



**Organisation Mondiale de la Santé
Bureau Régional de l'Afrique**

DISPOSITIFS DE COUVERTURE DU RISQUE MALADIE DANS 7 PAYS D'AFRIQUE DE L'OUEST FRANCOPHONE

Quelques analyses croisées

Alexis Bigeard, WHO/AFRO/IST-WA/HSS/HFS

20/01/2020

L'OMS a organisé un « laboratoire d'échanges d'expériences » sur l'Assurance Maladie à vocation Universelle à Saly, au Sénégal, en Novembre 2019. Ce laboratoire a été l'occasion de rassembler des informations sur les principaux dispositifs de couverture du risque maladie de 7 pays d'Afrique de l'Ouest francophone (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Togo, Sénégal) dans un document de coproduction. Le présent document opère quelques analyses croisées sur la base de ces informations parfois complétées par des échanges spécifiques avec les pays.

Contenu

L'assurance maladie à vocation universelle (aperçu).....	2
Le portage institutionnel	4
La régulation.....	5
Situation dans les 7 pays	5
Analyse croisée :.....	6
La couverture de la population	8
Population couverte :.....	8
Coût du panier ex post :	9
Délégation de fonctions :	10

L'assurance maladie à vocation universelle (aperçu)

Les sept pays rassemblés à Saly (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Togo, Sénégal) ont tous des dispositifs d'assurance maladie publics, et tous sont dans des démarches ou des réflexions pour étendre cette protection contre le risque financier à l'ensemble de leur population.

Au Burkina Faso, le Régime d'Assurance Maladie Universel (RAMU) est un régime universel. A la présente date (Décembre 2019), le régime a une loi (n°060-2015), et une institution en charge (la Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle) qui dispose d'une partie de son personnel. La couverture commencera en 2020 par les démunis dont une partie est enregistrée. Le dispositif d'exemption de paiement des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans, qui est véritablement fonctionnel et offre une couverture contre le risque maladie à près de 20% de la population, doit être géré bientôt par la CNAMU, et « absorbé » par le RAMU.

Au Bénin le volet « assurance maladie » du projet ARCH est destiné *avant tout* aux pauvres extrêmes et non extrêmes, mais il est ouvert à tous. Ici la vocation universelle est affirmée par un focus de l'Etat sur les populations les plus vulnérables, même si comme ailleurs l'extension est envisagée pour l'ensemble de la population, tout en étant conçue comme étant forcément progressive. ARCH a fait l'objet d'un projet de loi non encore adoptée.

En Côte d'Ivoire une loi (n°2014-131) institue la « Couverture Maladie Universelle ». Celle-ci est mise en œuvre par deux régimes gérés par la même institution de Prévoyance Sociale – la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (IPS-CNAM) : un régime d'assurance sociale (le « Régime Général de Base ») et un régime d'assistance sociale (le « Régime d'Assistance Médicale »). Les deux régimes ont commencé les prises en charge pour une petite partie de la population.

Le Mali a longtemps été pionnier dans son approche pour rendre disponible une assurance maladie pour tous, avec trois dispositifs ciblant trois segments de la population : un régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ciblant le secteur formel et géré par la CANAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) institué pour les plus pauvres et géré par l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM), et la promotion des mutuelles de santé pour donner accès à l'assurance au secteur informel non pauvre. Des tentatives pour subventionner les mutuelles de santé et pour uniformiser leur panier de soins ont été faites ces dernières années. Mais finalement une loi a été votée (n°2018-074) qui porte création d'un régime d'Assurance Maladie Universelle ; le caractère obligatoire est donc désormais institué, il reste au Mali à trouver les moyens de mettre en œuvre cette ambition à l'instar du Burkina Faso, mais pour ce qui le concerne en partant d'institutions et de régimes existants.

En Mauritanie un régime avantageux et solide existe depuis près de 15 ans (ordonnance n°2005-006) qui a été instauré pour les employés du secteur public, géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Le régime a été ouvert au secteur privé en 2012, et plus récemment à l'adhésion volontaire. Si le secteur privé n'a que peu répondu à la proposition, c'est surtout l'ouverture à l'adhésion volontaire – même très limitée - et l'évidente sélection adverse induite qui inquiète. La Mauritanie parle depuis plusieurs années d'étendre l'assurance maladie à l'ensemble de la population, mais il semble que le nouveau gouvernement soit dans une réflexion active pour

enclencher un processus structurel. Au Sénégal le Chef de l'Etat a lancé en septembre 2013 le programme de Couverture Maladie Universelle (CMU), et l'Agence de la CMU a été mise en place en 2015. Le caractère universel est donc clair, mais en l'occurrence ce sont des dispositifs multiples qui sont déployés pour couvrir la population par segments. En particulier le Sénégal compte un dispositif pour les agents du secteur public géré par le Ministère des Finances, un autre pour les travailleurs salariés du secteur privé gérés par les Instituts de Prévoyance Sociale (IPS)¹, un « régime » volontaire via les mutuelles de santé géré par l'Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle (ANACMU), et des dispositifs plus ciblés encore également gérés par l'ANACMU : pour les moins de 5 ans, pour les plus de 60 ans (« plan Sésame »), et même pour les écoliers (pilote). Ce « remplissage du cube » par petits volumes ciblés a atteint de loin le meilleur résultat en Afrique de l'Ouest francophone en termes de couverture de la population. Aujourd'hui le Sénégal réfléchit à la rationalisation, à la consolidation, et à la réorganisation de son programme. La création récente du Ministère du Développement communautaire, de l'Equité Sociale et Territoriale (MDCEST), dont la principale mission est de mettre en cohérence toutes les politiques de protection sociale et d'équité territoriale, va dans ce sens.

Le Togo possède lui aussi un régime solide et relativement ancien (loi n°2011-003) pour les fonctionnaires du secteur public (et assimilés et en retraite), géré par l'Institution Nationale d'Assurance Maladie (INAM). Le Togo envisage depuis le démarrage de ce régime une extension de la couverture contre le risque maladie à l'ensemble de la population, mais aucune disposition n'a véritablement été prise en ce sens. C'est finalement un dispositif ciblé qui a vu le jour tout récemment (2017), le programme présidentiel d'assistance sociale « School Assur » qui prend en charge sur subvention de l'Etat les élèves des établissements scolaires publics. L'extension de la couverture au reste de la population est toujours en discussion.

¹ « L'IPM est une Institution de prévoyance sociale en charge de la couverture maladie des travailleurs et des membres de leur famille. La création d'une IPM d'entreprise ou l'affiliation à une IPM interentreprises est une obligation qui pèse sur l'employeur, au même titre de l'obligation d'affiliation à la Caisse de Sécurité Sociale et à l'IPRES. Selon les lois, décrets et arrêtés en vigueur:

- La création d'une IPM est obligatoire pour toute entreprise comportant au moins 100 travailleurs.
- Si cet effectif n'est pas atteint, l'obligation est faite d'adhérer à une IPM déjà existante ou à une IPM interentreprises ». <http://anads.ansd.sn/index.php/catalog/137/study-description>

Le portage institutionnel

En Côte d'Ivoire, l'IPS-CNAM est sous tutelle du Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale. La Côte d'Ivoire répond donc au principe souvent considéré comme favorable de **la séparation des fonctions d'acheteur et de fournisseur des services de santé**. La situation est similaire au Togo où l'INAM est sous tutelle du Ministère de la Fonction Publique, du Travail, de la Réforme Administrative et de la Protection Sociale. Au Burkina Faso la situation est identique avec la tutelle du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Protection Sociale sur la CNAMU ; on notera pour ce pays que des discussions sont en cours pour éventuellement placer la Caisse au niveau de la Primature ; le dispositif d'exemption de paiement des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans n'est pas encore passé à la CNAMU et donc se trouve toujours sous tutelle du Ministère de la Santé.

Le Bénin répond à la même logique dans la mesure où l'Agence Nationale de Protection Sociale (ANPS) créée par décret mais non encore opérationnelle sera sous tutelle du Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance. Le projet ARCH actuellement en charge du dossier est d'ailleurs placé au sein de ce Ministère.

Dans d'autre cas le Ministère de la Santé est à la fois prestataire de services de santé et acheteur de ses services. C'est le cas de la Mauritanie avec la CNAM. Au Mali la séparation a longtemps prévalu, mais aujourd'hui le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales a repris la Tutelle de la CANAM et de l'ANAM.

Le Sénégal est dans une situation un peu moins simple du fait de la multiplicité (et de la fragmentation) de ses dispositifs de couverture du risque maladie : le Ministère des Finances est directement tutelle de la couverture des agents de l'Etat qu'il gère au travers la Direction de la Solde ; l'IPM qui gère les travailleurs salariés du secteur public est sous Tutelle du Ministère en charge du Travail, et l'ANACMU – qui gère la couverture par les mutuelles, le plan « Sésame » ou encore la « gratuité » des soins pour les enfants de moins de 5 ans – est sous tutelle du nouveau Ministère du Développement Communautaire, de l'Equité Sociale et territoriale.

La régulation

Situation dans les 7 pays

Les lieux de la régulation des dispositifs de couverture du risque financier tel que reporté par les pays se présentent ainsi que suit :

Pays	Dispositif(s)	Lieu de la régulation	Commentaire (auteur)
Bénin	ARCH-AM	Direction des Assurances du Ministère de l'Economie et des Finances.	La fonction de la DA/MEF est la régulation des assurances. Dans le cas de « ARCH » en tant que projet, la Présidence ou encore le Conseil des Ministres jouent en fait un rôle important dans la régulation. Lorsque l'ANPS sera créée, elle pourrait être amenée à jouer un rôle de régulation également.
Burkina Faso	RAMU	Autorité de régulation de l'AMU	En fait cette instance n'est pas créée et rien n'indique que sa création soit programmée. Aujourd'hui la régulation se passe au niveau de conseils de gouvernement (rencontre de plusieurs Ministres clés sous l'autorité du Premier Ministre). Cependant l'idée d'un Comité intersectoriel ou Agence de régulation au niveau de la Primature fait son chemin.
Côte d'Ivoire	RGB et RAM	IPS-CNAM	Disposition par décret. L'IPS-CNAM est également l'instance de gestion du risque maladie.
Mali	AMO et RAMED ; RAMU	CNAM	La création d'une instance de régulation a souvent été discutée mais jusqu'alors le choix a été que la CNAM gère à la fois le risque et la régulation pour l'AMO, ainsi que la régulation pour le RAMED. Il semble que cette situation soit prévue de la même façon pour le RAMU.
Mauritanie	Assurance maladie de base obligatoire	CNAM	Il n'y a pas d'instance de régulation spécifiquement créée. La CNAM étant sous Tutelle du Ministère de la Santé, celui-ci peut être amené à jouer un rôle de régulation.
Sénégal	Agents de l'Etat	Ministère des Finances et du Budget	
	Travailleurs du secteur privé	ICAMO	
	Couverture mutualiste, Plan Sésame et gratuité < 5 ans	ANACMU	
Togo	ROAM	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	
	SchoolAssur	Comité de suivi intersectoriel	

Analyse croisée :

Selon les pays il peut être fait référence à la régulation ou non dans les textes. Mais de toute façon ce que revêt la régulation n'est pas forcément très explicite.

Cette régulation est parfois confiée à l'organisme de gestion du risque (Côte d'Ivoire, Mali, Togo...), mais de quelle régulation parle-t-on en ce cas ? Il peut difficilement s'agir de la régulation du rapport entre l'offre et la demande par exemple.

La régulation est parfois largement le fait du Ministère de Tutelle de la Caisse d'Assurance notamment lorsqu'il s'agit de la Santé (Mauritanie, Togo). La même question peut alors être posée ou reposée en ces termes : quelle capacité à prendre de la hauteur par rapport aux enjeux intersectoriels en ce cas ?

Une certaine régulation est enfin souvent faite concrètement par une instance supra-ministérielle : la Présidence (ex : Bénin), le chef de gouvernement par des Conseils de Cabinet, Conseils Ministériels ou Conseils des Ministres (Burkina Faso). Logiquement alors on peut penser à la création d'une entité spécifique pour institutionnaliser la fonction (Burkina Faso, Togo pour School Assur).

Dans le cas du Sénégal certaines fonctions de la régulation sont portées par différentes entités pour différents régimes.

En tout état de cause il pourra être très utile de déconstruire cette fonction de régulation dans de prochains échanges. Ceci pourra permettre de réfléchir, en général et au cas par cas, à la manière dont ces sous-fonctions pourraient être portées au mieux. Pour ce faire, on pourra par exemple envisager les 4 axes suivants dans la régulation :

1. Le suivi des institutions qui sont en charge de la gestion du risque (métier de l'assureur) et/ou qui sont en charge de la gestion financière (tiers-payant) :

⇒ Le régulateur vérifie que le travail est bien fait, qu'il est en ligne avec les provisions légales ; il est alors une sorte de seconde ligne (externe) de conseil et/ou de surveillance des caisses après le Conseil d'Administration.

2. Le suivi de la cohérence, de l'opportunité, ou encore de l'efficacité des relations entre les organismes en charge de l'assurance maladie et leurs organismes de gestion déléguée :

⇒ Dans la mesure où les relations entre les organes en charge de l'assurance et les organismes de gestion déléguée peuvent être décidées hors des parties (comme c'était le cas au Mali où la délégation de gestion de la CNAM à l'INPS et à la CMSS était une disposition légale et non contractuelle), un régulateur peut avoir un rôle crucial de suivi, et surtout de correction et d'amélioration de leurs engagements réciproques.

3. La consolidation et le suivi de la cohérence des actions, voire des mandats des différentes institutions en charge de l'assurance maladie à vocation universelle

⇒ Dans de nombreux cas l'assurance maladie à vocation universelle est mise en œuvre par plusieurs Institutions et/ou des directions administratives (ex typique au Sénégal) ; l'objectif d'une couverture du risque maladie pour l'ensemble de la population qui soit efficace, efficiente, pérenne et équitable requière alors un suivi, une supervision, une capacité à consolider les informations et à proposer des modifications systémiques au regard des objectifs généraux (de la CMU par exemple).

4. La médiation, l'arbitrage, l'aide à la concertation entre l'acheteur et le fournisseur de soins :

⇒ La protection de la population contre le risque financier et le financement du système de santé proviennent de plusieurs mécanismes de financement et de l'ensemble des conditions de fonctionnement du système de santé. Des arbitrages sont absolument nécessaires entre l'offre et la demande qui prennent en compte l'ensemble des canaux de financement : pour fixer un tarif ou un mécanisme de paiement, pour définir une liste de médicaments pris en charge, pour préciser un panier de soins pris en charge ou non, etc... La régulation s'intéresse à ces questions avec une hauteur suffisante et dans l'intérêt général.²

² Lors de l'écriture de ce texte, la proposition a été faite d'ajouter un 5^{ème} rôle à la régulation, autour de l'arbitrage des conflits qui pourraient naître entre groupe de bénéficiaires (associations des malades) et les fournisseurs de soins et assureurs. Nous avons choisi de le mentionner en bas de page pour laisser ce point ouvert aux prochains échanges (Saly II ?).

La couverture de la population

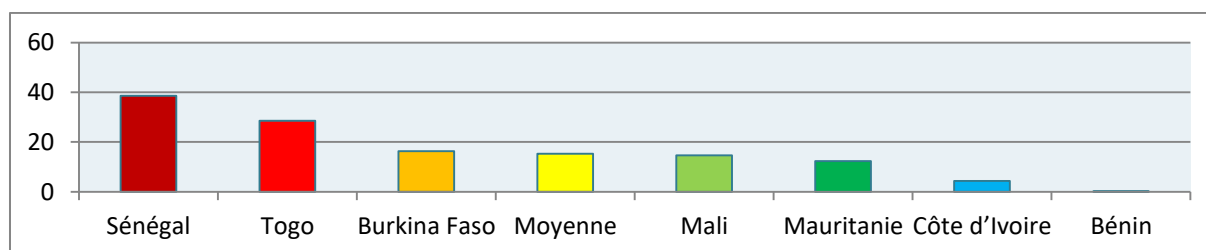
La couverture en assurance maladie doit être observée dans ses trois dimensions (les trois dimensions du cube) : population couverte, panier de soins couverts, niveau de prise en charge.

Population couverte :

Dans un premier temps nous pouvons au moins porter un regard transversal sur les populations couvertes dans les 7 pays réunis à l'atelier de Saly. Encore doit-on bien comprendre que l'exercice ne tient pas compte des nombreuses gratuités particulières, des mutualistes non bénéficiaires de subventions d'Etat selon une politique nationale, etc... mais uniquement des plus gros dispositifs de prise en charge du risque maladie qui ont fait l'objet des fiches descriptives pour l'atelier de Saly³ :

	Pauvres (ou démunis)	Secteur informel autre	Secteur public	Secteur privé	Moins de 5 ans	Autres	Total	% de la pop (est.) ⁴
Bénin ⁵	19.676	-	-	-	-	-	19.676 ⁶	0,2
Burkina Faso ⁷	-	-	-	-	3.400.000	-	3.400.000	16,3
Côte d'Ivoire ⁸	32.000	887.605			-	-	919.605	4,4
Mali	720.000	875.000	1.398.169		-	-	2.993.169	14,7
Mauritanie	-	5.815	432.604	51.739	-	-	490.158	12,3
Sénégal	1.390.908 ⁹	930.156 ¹⁰	459.338 ¹¹	302.915 ¹²	2.365.206	810.456 ¹³	6.258.979	38,6
Togo	-	-	370.679	-	-	1.740.654 ¹⁴	2.111.333	28,5
Moyenne							16.192.920	15,27

Population couverte par les principaux dispositifs en % de la population totale dans 7 pays d'Afrique :



³ Tous les chiffres ont été fournis par les responsables sur les fiches ou par après.

⁴ Chiffres base <https://www.populationdata.net/> (chiffres les plus récents arrondis en millions) : Bénin (11,5), Burkina Faso (20,8) Côte d'Ivoire (25,8), Mali (20,3), Mauritanie (4), Sénégal (16,2), Togo (7,4)

⁵ 540.000 ménages pauvres enrôlés

⁶ Phase pilote démarrée en Août 2019 dans les Communes d'Abomey-Calavi et de Sô-Ava

⁷ 65.000 pauvres enrôlés

⁸ A la date du 3/12/2019, le RGB compte 1 453 448 personnes immatriculées, 1 447 704 cartes produites et 887 605 cartes distribuées ; le RAM compte 584 000 personnes identifiées, 152 000 immatriculées et 32 000 cartes distribuées. Les chiffres bougent de jour en jour.

⁹ BSF + CEC + autres indigents dans les mutuelles

¹⁰ 698.275 cotisants des mutuelles à jour de cotisation (sur les 1 377 107 cotisants immatriculés) + 227.196 élèves + 4.685 Bénéficiaires Ndongo-Daara

¹¹ 140.283 agents de l'Etat + 319.055 membres de leur famille

¹² Nombre d'enrôlés selon enquête 2015

¹³ Plus de 60 ans (« plan Sésame »)

¹⁴ Elèves des établissements scolaires publics (« School Assur »)

Les deux autres dimensions de la couverture sont plus difficiles à appréhender car elles varient énormément d'un dispositif à un autre. Certains éléments pourront être trouvés dans les fiches présentant les régimes. Ceci étant, il est un chiffre intéressant pour apprécier l'ampleur de la prise en charge, une donnée que nous avons appelé le « coût du panier ex post » (paragraphe suivant).

Coût du panier ex post :

Les études actuarielles proposent une estimation du coût du panier par personne et par an¹⁵. Après le démarrage des prises en charge, on peut calculer ce coût « ex post », soit à combien reviennent les prises en charge, en moyenne, par personne et par an. On peut regarder ce coût pour la prime technique¹⁶ ou pour l'ensemble du coût de l'assurance, mais il est plus simple de regarder le coût du panier ex post en le limitant aux prestations prises en charge.

Ces primes techniques ou coût du panier « ex post » sont aux niveaux suivants¹⁷ :

Pays	Dispositif	Coût du panier ex post ou prime total à défaut ¹⁸
Burkina Faso	Gratuité des moins de 5 ans ¹⁹	4.732 ²⁰
	RAMU	Trop tôt, mais l'étude actuarielle donne 12.500
Côte d'Ivoire	RGB	Trop tôt pour savoir, mais prime fixée à 11.540
Mali	AMO	22.336
	RAMED	3.188
Mauritanie	Régime d'AM de base obligatoire	20.900 ²¹
Sénégal	Gratuité des moins de 5 ans	1.220
	Dispositif mutualiste	Non informé, mais prime fixée à 7.000
Togo	ROAM	17.492 ²²
	School Assur	Non informé, mais prime fixée à 1.750

Ces chiffres nous montrent notamment que :

- Les régimes qui n'assurent que le secteur formel ont une prime technique moyenne de 20.000/ FCFA (soit environ 24.000/= FCFA de prime totale).
- Les régimes généraux tablent sur 12.000/= (prime totale) soit la moitié du cas précédent.
- Les dispositifs de prise en charge des enfants de moins de 5 ans du Sénégal et du Burkina Faso sont très différents.

¹⁵ Ou « per capita per annum », en abrégé « pcpa ».

¹⁶ La « prime technique » ou « prime pure » ne retient que le coût des prises en charge, soit hors coût administratif, de gestion, de réserve etc...

¹⁷ Seuls les dispositifs ayant démarré les prises en charge depuis au moins une année sont en mesure de donner des chiffres qui ont un minimum de pertinence.

¹⁸ Chiffre de 2018, En FCFA

¹⁹ Le rapport de la gratuité consolide souvent les prestations aux enfants de moins de 5 ans et les soins maternels gratuits car il s'agit d'un même dispositif et d'une même ligne budgétaire ; ici on a isolé le coût des prestations des enfants de moins de 5 ans dans une logique actuarielle et de mesure de la profondeur de la couverture pour une population cible donnée.

²⁰ Rapport GDS 2018 Burkina Faso p 17 : le coût des prises en charge des enfants de moins de 5 ans est de FCFA 16 089 556 997 sur l'année 2018.

²¹ Total des dépenses 2018 : 572.863.946,56 MRU ; la prime ex post est présentée ici en FCFA pour comparaison avec les autres pays, elle est de 1.169 MRU (monnaie nationale).

²² Chiffre donné par le Togo lors de l'atelier de Saly.

Délégation de fonctions :

Au Bénin, l'essentiel du travail à ce jour concerne l'identification des indigents. Cette fonction est réalisée dans le cadre d'une collaboration multipartite entre le projet Appui aux Communes et aux Communautés pour l'Expansion des Services Sociaux (ACCESS), l'Institut national de Statistiques (INSAE/MPD) et une Direction du Ministère de l'Action Sociale en charge de la coordination des Centres de Promotion Sociale (DASPH/MASM). La cellule en charge de l'Assurance Maladie, qui organise le travail en attendant la création de l'Agence, externalise donc certaines tâches de la fonction d'identification dans le cadre de MoU.

Egalement dans le cadre de ARCH, il est envisagé que les fonctions de gestion financière et de gestion du risque soient confiées aux assureurs privés. Ceci n'est pas encore en place. Cependant afin de limiter la fragmentation il a été envisagé que des contrats soient accordés sur base d'appels d'offre.

Au Burkina Faso le dispositif de prise en charge des enfants de moins de 5 ans a opéré une délégation de fonction précise, à savoir le contrôle de l'effectivité des soins. Il s'agit de vérifier que les soins ont bien eu lieu et dans les conditions (d'exemption) prévues. Cette fonction se réalise notamment par des contrôles aux formations sanitaires complétées par des contrôles au niveau des bénéficiaires. Cette fonction a été confiée à des ONG internationales réparties sur le territoire.

Au démarrage du RAMU/BF, la CNAMU a prévu de s'appuyer sur les organismes d'appui aux mutuelles de santé pour l'ensemble des fonctions opérationnelles, notamment l'identification des indigents, la gestion financière, le contrôle, le rapportage, le paiement des prestataires, etc... Des conventions ont été signées en fin d'année 2019 pour un démarrage des prises en charge en 2020. La CNAMU devra assurer les fonctions standards (immatriculation dans une base, établissement des cartes, suivi du risque notamment) et la mutualisation du risque.

En Côte d'Ivoire l'IPS-CNAM s'appuie beaucoup sur l'externalisation de fonctions dans le cas du régime de base; à savoir sur :

- La Société nationale d'édition de documents administratifs et d'identité (SNEDAI) pour l'enrôlement des assurés ;
- ASCOMA COTE D'IVOIRE Assurances pour le contrôle et la liquidation des prestations ;
- La Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État pour le contrôle et la liquidation des prestations des fonctionnaires et agents de l'Etat ;
- La SOCIETE DE COURTAGE EN ASSURANCE INTER AFRICAIN (SCA INTER), MCI Care et SCCONAS Assurances pour le contrôle et la liquidation des prestations ;

Ces contrats sont relativement récents et l'analyse de leur fonctionnement sera une source riche d'enseignement.

Au Mali et pour l'AMO, l'immatriculation, le recouvrement des cotisations, la liquidation des prestations et le paiement sont confiés à l'Institut National de Prévoyance Sociale et à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale.

L'histoire au Mali a montré que cette délégation, qui est inscrite dans la loi, limitait la marge de manœuvre de l'ANAM. Des contrats de performance ont été envisagés, et plus généralement dans la perspective du RAMU le passage à une contractualisation optionnelle, laissée à discrétion de

l'Agence sur une base opportuniste c'est-à-dire scientifique de suivi de résultats et de recherche d'efficacité. Ceci semble assez logique dans la mesure où l'ANAM est finalement redevable du succès des opérations.

En Mauritanie la CNAM ne délègue pas de fonction, elle se déploie. Mais pour le moment elle ne s'occupe pas vraiment d'offrir une protection sociale en santé aux populations du secteur formel.

Au Sénégal, le Ministère des Finances (pour le secteur public) et les IPS (pour le secteur privé) ne délèguent pas de fonctions opérationnelles. Par contre l'ANCMU s'appuie sur les mutuelles de santé pour couvrir le secteur informel : pour la gestion des cotisations, la gestion des prestations des bénéficiaires... Egalement l'ANCMU assure un ciblage géographique des non cotisants mais il est couplé d'un ciblage communautaire par la Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSN).

L'ANCMU ne délègue pas de fonction dans le cadre du dispositif de prise en charge des enfants de moins de 5 ans, mais elle expérimente une transformation de ce dispositif qui inclut l'enrôlement des enfants par les mutuelles qui se voient alors déléguée la gestion de ces nouveaux affiliés. Enfin il n'y a pas non plus de délégation de fonction dans le cadre du plan Sésame.

Au Togo l'INAM et dans une situation assez similaire à celle de la CNAM de Mauritanie : elle ne s'occupe pas du secteur informel et ne délègue pas de fonction. On notera par contre que School Assur s'appuie sur une société de téléphonie et une plateforme de gestion des assureurs pour une télégestion dématérialisée comprenant l'enregistrement et la gestion des prestations.

Ce petit aperçu des délégations de gestion par les Agences en charge de l'assurance maladie n'est sans doute pas complet car beaucoup de fonctions peuvent être externalisées en totalité ou en partie ; mais il montre que les possibilités sont nombreuses et probablement opportunes en particulier pour le secteur informel, qu'elles doivent être faites dans un cadre professionnel de redevabilité et de recherche d'efficacité. L'aperçu montre aussi, comme dans le cas de la régulation, que des discussions plus approfondies pourront être d'une grande utilité dans le cadre d'un prochain laboratoire d'échange.