes percevant en moyenne deux fois plus que les femmes. Les femmes en effet souffrent d'un double handicap : d'une part, elles exercent plus souvent des emplois structurellement mal payés (emplois dépendants, commerces, activités précaires, etc.) et, d'autre part, même quand elles occupent des postes équivalents aux hommes, à qualification égale, elles sont victimes de discriminations de revenus.

Il convient de noter que 54,1% de la main-d'œuvre employée dans les UPI ne bénéficient d'aucun contrat avec son employeur. Les contrats sous forme orale concernent 41,2% des actifs du secteur. **L'absence de protection est une des principales caractéristiques du secteur informel :**

- **L'inscription à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale est quasi inexistante** chez les actifs du secteur informel (0,2% des UPI) ;
- **Seules 0,7% des UPI ont souscrit à une assurance** auprès d'une société privée pour la couverture des risques de métier ;
- **Seulement 1,5% des employés sont déclarés auprès de la CNSS.**

Le secteur informel et l'Etat Burkinabè

Il existe pourtant des mécanismes de protection mises en place par l'Etat, mais auxquels le secteur informel échappe. En effet pour garantir la protection des travailleurs, la loi fait obligation à toute entreprise employant des salariés de déclarer ces derniers à la Caisse nationale de sécurité sociale afin qu'ils puissent bénéficier d'une assurance contre les risques liés au travail (la maladie – l'invalidité – la vieillesse – le chômage – les charges familiales, le décès), et d'avoir droit à la pension de retraite. L'immatriculation doit se faire dans les huit jours qui suivent, soit l'ouverture ou l'acquisition de l'entreprise, soit à la première embauche d'un salarié lorsque cette embauche n'est pas concomitante au début de l'activité. Les fonctionnaires, militaires et magistrats, sont quant à eux gérés par la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO). Malheureusement, ces deux régimes ne couvrent que la population active dans le secteur formel public et privé ; ils ne touchent pas le secteur informel.

Dans le souci d'accorder la protection sociale aux acteurs de ce secteur, il a été institué le régime de l'assurance volontaire. Ainsi, peut-être assuré volontaire à la Caisse nationale de sécurité sociale :

- Toute personne physique exerçant une activité professionnelle et qui n'est pas affiliée à la CNSS ou à la CARFO ;
- Toute personne ayant été affiliée obligatoire à la CNSS au moins six mois et ayant cessé de l'être ;
- Tout citoyen non couvert par le régime de sécurité sociale et pouvant justifier d'un revenu régulier, qu'il réside ou non sur le territoire national.

Malgré le caractère complexe des relations qui caractérisent l'Etat et le secteur informel, il faut noter que près de 53% des actifs du secteur informel sont favorables à la création d'un système de cotisation sociale et de protection avec un statut public (82% des UPI y sont favorables). Les employés du secteur informel sont prêts à cotiser en moyenne 1 166 FCFA par mois, un effort non-négligeable, vu leur salaire moyen. Le sacrifice qu'ils sont ainsi prêts à consentir est un indicateur de l'intensité du besoin. Les risques que les opérateurs informels aimeraient voir couvrir par un tel système sont par ordre de priorité : la vieillesse, l'accident de travail, l'invalidité, la maladie professionnelle, le décès, l'allocation familiale et la maternité.

2.Le Secteur Informel en Côte d'Ivoire

Le secteur informel occupe une place importante dans l'économie en Côte d'Ivoire (30 à 40 % du PIB) et des emplois du pays (au minimum 75%). Ce secteur s'est imposé comme un axe incontournable pour le développement de l'économie nationale, en raison de la longue période d'instabilité qu'a connu le pays et la réduction subséquente de l'emploi dans le secteur formel. Pour autant, l'informel se développe à la marge de l'Etat, et donc par nature dans un environnement précaire pour ses employés, ce qui constitue un important défi en matière de protection sociale, de couverture maladie universelle et d'assurance.

Aperçu chiffré du secteur informel en Côte d'Ivoire :

- Selon le FMI, en 2017, le secteur informel représente **entre 30% et 40% du PIB** de la Côte d'Ivoire. Plus généralement, les statistiques nationales estiment que **ce secteur représente au minimum 75 % des emplois** et environ 50 % de la richesse nationale.

- L'Agence d'Etude et de Promotion de l'Emploi (AGEPE) estime que près de 91% des emplois sont dans le secteur informel contre 5% dans le secteur privé formel et 4% dans le secteur public. Le secteur informel concentre toutefois plus d'emplois en milieu rural (52%) qu'en milieu urbain (18%).
- En Côte d'Ivoire, **le secteur primaire est essentiellement tiré par le secteur informel**, alors que les secteurs secondaire et tertiaire sont tirés par les activités formelles. Les employés de l'informel du secteur secondaire travaillent principalement dans le BTP (25,05%) et dans les industries agro-alimentaires (17,33%), tandis que dans le secteur tertiaire, ce sont les métiers de la réparation (51,63%), du transport (24,50%) et des hôtels et de la restauration (17,87%) qui sont le plus liés à l'informel. **L'agriculture demeure la plus importante branche au niveau du secteur informel avec 44% des emplois**, contre 26% pour le commerce, 23% pour les services et 7 % pour l'industrie.
- Le secteur informel en Côte d'Ivoire est caractérisé par **le phénomène des migrations**, puisque **32,2% des travailleurs du secteur informel sont des étrangers**. Dans la région d'Abidjan, 68,7% de la main-d'œuvre informelle n'est pas née dans l'agglomération d'Abidjan.

Les caractéristiques de l'emploi dans le secteur informel en Côte d'Ivoire :

En moyenne, **les actifs du secteur informel travaillent 46 heures par semaine**. Environ 26,2% d'entre eux occupent un emploi à temps complet (entre 35 et 48 heures hebdomadaires). **Leur rémunération mensuelle moyenne est de 164 596 FCFA**. Toutefois, ce chiffre varie grandement selon le statut de l'employé, son niveau d'instruction, son sexe et son milieu de résidence. Le salaire mensuel moyen des hommes est estimé à 172 006 FCFA contre 144 877 FCFA chez les femmes, soit un écart de plus de 27 129 FCFA. L'écart entre les salariés du milieu urbain (183 561 FCFA) et ceux du milieu rural (118 773 FCFA) est quant à lui d'environ 64 788 FCFA. Ce salaire n'est que de 97 236 FCFA pour les personnes sans instruction, de 170 118 FCFA pour celles de niveau primaire, et de 293 437 FCFA pour les personnes de niveau secondaire. Il ressort que **près d'un tiers (42,06%) des salariés du secteur informel ont un salaire mensuel moyen en dessous du SMIG** qui correspond à 60 000 FCFA depuis 2014.

L'absence de protection est la caractéristique principale des emplois proposés à la main d'œuvre du secteur informel : 58,1% de la main d'œuvre employée dans les Unités de Production Informelle (UPI) ne bénéficient d'aucune forme de contrat, 35,1% ayant un contrat oral avec l'employeur. Plus de **neuf employés sur dix ne disposent pas de contrat écrit ou de contrat verbal**. Globalement les employés du secteur informel ont très peu d'avantages dans leurs activités. Seulement **3,96% des employés sont déclarés à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)**. On estime que 6,21% d'entre eux ont des avantages en services médicale, 8,57% ont des avantages en nature, et 4,41% bénéficient des congés payés.

Le secteur informel et l'Etat ivoirien

Le gouvernement ivoirien, soucieux de résoudre le problème de chômage, a mis en place **plusieurs structures pour réduire l'emploi informel** :

- L'Agence d'Etude et de Promotion de l'Emploi (AGEPE) devenu Agence Emploi Jeune
- Le Centre de Promotion des Investissements en Côte d'Ivoire (CEPICI)
- La Chambre Nationale des Métiers de Côte d'Ivoire
- Le Ministère de l'entrepreneuriat, de l'artisanat et de la promotion des PME.

Malgré ces nombreuses institutions en vue de formaliser ce secteur, **les politiques peinent à atteindre leurs objectifs**. Dans le même ordre de formalisation, s'inspirant de l'expérience de certains pays qui ont pu **réduire le secteur informel par la politique de sécurité sociale**, le gouvernement ivoirien souhaite aujourd'hui mettre en place **une politique de sécurité sociale incitative** pour le secteur informel en vue de formaliser ce secteur. Le gouvernement ivoirien a ainsi mis en place **l'assurance maladie universelle (AMU)**, agence qui a pour vocation de permettre à la population en général et aux acteurs du secteur informel en particulier de se soigner convenablement. **La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale** demeure l'institution de sécurité sociale par excellence du secteur privé ivoirien. Les services de la CNPS protègent les travailleurs salariés obligatoirement pour les risques : (i) maladie ;(ii) prestations familiales (dont la maternité) ; (iii) accidents du travail-maladies professionnelles ; (iv) pensions (vieillesse, invalidité et survivants). Toutefois, les résultats montrent que la volonté à s'enregistrer est déterminée par le niveau du chiffre d'affaires, le sexe du gérant de l'entreprise et la localité dans laquelle se situe l'entreprise informelle.

3. Le Secteur Informel au Sénégal

Le secteur informel occupe une place importante dans l'économie au Sénégal (41,6% du PIB) et des emplois du pays (48,8%). La dynamique de créations d'Unité de Production Informelle (UPI) au cours des dernières années traduit la montée en puissance du secteur informel comme mode d'insertion privilégié de la main-d'œuvre. Pour autant, l'informel se développe à la marge de l'Etat, et donc par nature dans un environnement précaire pour ses employés, ce qui constitue un important défi en matière de protection sociale, de couverture maladie universelle et d'assurance.

Aperçu chiffré du secteur informel au Sénégal :

- Au Sénégal, l'Agence Nationale de Statistiques Démographiques définit le secteur informel comme l'ensemble des UPI non agricoles dépourvues de NINEA et/ou de comptabilité officielle. De ce fait, les indépendants agricoles sont exclus de ces données.
- La valeur ajoutée du secteur **représente 41,6 % du PIB**. La production du secteur est estimée à 39,8 % de la production nationale, dont 29,8% du commerce, 32,2% des services et 38% du secteur secondaire.
- On compte **773 903 unités de production informelles** (UPI) non agricoles, qui emploient 2 216 717 personnes, soit **48,8 % de la population active occupée**. Les activités commerciales sont les principaux pourvoyeurs d'emplois à hauteur de 39,8 % suivie des autres services (33,9 %) et du BTP (11,3 %).
- Le secteur informel est massivement **constitué de micro-unités**. Près de 34,3 % des UPI sont abritées par des installations de fortune, ce qui les privent d'accès aux principaux services publics.
- La taille moyenne des unités informelles est de 2,9 personnes par établissement. Le **secteur informel a pour principal débouché la satisfaction des besoins des ménages (91,9 %)** et donc entretient très peu de liens directs de production avec le secteur formel.
- L'Etat ne perçoit que 4,2 % de la valeur ajoutée du secteur informel, principalement sous forme d'impôts et de droits d'enregistrement. Seules 8,8 % des UPI disposent d'un NINEA, même si elles ont souvent le Registre du Commerce et du Crédit mobilier (30%).
- L'autofinancement prime comme source de capital des UPI, seulement 2,9% d'entre elles ont recours aux prêts bancaires et 2,5% aux institutions de microfinance

Les caractéristiques de l'emploi dans le secteur informel au Sénégal :

L'auto-emploi est la règle principale qui caractérise ce secteur, puisque l'entrepreneuriat individuel représente **91,8 % des entrepreneurs**. Le **profil de ces employés est généralement masculin** (79,9% d'entrepreneurs sont des hommes), avec un âge moyen d'environ 40 ans. **La main-d'œuvre du secteur informel est faiblement scolarisée, avec 2,8 années d'études en moyenne**. Le secteur est dominé d'entrepreneurs qui ont arrêté leurs études au niveau primaires (28,2 %) et ceux qui n'ont aucun niveau d'études (27,7 %). Quant à leur origine, ils proviennent pour l'essentiel des villes (19,0 % pour Dakar et 48,2 % pour les autres villes), 28,7 % pour le monde rural et 4,1 % pour les étrangers. **Le secteur informel est donc au cœur de l'économie urbaine.**

Les actifs du secteur informel travaillent en moyenne 48,9 heures par semaine, et gagnent un **salaires mensuel moyen de 42 150 FCFA**, soit un taux de salaire horaire de 202 inférieur au salaire horaire minimum stabilisé à 308 FCFA l'heure. **Plus d'un travailleur sur deux (55,3 %) du secteur informel est lié à son patron par un contrat par entente directe et 36,1 % des travailleurs ne disposent pas de contrat**. Par ailleurs, seul le tiers des travailleurs a un statut de salarié.

Par nature, les emplois exercés dans le secteur informel se caractérisent par une absence générale de protection sociale. En effet, **seul 2,2% des UPI sont enregistrées à la Caisse de Sécurité Sociale (CSS) ou à l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES)**. Cette situation a plusieurs explications, dont notamment **l'ignorance de l'enregistrement (36,1%), son caractère non obligatoire (32,4 %), la faiblesse des revenus (9,9 %), et enfin la lourdeur des démarches (8,5 %)**. Des initiatives, aussi bien publiques que privées, ont été prises pour améliorer la protection sociale des travailleurs du secteur informel, mais elles semblent insuffisantes et très souvent peu adaptées aux caractéristiques du secteur, car elles s'inscrivent dans un cadre large d'une couverture pour tous ou d'initiatives privées par le canal des mutuelles d'assurance. Actuellement coexiste un certain nombre de régimes non obligatoires, des mutuelles de santé non subventionnées et des mécanismes de gratuités dans le secteur public. Toutefois,

les travailleurs du secteur informel et du monde rural ne demeurent, en général, non couverts par aucun mécanisme de protection financière contre la maladie.

Le secteur informel et l'Etat Sénégalais

L'immense majorité des unités informelles sont inconnues de l'ensemble des services de l'État. Plusieurs registres d'affiliation existent pour ces structures : le Numéro d'Identification Nationale des Entreprises et Associations assimilées (NINEA), le code contribuable (CC), le registre du commerce, la patente, la carte professionnelle et enfin l'organisme de sécurité sociale (CSS/IPRES). L'affiliation la plus fréquente correspond au registre du commerce (30,0 %), à la chambre des métiers (10,7 %) et à l'immatriculation au NINEA (8,8 %). Pour les autres registres, la proportion d'unités affiliées est inférieure à 1 % à l'exception de l'enregistrement à la sécurité sociale (2,2%). Un peu moins de la moitié des UPI (44,3 %) est prête à enregistrer son établissement auprès de l'administration. Les plus favorables à la réintégration dans la légalité sont les UPI salariales, plus de 82 % se disant disposées à accepter le cadre légal. En effet, près de 5 établissements sur 10 accepteraient ainsi de payer l'impôt sur leur activité.

Trois initiatives ont récemment été mis en place par l'Etat, pour favoriser la protection sociale des employés du secteur informel :

- **La stratégie nationale de protection sociale (SNPS)** a pour l'objectif prioritaire de l'axe 1 « Extension de la protection sociale » est de porter la couverture du risque maladie à 40 % de la population d'ici 2015. Pour ce faire, la SNPS préconise d'une part la mise en place d'une caisse nationale d'assurance maladie pour les salariés du secteur formel et les retraités et d'autre part, un système de protection pour les travailleurs de l'économie informelle, les personnes âgées et les plus vulnérables.
- **La Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie (SNECRM)** met un accent particulier sur la promotion de mutuelles de santé pour étendre l'assurance santé aux ménages de l'économie informelle et du monde rural. Ainsi, le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles est passé de 80, en 2003, à 237 dont 217 mutuelles de santé communautaires et 20 mutuelles d'envergure nationale, en 2011. Le nombre de bénéficiaires est, aujourd'hui, estimé à 609 182.
- **Un dialogue tripartite** en vue d'étendre la protection sociale à l'informel à travers un nouveau cadre, celui du **Régime Simplifié pour les Petits Contribuables (RSPC)**. Ce nouveau dispositif devrait prendre en charge dans sa phase initiale les branches maladie, vieillesse et risques professionnels et avoir un caractère obligatoire.

Ces trois initiatives sont encourageantes, mais doivent encore faire leur preuve, compte tenu des défis liés au secteur informel et à sa tendance à croître à la marge des registres étatiques.

Annexe 3 : Questionnaire sur la CSU et le secteur informel (Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal)

Nom de l'institution :

A. Questions d'ordre général

1. Considérez-vous que le secteur informel (SI) dans le pays soit homogène ou plutôt hétérogène ?
2. A votre avis quelles sont les principaux défis et contraintes pour la couverture du SI par la CSU / contre le risque maladie ?
3. Quel est à votre avis, les voies et moyens pour couvrir le SI ?
4. Devrait-on adopter une stratégie selon l'hétérogénéité de ce secteur ?
5. Doit-on y aller progressivement ?
6. A-t-on les moyens financiers, humains et institutionnels pour y arriver ?
7. La partie offre du système de santé est-elle prête pour ce saut ?
8. A votre avis qui devrait piloter l'agenda de la CSU, en général, et celle de la couverture du SI, en particulier ?

B. Questions sur des modalités pratiques

a) Options de mise en commun

1. Pensez-vous que les régimes de couverture du SI devraient être obligatoires ou facultatifs ?
2. Ce/ces régimes devraient être à part ou mis en commun avec d'autres régimes existants ou à créer ?
3. Devrait-on opter pour Un régime pour le SI ou plusieurs régimes selon les spécificités de chaque sous-secteur informel ?
4. Pensez-vous que les mutuelles corporatistes soient un bon modèle pour la couverture du SI localisé et relativement organisé (commerçants ayant pignon sur rue et payant des taxes ; corporation des agriculteurs...) ?

5. Pensez-vous que les mutuelles à base communautaire soit une bonne alternative pour couvrir le SI ?
 6. Devrait-on séparer les actifs pauvres et non pauvres du SI dans le but de couvrir la population pauvre toute seule et les travailleurs non pauvres séparément ?
 - b) Options de financement et du paquet de services
 7. Devrait-on privilégier des cotisations selon les capacités contributives pour plus d'équité ou sous forme de forfaits pour plus de facilité ?
 8. Cela devrait-il être appliqué à tous les travailleurs du SI ou devrait-on recourir à des traitements différents si le secteur est très hétérogène ?
 9. A quelle fréquence ces cotisations doivent-elles être collectées ?
 10. Quels sont les meilleurs canaux pour faire cette collecte ?
 11. Que pensez-vous de l'utilisation des transferts via le téléphone mobile (mobile money) ?
 12. Pensez-vous que ces cotisations devraient être subventionnées par l'Etat ? Et pour tous les travailleurs du SI ?
 13. Pensez-vous que les impôts et taxes soient une meilleure alternative pour financer la couverture du SI contre le risque maladie ?
 14. Pensez-vous que le panier de soins du/des régimes à mettre en place doit prendre en considération les besoins de ces travailleurs et de leurs familles ou bien le niveau des ressources mobilisables ?
 15. Dans ce cas, pensez-vous que le panier de soins doit être similaire à celui des autres régimes ?
 16. Que pensez-vous d'un panier minimum universel dans votre pays ?
- C. Questions institutionnelles diverses
1. Pensez-vous qu'il serait opportun de créer un fonds et/ou une institution nouvelle pour gérer le/les régimes des travailleurs du secteur informel si le régime en question n'est pas une mutuelle ?

2. Pensez-vous qu'un arrangement institutionnel multiple (avec contrats de sous-traitance) serait nécessaire : différentes institutions chargées de l'immatriculation, production et distribution des cartes d'assurés, collecte des cotisations, définition de la politique d'achat des services de santé, gestion des feuilles maladie, paiement des prestataires, etc. ?
3. Pensez-vous que la couverture étendue de l'état civil serait un atout pour la CSU, y compris la couverture du SI ?
4. Dans ce cas, comment travailler avec le Ministère de l'Intérieur ?

Nom et prénom du responsable des réponses :

Fonction :

Email :

Téléphone :

Merci