



MEMOIRE POUR LE MASTER 2 PROFESSIONNEL DE DROIT

GOUVERNANCE MUTUALISTE

Présenté par SORO MAMADOU

**Mise en œuvre de la Couverture Maladie
Universelle (CMU) dans le contexte du
Règlement communautaire de la mutualité de
l'UEMOA**

**Mémoire préparé sous la direction :
du Professeur Stéphane MANSON, Directeur du Master
et du Professeur Jean Luc PENOT**

**Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines
Faculté de droit et de science politique
Master 2 Professionnel « Gouvernance Mutualiste »
Promotion 2014-2015**

Sigles et Abréviations

AMO	: Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	: Agence Nationale d'Assistance Médicale
ARV	: Anti Retro Viraux
BIT	: Bureau International du Travail
CANAM	: Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CAPSU	: Caisse Autonome de Protection Sociale
CCMS	: Conseil Consultatif de la Mutualité Sociale
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CIPRES	: Conférence Interafricaine de la Prévention Sociale
CMSS	: Caisse Malienne de Sécurité Sociale
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CM-UEMOA	: Conseil des Ministres de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
COM-UEMOA	: Commission de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
DECAM	: Décentralisation de la Couverture Maladie Universelle
FNSS	: Fonds National de Solidarité Sociale
INPS	: Institut National de Prévoyance Sociale
IPS	: Institution de Prévoyance Sociale
IPS-CNAM	: Institution de Prévoyance Sociale-Caisse Nationale d'Assurance Maladie
IPS-CNPS	: Institution de Prévoyance Sociale-Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
MGFAE	: Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat
MUGEF-CI	: Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire
OGD	: Organisme de Gestion Délégué
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCMS	: Plan Comptable des Mutuelles Sociales
PMB	: Paquet Minimum de Bénéfices
PNDS	: Plan National de Développement Stratégique
RAM	: Régime d'Assistance Médical
RAMED	: Régime d'Assistance Médical
RGB	: Régime Général de Base
SNDES	: Stratégie Nationale de Développement Economique et Social
SYSCOA	: Système Comptable Ouest Africain
TAFIRE	: Tableau Financier des Recettes et Emplois
TIC	: Technologie de l'Information et de la Communication
UAM-AFRO	: Union Africaine de la Mutualité-Afrique de l'Ouest
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

Plan détaillé

INTRODUCTION	5
I. La protection sociale au sein l’UEMOA.....	7
1. Le cadre réglementaire de la mutualité sociale au sein de l’UEMOA.....	7
1.1. Historique et justification du cadre réglementaire	7
1.2. Présentation du cadre réglementaire	11
1.2.1. Le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA	11
1.2.2. Le Règlement d’Exécution n°002/2011/COM/UEMOA.....	13
1.2.3. Le Règlement d’Exécution n°003/2011/COM/UEMOA.....	14
1.2.4. Le Règlement n°03/2012/CM/UEMOA	14
1.3. Implications du cadre réglementaire	16
1.3.1. Implications au niveau des Etats membres.....	16
1.3.1.1. L’organe administratif de la mutualité sociale.....	16
1.3.1.2. Le fonds national de garantie.....	18
1.3.2. Implications au niveau des organisations mutualistes.....	19
2. La couverture universelle en santé.....	20
2.1. La couverture universelle en santé selon l’OMS	20
2.2. La couverture universelle en santé dans l’espace UEMOA : comment les Etats assurent-ils le financement de leur système de santé ?	22
II. La place des mutuelles sociales dans la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) au Sénégal, en Côte d’Ivoire et au Mali	25
1. L’approche étatique dans la mise en œuvre de la CMU et l’implication des mutuelles	25
1.1. Le cas du Sénégal.....	25
1.1.1. L’approche étatique dans la mise en œuvre de la CMU au Sénégal	25
1.1.2. L’implication des mutuelles sociales dans la mise en œuvre de la CMU au Sénégal.....	27
1.2. Le cas de la Côte d’Ivoire	29
1.2.1. L’approche étatique dans la mise en œuvre de la CMU en Côte d’Ivoire.....	29
1.2.2. L’implication des mutuelles en Côte d’Ivoire	33
1.3. Le cas du Mali	34
1.3.1. L’approche étatique dans la mise en œuvre de la CMU au Mali	34
1.3.2. L’implication des mutuelles au Mali.....	36

2.	Les conditions d'efficacité des mutuelles dans la mise en œuvre de la CMU.....	38
2.1.	Être des structures de proximité.....	38
2.2.	Être capable de collecter et de gérer les cotisations	39
2.3.	Être des structures opérationnelles et efficaces.....	40
2.4.	Structurer le mouvement mutualiste national et sous régional.....	42
CONCLUSION	45

INTRODUCTION

Le droit à la santé représente un droit universel consacré depuis 1789, par la *Déclaration des droits de L'homme et du citoyen*¹, la *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948*² et le *Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels*³ adopté par l'assemblée générale des Nations Unies en 1966. En Afrique, c'est la *Charte Africaine des droits des peuples*⁴ adoptée le 27 juin 1981, à Nairobi (Kenya) qui affirme ce droit. Précisément, en Afrique de l'ouest, le droit universel à la santé tire sa force du *Traité modifié de l'UEMOA du 29/01/03*⁵, Traité portant création du Parlement de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Ce n'est donc pas fortuit que le conseil des ministres a adopté à Dakar, le 26 juin 2009, le *Règlement communautaire*⁶ portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA.

S'inspirant de ces instruments, des états membres de l'UEMOA ont intégré le concept de protection sociale dans leurs constitutions ; c'est le cas du Mali⁷, du Sénégal⁸, du Bénin⁹, de la Côte d'Ivoire¹⁰, du Burkina Faso¹¹ et du Togo¹².

Si la consécration de ce droit à la santé est effectivement universelle, il importe de s'intéresser aux différentes approches que les institutions ou les Etats vont mettre en œuvre pour le garantir.

A ce niveau, nous identifions l'approche du BIT¹³, pour qui, « *inscrire la sécurité sociale dans ces instruments et dans la législation nationale, c'est reconnaître aussi qu'elle est une*

¹ Préambule de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen

² Article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948.

³ Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels

⁴ Lors de la 18^{ème} Conférence de l'Organisation de l'Unité Africaine

⁵ Extension de la protection sociale dans l'espace UEMOA

⁶ Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA

⁷ Article 17 du Décret n°92-0731 P-CTSP portant promulgation de la constitution. <http://www.fichier-pdf.fr/2013/11/27/mali-constitution-1992/>

⁸ Article 8 de la Constitution de la République du Sénégal du 22 janvier 2001. <http://www.gouv.sn/-Constitution-du-Senegal-.html>

⁹ Article 8 de la loi N° 90-32 du 11 Décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin. <http://www.cour-constitutionnelle-benin.org/lacourpresent/decrets/Constitution.pdf>

¹⁰ Article 7 de la Constitution de la République de Côte d'Ivoire du 23 juillet 2000. http://democratie.francophonie.org/IMG/pdf/Cote_d_Ivoire.pdf

¹¹ Articles 18 et 26 de la loi N° 002/97/ ADP du 27 janvier 1997, modifiée par les lois N° 003-2000/AN du 11 avril 2000 et N° 001-2002/AN du 22 janvier 2002. <http://www.legiburkina.bf/SitePages/Constitution/>

¹² Article 34 de la Constitution de la IVème République, <http://droit.francophonie.org/doc/html/tg/con/fr/2002/2002dftgcofr1.html>

nécessité humaine ». Quant à l'OMS¹⁴, elle parle de Couverture Universelle en Santé (CUS), la définissant comme « *le résultat souhaité d'un système de santé où tous les individus nécessitant des services de santé (promotion, prévention, traitement, rééducation et soins palliatifs) les reçoivent, sans encourir de difficultés financières injustifiées* ».

Avec ces approches, plusieurs pays se sont engagés dans un processus de mise en place de système de couverture maladie universelle pour leurs populations. Aussi, différents mécanismes sont-ils mis en œuvre pour assurer l'effectivité de ce droit. D'une part, le financement direct qui s'appuie sur des systèmes de subvention ou système non contributif se matérialisant dans plusieurs Etats membres de l'UEMOA par des politiques de gratuité ciblée, et d'autre part, les systèmes contributifs mis en œuvre par le biais de caisse de protection ou de sécurité sociale.

Certains pays tels que le Sénégal et le Mali vont plus loin, en impliquant, les mutuelles sociales comme acteurs de mise en œuvre de la couverture universelle de santé étant donné que ces organisations de droit privé ont eu à démontrer leur capacité et leur apport dans l'extension de la couverture du risque maladie.

Le rôle joué par les mutuelles dans la couverture de risques sociaux, notamment du risque maladie a été reconnu par les Etats membres de l'UEMOA à travers l'adoption d'un dispositif réglementaire qui leur confère un statut spécifique et régule leurs activités, faisant d'elles de véritables instruments de promotion de la couverture du risque maladie.

L'objectif de notre étude « *Quelle est la place des mutuelles sociales dans la mise en œuvre de la CMU ?* » est de contribuer à la réflexion sur la pertinence de l'engagement des Etats à assurer le risque maladie de leurs populations.

Dans ce travail nous nous proposons de mettre en évidence les ressorts de mise en œuvre de la CMU dans le contexte du règlement communautaire de la mutualité de l'UEMOA.

L'examen de cette question nous amène à passer en revue les caractéristiques de la protection sociale au sein de l'UEMOA avant de projeter la place qu'occupent les mutuelles sociales dans la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

¹³ Le socle de protection sociale. Chap.1 Introduction. Rapport IV (1) Conférence internationale du Travail, 101e session, 2012. <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/>

¹⁴ http://www.who.int/universal_health_coverage/fr/ : La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial- Cadre, mesures et objectifs, mai 2014.

I. La protection sociale au sein l'UEMOA

La mise en œuvre de la protection sociale au sein de l'UEMOA s'appuie sur le cadre réglementaire portant sur la mutualité sociale et sur l'approche de l'OMS en matière de couverture universelle en santé.

1. Le cadre réglementaire de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA

Après l'historique et la justification du cadre réglementaire, nous nous intéresserons à sa présentation avant de décliner ses implications.

1.1. Historique et justification du cadre réglementaire

Dans les huit pays membres de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA)¹⁵, la protection sociale est assurée par les institutions de prévoyance sociale qui ne couvrent qu'une faible partie de la population. Plus de 90%¹⁶ de la population ne bénéficie d'aucune forme de sécurité sociale et en particulier d'assurance santé. Pour pallier les difficultés considérables d'accès aux soins de santé primaires et réduire les effets de leurs conséquences sur la santé des populations, de nombreuses organisations ont été créées, au cours de ces vingt dernières années, en vue d'assurer une forme de protection sociale aux populations non couvertes par les systèmes formels de sécurité sociale.

Connues en général sous le terme de « mutuelles de santé ou mutuelles sociales », elles se sont développées aussi bien dans le secteur rural et informel que dans le secteur formel (fonctionnaires, entreprises). Elles opèrent tant dans le domaine de la santé que dans celui de la prévoyance (décès, invalidité, ...) et peuvent être de petite taille (moins de 1000 adhérents) comme de grande taille (plus de 200 000 adhérents).

Le développement de ce mouvement mutualiste a attiré l'attention des autorités nationales et de la Commission de l'UEMOA. Elles reconnaissent le rôle prépondérant joué par ces mutuelles dans la politique d'accessibilité des populations aux soins de santé. Ces

¹⁵ Les pays membres de l'UEMOA sont : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée Bissau, Niger, Mali, Sénégal, Togo

¹⁶ <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceld=970>

organisations mutualistes sont apparues comme un facteur d'atténuation des écarts de couverture entre le secteur formel et le secteur informel et une alternative crédible aux difficultés et/ou insuffisances relevées dans le fonctionnement des régimes légaux.

Toutefois, ces structures se sont développées en dehors d'un cadre légal approprié. Peu d'Etats dans l'UEMOA (Mali et Sénégal) ont adopté une loi régissant les mutuelles sociales. Depuis 2005, la Commission de l'UEMOA, avec le soutien financier du Ministère français des Affaires Etrangères et le soutien technique du Bureau International du Travail (BIT), a entrepris de mettre en place un environnement juridique favorable au développement des mutuelles sociales grâce à un cadre réglementaire.

Ce cadre juridique devait permettre :

- D'assurer la sécurité juridique des adhérents aux mutuelles en prévoyant des règles qui encadrent l'activité des organisations qui relèvent de la mutualité sociale ;
- De soutenir le développement des mutuelles en soumettant ces organisations à un certain nombre de règles qui devraient permettre le renforcement de leur crédibilité et de leur fiabilité ;
- De reconnaître que les mutuelles sociales participent à la mise en œuvre du droit à la santé et du droit à la sécurité sociale, responsabilité qui incombe en premier lieu à l'Etat, et qu'elles doivent pouvoir, à ce titre, bénéficier d'un soutien de la part de l'Etat dans le cadre de leurs fonctions ;
- De définir des règles qui mettent en exergue les spécificités des mutuelles sociales, organisations opérant selon une logique propre.

C'est dans cette optique que des ateliers nationaux et sous régionaux ont été organisés en vue de permettre la consultation et l'implication des principaux acteurs concernés dans la mise en place de ce cadre réglementaire.

Les premiers ateliers nationaux organisés, au Burkina Faso (mai 2005), au Bénin (juillet 2005), au Niger (septembre 2005), au Mali (novembre 2005), et au Sénégal (janvier 2006) ont eu pour objectifs de :

- Réunir les principaux acteurs concernés par une loi sur les mutuelles de santé à savoir les prestataires de soins, les ministères, les partenaires sociaux, les partenaires

au développement, les institutions de prévoyance sociale et bien entendu les mutuelles ;

- Créer un espace de dialogue et de travail qui permette d'enranger un réel processus participatif ;
- Trouver un consensus sur les principaux points devant figurer dans un cadre légal sur les mutuelles sociales ;
- Contribuer à la conception d'un cadre légal qui régle les activités des mutuelles de santé et en soutienne le développement.

Les processus initiés dans les différents pays visaient à engendrer une dynamique et une réflexion sur ce thème, également au niveau sous régional. C'est dans cette logique que s'est tenu en février 2006 à Dakar (Sénégal) un atelier sous régional de réflexion sur un texte-cadre sous régional relatif aux mutuelles sociales avec la participation de la Côte d'Ivoire, de la Guinée Bissau et du Togo qui n'avaient pas encore organisés un atelier national. Cet atelier sous régional avait pour objectifs spécifiques :

- D'analyser la proposition de texte-cadre issue des cinq projets de textes de lois nationaux ;
- De présenter une proposition de règles prudentielles ;
- De recueillir les commentaires et les suggestions de modifications du texte-cadre formulés par les différents acteurs présents à l'atelier.

La rencontre de Dakar a ainsi permis de concevoir un texte fédérateur qui pouvait facilement prendre la forme d'un acte unique adopté au niveau communautaire. L'option d'une régulation sous régionale a ainsi été privilégiée par rapport à l'élaboration, par pays, de lois pays.

Trois (3) ateliers nationaux ont ensuite été organisés en Côte d'Ivoire, au Togo et en Guinée Bissau pour amender le texte-cadre devant servir de base à la rédaction d'un acte communautaire soumis à l'adoption des institutions de l'UEMOA.

C'est sur la base des résultats de tous ces travaux qu'un avant-projet de règlement communautaire sur les mutuelles sociales et un avant-projet de règlement d'exécution portant détermination des règles prudentielles pour les risques courts et des règles

communes relatives à la création, à l'organisation et au fonctionnement des mutuelles sociales ont été élaborés. Ils ont ensuite été finalisés par un comité d'experts, représentant les huit pays membres, au mois de novembre 2006 à Ouagadougou (Burkina Faso) dans un atelier organisé sous l'égide de l'UEMOA.

Le 07 novembre 2008 s'est tenue la réunion des Ministres chargés de la Mutualité Sociale des Etats membres de l'UEMOA avec la participation des experts des huit pays membres (représentants de la Mutualité Sociale, des Ministères de Finances et Ministères en charge de la mutualité sociale, des structures d'appui, etc.). A l'issue de ces travaux, les Ministres en charge de la Mutualité Sociale ont notamment recommandé :

- Aux Ministres statutaires de l'UEMOA d'adopter le Règlement portant réglementation de la Mutualité Sociale au sein de l'UEMOA ;
- Aux Etats membres, d'élaborer des politiques d'extension de la protection sociale et la mise en œuvre de programme de renforcement des capacités en Mutualité Sociale.

Au terme de ce processus, sur la base des réflexions, des travaux menés et des recommandations soumis aux instances de l'Union, le Conseil des Ministres statuaire de l'UEMOA, réuni en session ordinaire, a adopté le 26 juin 2009 à Dakar, le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant règlementation de la Mutualité Sociale au sein de l'UEMOA¹⁷.

Ce processus a abouti à une régulation au niveau sous régional qui reconnaît un statut spécifique aux mutuelles en tant qu'organisations qui opèrent dans un domaine d'intérêt général et participent à la mise en œuvre de droits fondamentaux. Cette régulation, qui prend la forme d'un règlement communautaire à savoir l'acte juridique le plus contraignant que peut adopter l'UEMOA, est la première en son genre au niveau mondial.

¹⁷ <http://www.uam-afro.org/donnees-uemoa.html>

1.2. Présentation du cadre réglementaire

Le dispositif ou cadre réglementaire de l'UEMOA en matière de mutualité sociale comprend principalement le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la Mutualité Sociale au sein de l'UEMOA.

Ce Règlement a été par la suite complété le 31 août 2011 par deux Règlements d'Exécution et le 10 mai 2012 par un Règlement spécifique :

- Le Règlement d'exécution n°002/2011/COM/UEMOA déterminant les modalités et procédures de constitution, d'agrément et d'immatriculation des mutuelles sociales et de leurs structures faïtières¹⁸ ;
- Le Règlement d'exécution n°003/2011/COM/UEMOA relatif aux règles prudentielles portant sur les risques courts, aux mécanismes de garantie et au contrôle du fonctionnement des mutuelles sociales et de leurs structures faïtières¹⁹ ;
- Le Règlement n°03/2012/CM/UEMOA portant adoption du Plan Comptable des Mutuelles Sociales au sein de l'UEMOA²⁰.

1.2.1. Le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA

Le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2011, fixe les principes fondamentaux régissant la mutualité sociale au sein de l'UEMOA, ainsi que les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des mutuelles sociales et leurs structures faïtières²¹ (unions de mutuelles sociales et fédérations).

Le Règlement communautaire s'applique aux mutuelles sociales et à leurs structures faïtières qui exercent dans l'espace UEMOA. Les mutuelles sociales et structures faïtières constituées selon les législations nationales des Etats membres de l'UEMOA, antérieurement

¹⁸ <http://www.uam-afro.org/donnees-uemoa.html>

¹⁹ <http://www.uam-afro.org/donnees-uemoa.html>

²⁰ <http://www.ccoa-uemoa.org/fr/publications/plan-comptable-des-mutuelles-sociales-pcms>

²¹ Les Structures faïtières sont des structures regroupant plusieurs mutuelles sociales ayant une identité d'objet sur une base géographique ou professionnelle (union de mutuelles sociales) ou plusieurs regroupements de mutuelles sociales ayant une identité d'objet sur une base géographique ou professionnelles (fédération). Article 1^{er} du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009.

à l'entrée en vigueur du règlement, sont soumises aux dispositions dudit règlement qui abroge toutes les dispositions antérieures contraires.

Entre autres dispositions du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA, nous pensons qu'il est pertinent d'en relever certaines à savoir, les principes de base de la mutualité sociale, l'objet des mutuelles sociales et leurs principales règles de gestion.

Les principes de base édictés par le règlement communautaire sont ²²:

- L'adhésion volontaire et non discriminatoire mais également l'adhésion automatique puisque l'article 33 indique que nonobstant le principe de la liberté d'adhésion, il peut être décidé, par voie de mesure spéciale, en fonction de la particularité de la situation professionnelle des adhérents, que l'adhésion à la mutuelle sociale est acquise du seul fait de l'appartenance à une catégorie professionnelle ;
- Le but non lucratif ;
- Le fonctionnement démocratique et participatif ;
- L'engagement solidaire ;
- L'autonomie et l'indépendance ;
- Le bénévolat ;
- La participation responsable.

En ce qui concerne l'objet des mutuelles sociales, l'article 13 du règlement communautaire précise que les mutuelles sociales ont pour objet, à titre principal, la prévention des risques sociaux liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences (maladie, maternité, décès, incapacité temporaire, ..., risques courts). Elles peuvent à titre accessoire, exercer toute activité ayant pour objet l'amélioration des conditions de vie et l'épanouissement de leurs membres, notamment :

- Créer, conformément à la législation en vigueur, des établissements ou services à caractère sanitaire, médico-social ou culturel ;

²² Article 12 du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009

- Mener des activités économiques en vue d'améliorer les prestations servies à leurs membres dans le strict respect de la réglementation en vigueur en la matière.

Quant aux principales règles de gestion des mutuelles sociales, les dispositions²³ du règlement communautaire leur exigent de :

- Tenir une comptabilité régulière ;
- Produire à la fin de l'exercice (année civile) des états financiers annuels (bilan, compte de résultat, TAFIRE, états annexés) ;
- Etablir les documents de gestion financière (rapport d'exécution budgétaire de l'exercice écoulé, budget prévisionnel de l'exercice) ;
- Produire le rapport annuel de gestion.

1.2.2. Le Règlement d'Exécution n°002/2011/COM/UEMOA

Le Règlement d'Exécution n°002/2011/COM/UEMOA du 31 août 2011 a pour objet de préciser les modalités et procédures de constitution, d'agrément et d'immatriculation des mutuelles sociales et de leurs structures faïtières en application de certaines dispositions du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA.

Ce règlement d'exécution, en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2011, traite avec précision :

- Des modalités et formalités de constitution ainsi que des dispositions des statuts et des règlements intérieurs des mutuelles sociales et de leurs structures faïtières ;
- Des modalités et procédures d'agrément des mutuelles sociales et de leurs structures faïtières ;
- Des modalités de tenue et du contenu du registre national d'immatriculation des mutuelles sociales et de leurs structures faïtières.

Ce règlement d'exécution consacre la reconnaissance légale des mutuelles sociales et de leurs structures faïtières. Aucune mutuelle sociale ou structure faïtière ne peut fonctionner

²³ Article 60 du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009

avant d'avoir été préalablement agréée²⁴ en application des dispositions dudit règlement d'exécution.

1.2.3. Le Règlement d'Exécution n°003/2011/COM/UEMOA

Le Règlement d'Exécution n°003/2011/COM/UEMOA a pour objet de définir les règles prudentielles devant encadrer la gestion des ressources financières des mutuelles sociales, de fixer les modalités d'organisation et d'intervention du fonds national de garantie, de préciser les modalités de contrôle des mutuelles sociales, ainsi que de déterminer les procédures de prise de mesures de sauvegarde, de sanctions administratives et de retrait d'agrément par les autorités administratives compétentes, en application de certaines dispositions du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA.

Ce règlement d'exécution, en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2011, constitue une véritable boussole quant à la gestion financière des mutuelles sociales et des structures faîtières en faisant référence à un certain nombre de décisions de la Commission de l'UEMOA en matière de :

- Conditions de tenue d'une comptabilité d'engagement par les mutuelles sociales et leurs structures faîtières ;
- Détermination du fonds d'établissement des mutuelles sociales et leurs structures faîtières ;
- Définition des ratios prudentiels de répartition des excédents spécifiques à chaque groupe de risques couverts par les mutuelles sociales et leurs structures faîtières ;
- Fixation des indicateurs et ratios prudentiels pour le contrôle du fonctionnement et de la viabilité des mutuelles sociales et leurs structures faîtières.

1.2.4. Le Règlement n°03/2012/CM/UEMOA

Le Règlement n°03/2012/CM/UEMOA adopte le Plan Comptable des Mutuelles Sociales²⁵ (PCMS). Le PCMS est le principal outil de gestion dont disposent les mutuelles sociales en

²⁴ En application des articles 28 et 29, des Dispositions transitoires du Chapitre V. Règlement d'Exécution n°002/2011/COM/UEMOA

vue de produire une information financière fiable et harmonisée. Il permet de mesurer leur performance et de contribuer à la pérennité de leurs activités.

Ce plan comptable s'inspire du SYSCOA²⁶ et du Plan Comptable de référence de la Conférence Inter Africaine de la Prévoyance Sociale²⁷ (CIPRES).

Le Plan Comptable des Mutuelles Sociales répond aux objectifs suivants :

- Offrir un cadre comptable et juridique adéquat aux différentes mutuelles qui participent à l'amélioration de l'accès aux soins de santé et au bien-être des populations ;
- Mettre en évidence la capacité des mutuelles à faire face à leurs engagements vis-à-vis des adhérents ;
- Permettre d'apprécier les équilibres financiers fondamentaux, notamment l'équilibre entre les cotisations et les prestations, et la couverture des provisions techniques par des placements ;
- Obtenir des données homogènes sur les mutuelles sociales par l'instauration de pratiques comptables harmonisées dans l'espace UEMOA ;
- Assurer la fiabilité de l'information financière ;
- Inciter le secteur mutualiste à tenir une comptabilité régulière ;
- Favoriser une meilleure efficacité du contrôle des comptes et donner toute garantie de sincérité, de régularité et de transparence des états financiers ;
- Obtenir une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et du résultat des opérations de chaque mutuelle.

²⁵ <http://www.ccoa-uemoa.org/fr/publications/plan-comptable-des-mutuelles-sociales-pcms>

²⁶ SYSCOA : Système Comptable Ouest Africain dédié aux entreprises commerciales. <http://plancomptable-syscoa.com/>

²⁷ <http://www.lacipres.org/IMG/pdf/PlanComptableCIPRESdesOSS.pdf>

1.3. Implications du cadre réglementaire

Le dispositif réglementaire sur la mutualité sociale au sein de l'UEMOA implique la prise en compte d'un certain nombre d'exigences en direction aussi bien des Etats membres de l'UEMOA qu'en direction des organisations mutualistes elles-mêmes.

1.3.1. Implications au niveau des Etats membres

La mise en application des dispositions du cadre réglementaire de l'UEMOA relatif à la mutualité sociale oblige les Etats membres à prendre un certain nombre de mesures à savoir :

- la mise en place d'un organe étatique performant de régulation et de contrôle de l'activité des organisations mutualistes qu'il aura agréé ;
- la mise en place d'un instrument puissant de renforcement de la pérennisation des mutuelles sociales et de leurs structures faîtières.

1.3.1.1. L'organe administratif de la mutualité sociale

L'article 23²⁸ du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA exige que chaque Etat membre de l'UEMOA se dote d'un organe administratif de la mutualité sociale ainsi qu'un registre national d'immatriculation des mutuelles sociales.

L'organe administratif de la mutuelle sociale est un établissement public ou entité de droit public dotée de la personnalité juridique, de l'autonomie financière de gestion. Cet organe relève du Ministère en charge de la mutualité sociale. Cette disposition implique dans chaque Etat la prise d'un acte administratif en vue de la création d'un établissement public et l'affectation d'un budget spécifique de fonctionnement de cette structure sensée avoir une autonomie financière.

L'organe administratif est chargé de :

- instruire les dossiers d'agrément des mutuelles sociales (analyse des rapports d'étude de faisabilité des mutuelles sociales, ...)

²⁸ Section IV, Chapitre 2.

- tenir le registre national d'immatriculation des mutuelles sociales qui doit contenir toutes les informations d'immatriculation et d'identification des mutuelles agréées, les informations d'identification des membres des organes de gestion et de contrôle et des dirigeants salariés des mutuelles agréées, ainsi que toutes les informations sur les changements affectant le fonctionnement ou la vie des mutuelles sociales ;
- contrôler le fonctionnement des mutuelles ou des structures faïtières, et surveiller leur situation financière ainsi que leur solvabilité au regard des règles prudentielles, en référence aux indicateurs et ratios de viabilité financière, administrative et technique, à partir des états financiers produits ;
- prendre toutes mesures conservatoires nécessaires à la sauvegarde des intérêts des membres des mutuelles ou des tiers concernés ;
- recourir au Fonds national de garantie lorsqu'il estime qu'une mutuelle sociale ou une structure faïtière n'est plus en mesure de faire face à ses engagements ;
- instruire tout dossier de sanctions administratives ;
- instruire tout dossier de retrait d'agrément.

L'exécution de ces missions exige de l'organe administratif de disposer de ressources humaines compétentes spécialisées entre autres en mutualité sociale, en audit et contrôle de gestion, en comptabilité selon le référentiel PCMS mais aussi de disposer d'un système d'information robuste et performant. L'organe administratif qui a une mission de régulation de l'activité des mutuelles sociales devra être capable d'amener les mutuelles à :

- responsabiliser les gestionnaires ;
- imposer la transparence dans la gestion et l'information des mutualistes sur l'utilisation de leurs cotisations et la fourniture des services ;
- sécuriser les cotisations.

Dans la pratique, bien que la régulation des mutuelles sociales passe d'abord par la mise en place des organes administratifs, parmi les huit Etats membres de l'UEMOA, seule la Côte d'Ivoire a mis en place un organe administratif qui répond au statut juridique imposé par le dispositif réglementaire, à savoir un établissement public doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière et de gestion. Les sept autres Etats évoquent principalement des

contraintes d'ordre législatif qui exigent qu'une entité de droit public dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière et de gestion soit capable de mobiliser, par elle-même, au moins, 20% de son budget de fonctionnement, ce qui selon eux ne peut être possible pour une structure de régulation de la mutualité sociale.

Des démarches sont en cours auprès de la Commission de l'UEMOA pour réviser la disposition relative à la personnalité juridique et l'autonomie financière de l'organe administratif afin de donner une flexibilité à chaque Etat concernant sa forme juridique.

1.3.1.2. Le fonds national de garantie

Selon l'article 63 du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale, il est institué, au sein de chaque Etat membre, un fonds national de garantie²⁹ destiné à préserver les droits des membres participants des mutuelles sociales, unions de mutuelles et fédérations et de leurs ayants droit. Les mutuelles sociales et leurs structures faîtières sont tenues d'adhérer au Fonds national de garantie.

Le Fonds national de garantie a pour objet de prévenir autant que possible les défaillances éventuelles des mutuelles et de garantir leurs engagements contractuels vis-à-vis de leurs membres participants.

Le Fonds national de garantie est une personne morale de droit public géré par un conseil paritaire de gestion composé de 2 représentants de l'Etat et de 3 représentants des mutuelles sociales, sous le contrôle d'un conseil paritaire de surveillance composé de 12 membres dont 4 représentants l'Etat et 8 représentants les mutuelles sociales.

Le Fonds national de garantie est alimenté par :

- Les contributions des mutuelles sociales et des structures faîtières ;
- Les sommes versées par les autorités étatiques et communautaires ;
- Les produits financiers de ses placements.

²⁹ Section 4. Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant Règlementation de la Mutualité Sociale au sein de l'UEMOA

La mise en place du Fonds national de garantie implique que chaque Etat apporte une contribution financière pour soutenir et consolider la pérennité financière des mutuelles sociales et du mouvement mutualiste national.

A ce jour, aucun Etat n'a encore réussi à mettre en place son Fonds national de garantie.

1.3.2. Implications au niveau des organisations mutualistes

L'application des règles de gouvernance, des règles prudentielles et des règles comptables édictées par le dispositif réglementaire de l'UEMOA exige la professionnalisation, la rigueur et la transparence dans la gouvernance et la gestion des mutuelles sociales.

Les mutuelles sociales de l'espace UEMOA, qui ont longtemps fonctionné sans régulation, sont désormais obligées de sortir de l'informel, de l'amateurisme et de l'à-peu-près et doivent se doter, au risque de périr ou de se voir retirer leurs agréments, de moyens humains compétents et d'instruments performants de gestion.

Un accent particulier devra être mis sur la formation des dirigeants élus et salariés des mutuelles sociales qui devront faire leur, les principes et valeurs de la mutualité et s'engager dans une démarche rigoureuse de bonne gouvernance.

Une autre implication des dispositions du règlement communautaire est la mise en commun des moyens de gestion pour garantir la maîtrise des charges de gestion et de fonctionnement des mutuelles sociales afin d'allouer l'essentiel des ressources pour servir les meilleures prestations à leurs membres participants et leurs ayants droit.

2. La couverture universelle en santé

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'extension de la couverture du risque santé à l'ensemble de leurs populations, la plupart des Etats africains, en particulier ceux de l'espace UEMOA ont opté pour l'approche selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

2.1. La couverture universelle en santé selon l'OMS

*Le Rapport 2010 sur la santé dans le monde*³⁰, demandé par Dr Margaret Chan³¹, Directrice Générale de l'Organisation Mondiale de la Santé, expose nettement la vision de l'OMS, sur la question de la couverture universelle en santé.

Se fondant sur la Déclaration d'Alma Ata³² qui a indiqué que « *la Santé pour tous contribuerait à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à la paix et à la sécurité à l'échelle mondiale* », l'OMS affirme que « *promouvoir et protéger la santé est essentiel au bien-être humain et au développement économique et social durable* », surtout que dans la plupart des pays, les questions de santé arrivent aux premiers rangs des principales priorités après les questions d'emplois, de salaire et d'inflation.

Sensibles à cette question, les gouvernements tentent de répondre aux attentes des populations en matière de santé. Et la réponse à cette préoccupation désormais politique, est confortée par Dr Margaret Chan qui « *considère la couverture sanitaire universelle comme le concept le plus efficace que la santé publique ait à proposer. Elle concerne tous les individus. Elle unifie les services et les fournit de façon intégrée et globale, sur la base des soins de santé primaires.* »³³

³⁰ Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. <http://www.who.int/whr/2010/fr/>

³¹ Le Dr Margaret Chan est le Directeur général de l'OMS. Elle a été élue à ce poste par l'Assemblée mondiale de la Santé, le 9 novembre 2006. Elle a été reconduite pour un second mandat de cinq ans lors de la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2012. <http://www.who.int/dg/fr/>

³² La Déclaration d'Alma-Ata de 1978 a été révolutionnaire en ce sens qu'elle a relié l'approche de la santé fondée sur les droits à une stratégie viable pour y parvenir. <http://www.unicef.org/french/sowc09/docs/>

³³ Dr Margaret Chan, allocution devant la 65e Assemblée mondiale de la Santé, mai 2012

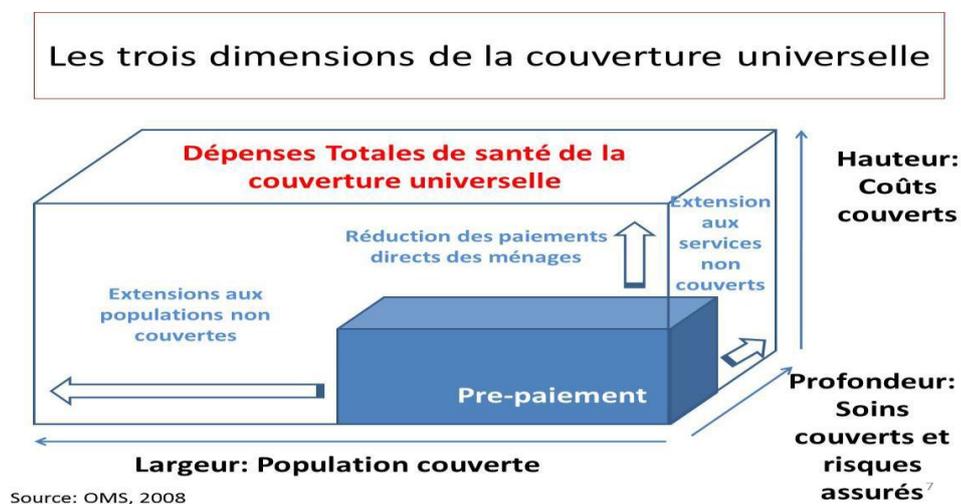
En le³⁴ reconnaissant, les États membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se sont engagés en 2005³⁵ à développer leurs systèmes de financement de la santé afin que tout un chacun puisse accéder aux services, sans subir de difficultés financières lors de leur paiement. Cet objectif a été défini comme la couverture universelle en santé.

L'objectif de la couverture universelle en santé est que tout un chacun ait accès aux soins de santé de qualité, en cas de besoin et de manière équitable. Selon l'OMS, il y a trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle.

Tout d'abord, « l'élargissement » de la couverture, qui sous-tend l'extension de la couverture à des groupes qui, jusqu'à présent, restaient exclus des soins de santé.

Deuxièmement, « l'approfondissement » de la couverture implique la progression des services/prestations (des soins primaires vers des soins plus spécialisés et en qualité).

Enfin, « l'augmentation » de la couverture implique la réduction du paiement direct auquel les gens sont trop souvent confrontés, lorsqu'ils utilisent les soins³⁶.



³⁴ Les questions de santé arrivent aux premiers rangs des principales priorités après les questions d'emplois, de salaire et d'inflation.

³⁵ En 2005, tous les États Membres de l'OMS ont pris l'engagement de parvenir à la couverture sanitaire universelle. Cet engagement était l'expression collective de la conviction que tous les êtres humains devraient avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin sans courir le risque de s'appauvrir ou de connaître la ruine financière. *Rapport sur la santé dans le monde 2013*.p.xi

³⁶ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, « Le financement des systèmes de santé-le chemin vers une couverture universelle », 2010, p.14

Ce système détermine si les personnes peuvent se permettre d'utiliser des services de santé lorsqu'ils en ont besoin, en même temps qu'il détermine si les services existent. C'est pourquoi, dans le même rapport³⁷, l'OMS attire l'attention des gouvernements sur trois problèmes fondamentaux, étroitement liés, qui les empêchent de se rapprocher d'une couverture universelle :

- La disponibilité des ressources car aucun pays, quelle que soit sa richesse, n'a pu garantir à l'ensemble de sa population un accès immédiat à toutes les technologies et interventions pouvant améliorer la santé ou prolonger la vie. À l'autre extrémité de l'échelle, dans les pays les plus pauvres, peu de services sont disponibles pour tous.
- La dépendance excessive aux paiements directs au moment où les personnes ont besoin de soins. Ils comprennent les paiements des médicaments en vente libre ainsi que les honoraires des consultations et des interventions. L'obligation de payer directement pour des services au moment du besoin même – que ce paiement soit officiel ou officieux (sous la table) – empêche des millions de personnes de recevoir les soins médicaux qui leur sont nécessaires.
- L'utilisation inefficace et inéquitable de ressources. L'OMS estime que 20 à 40% des ressources de santé sont gaspillées. Pour l'organisation mondiale, la réduction de ce gaspillage améliorerait considérablement la capacité des systèmes de santé à fournir des services de qualité et à améliorer la santé. Ainsi, grâce à une optimisation de l'efficacité, le Ministère de la Santé peut plus facilement établir le bien-fondé d'une cause en vue d'obtenir des fonds supplémentaires du Ministère des Finances.

2.2. La couverture universelle en santé dans l'espace UEMOA : comment les Etats assurent-ils le financement de leur système de santé ?

En 2005, la 58^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité une résolution qui urge les pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute leur population un accès aux services de santé de qualité.

³⁷ I OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, « Le financement des systèmes de santé-le chemin vers une couverture universelle », 2010, p.14.

Au niveau régional, les Chefs d'Etat Africains se sont engagés depuis 2001 à Abuja³⁸ à allouer au moins 15% de leur budget national pour l'amélioration du secteur de la santé.

Le 12 décembre 2012, la 67^{ème} session de l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution sur la CMU³⁹. Cette résolution appelle chaque Etat membre de l'ONU à éviter de recourir au paiement direct des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires. L'Assemblée générale exhortait ainsi les gouvernements à intensifier leurs efforts pour accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et à des prix abordables.

En fait, au lendemain de leur indépendance, comme tous les pays africains, les pays de l'espace UEMOA ont d'abord assuré l'accès aux soins de santé à leur population respective à travers un financement public assurant un accès quasi gratuit aux soins de santé. Cependant, avec le bouleversement des conditions économiques suite aux plans d'ajustement structurels et à la croissance démographique, les ressources disponibles pour le financement public de la santé devenaient de plus en plus rares. Pour pouvoir continuer à assurer l'accès aux soins de santé, on verra naître avec *L'initiative de Bamako*⁴⁰, lors de la rencontre des ministres africains de la santé en 1987, à Bamako dans la capitale Malienne, des mesures faisant participer les individus au financement de la santé. Ce mécanisme a certes amélioré la disponibilité des médicaments dans les structures sanitaire mais a surtout

³⁸ Les chefs d'Etat africains se sont réunis du 26 au 27 avril 2001 lors d'un sommet spécial pour répondre aux défis exceptionnels posés par le VIH / sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes. Lors de ce sommet, les gouvernements se sont engagés à attribuer au moins 15% du total de leurs budgets nationaux annuels au secteur de la santé. Ils ont également appelé les pays donateurs à respecter leur engagement de consacrer 0,7% du produit national brut (PNB) à l'aide publique au développement et à annuler la dette extérieure africaine, afin d'encourager l'augmentation des investissements dans le secteur social. <http://www.ppdafrica.org/docs/policy/abuja-f.pdf>

³⁹Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 12 décembre 2012. http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81

⁴⁰ Ce concept, né dans les années 1980, a été adopté à la suite d'une réunion de ministres de la santé africains Bamako en 1987 (37e comité régional de l'OMS). Dans un contexte de pénurie, il prévoit un certain niveau de recouvrement des coûts (fixation de tarifs des prestations) et une participation communautaire avec création de comités de gestion. Dans plusieurs pays, il aboutit à la mise en place d'un certain nombre d'activités de soins (paquet minimum de soins) visant notamment à l'amélioration des soins de la mère et de l'enfant et le contrôle des endémies. Il concerne particulièrement la vaccination, l'offre de soins primaires, la vente de médicaments génériques (politique de médicaments essentiels, visant à en faciliter l'accès). Il traduit une volonté de décentralisation de la gestion des systèmes de santé publique et d'amélioration de la transparence (mouvement initié dans les années 1970, à la suite de la déclaration d'Alma Ata). La gratuité de certaines prestations est prévue comme, par exemple, la vaccination des enfants (plan élargi de vaccination) ou encore dans le domaine de la protection maternelle et infantile. https://fr.wikipedia.org/wiki/Initiative_de_Bamako

mis les soins de santé hors de la portée de certaines couches sociales dans les différents pays.

De fait, pour améliorer l'accès aux soins de santé, les mécanismes de prépaiement ont vu le jour, d'abord dans le secteur formel de l'économie (les salariés du public et du privé), ensuite dans le secteur informel de l'économie, à travers les mutuelles de santé.

Toutefois, en dépit de ce long parcours depuis les indépendances, l'accès aux soins de santé reste toujours un casse-tête pour les pays de l'espace UEMOA. Ces dernières années avec les encouragements des institutions internationales OMS, OIT, les pays africains de l'espace UEMOA se sont lancés dans le vaste chantier de la couverture maladie universelle afin d'assurer l'accès aux soins de santé. Chaque pays de l'espace selon ses réalités aux déterminants multiples et divers, emploie une combinaison de divers mécanismes de couverture maladie pour assurer l'accès aux soins et la protection contre le risque financier de la maladie.

II. La place des mutuelles sociales dans la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) au Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Mali

Conscients du rôle essentiel des mutuelles sociales dans l'extension de la protection sociale, les Etats membres de l'UEMOA ont affirmé les impliquer dans leurs politiques nationales d'atteinte de la Couverture Maladie Universelle. L'examen des cas du Sénégal, de la Côte d'Ivoire et du Mali nous éclairera davantage sur l'effectivité de cet engagement.

1. L'approche étatique dans la mise en œuvre de la CMU et l'implication des mutuelles

1.1. Le cas du Sénégal

1.1.1. L'approche étatique dans la mise en œuvre de la CMU au Sénégal

Au Sénégal, seulement une minorité de la population (moins de 20%)⁴¹ bénéficie d'une couverture sociale pour la prise en charge de ses frais médicaux, à travers les trois régimes existants : les régimes obligatoires, l'assistance médicale et les organisations mutualistes.

- Les régimes obligatoires

Les régimes obligatoires⁴² sont constitués par les systèmes de prise en charge des fonctionnaires à travers l'imputation budgétaire et des salariés du secteur privé qui sont assurés dans le cadre des institutions de prévoyance maladie (IPM).

⁴¹ Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017

⁴² Le régime obligatoire des fonctionnaires et agents non fonctionnaires de l'Etat ainsi que leurs ayants droit est régi par le décret N°72-215 du 7 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires. Ce système est financé par le budget de l'Etat (imputation budgétaire) qui permet une prise en charge partielle (80%) des soins médicaux ; les médicaments sont à la charge du malade. Environ 300.000 bénéficiaires (66.000 agents et leurs ayants-droits) sont couverts à travers ce système. La protection des salariés permanents des entreprises privées et publiques, ainsi que leurs ayants droit, est assurée dans le cadre des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), régies par la loi du 30 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociales et le décret N° 75-895 du 14 août 1975 portant organisation des IPM d'entreprise ou interentreprises. Les IPM assurent la prise en charge des soins médicaux et des médicaments pour les bénéficiaires dans une fourchette autorisée de prise en charge de 40 à 80% du montant des prestations. Environ 700.000 bénéficiaires (dont 120.000 salariés) sont couverts à travers le mécanisme d'assurance sociale des IPM (Source : Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017)

- Le régime d'assistance médicale

L'assistance médicale concerne les initiatives de gratuités mises en œuvre par le ministère de la santé et de l'action sociale et tous les mécanismes d'exemption en faveur des indigents. Pour les politiques de gratuité, il s'agit notamment, des accouchements et césariennes, de la gratuité des soins aux personnes âgées⁴³, de l'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) et aux médicaments antituberculeux. En plus, certaines affections à soins coûteux font l'objet de subventions pour abaisser leurs coûts de traitement (diabétiques, cancer, insuffisance rénale, etc.).

- Le régime mutualiste

Les mutuelles de santé au premier franc sont constituées essentiellement des mutuelles de santé communautaires. La population cible des mutuelles de santé est constituée essentiellement des acteurs du secteur informel et du secteur rural qui ne sont pas éligibles aux régimes obligatoires d'assurance maladie et qui représentent près de 80% de la population sénégalaise.

La Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES) 2013-2017 a clairement défini les orientations politiques du Gouvernement du Sénégal pour l'extension de la protection sociale en général, la couverture du risque maladie en particulier. Les objectifs stratégiques poursuivis pour le renforcement de la protection sociale incluent de renforcer la sécurité sociale des travailleurs et des retraités, d'améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables, d'étendre la protection sociale aux acteurs du secteur informel et aux groupes vulnérables.

Un des objectifs stratégiques de la SNDES 2013-2017 en matière de protection sociale est d'étendre la protection sociale au secteur informel et aux groupes vulnérables par la mise en place d'une couverture maladie universelle de base à travers :

- le développement des mutuelles de santé,

⁴³ 70% des personnes âgées (de 60 ans à plus) soit 450 000 bénéficiaires ont l'opportunité d'accéder gratuitement à des soins de santé. La gestion est du ressort d'un conseil national de suivi et d'évaluation présidé par le Ministère de la santé et élargi aux institutions d'assurance vieillesse, à la faculté de médecine et aux associations représentatives de personnes âgées.

- l'amélioration des mécanismes de ciblage,
- la mise en place d'un dispositif d'information et de suivi-évaluation,
- la mise en application de la loi d'orientation sociale pour la protection des personnes handicapées,
- l'extension de la gratuité des soins en faveur des groupes vulnérables,
- la création d'une Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU).

Les orientations stratégiques du PNDS 2009-2018 et de la SNDES 2013-2017 ont servi de fondements pour l'adoption du Plan d'action stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017.

A travers ce plan d'action, l'Etat s'engage à garantir que chaque Sénégalais soit en bonne santé pour être économiquement et socialement productif et contribuer à la lutte contre les inégalités sociales pour la cohésion sociale et la sécurité d'un Sénégal émergent.

Dans cette perspective, l'objectif général du Plan d'Action 2013-2017 est d'étendre la couverture maladie de base à 100% des populations du secteur informel et du monde rural à travers les mutuelles de santé à l'horizon 2017.

1.1.2. L'implication des mutuelles sociales dans la mise en œuvre de la CMU au Sénégal

Le défi majeur de l'extension de la couverture et de l'impact de l'assurance maladie dans les secteurs ruraux et informels a trait à la nécessité de créer une synergie entre les interventions de l'Etat, des collectivités locales et les initiatives communautaires. Pour relever ce défi, il est privilégié la mise en place d'un partenariat effectif entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat pour étendre l'impact de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux.

Les mutuelles de santé communautaires, quant à elles, se basent sur la proximité, les valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle ambiantes dans les communautés de base du Sénégal pour engager et soutenir l'investissement des populations dans la santé.

L'adhésion aux mutuelles de santé est organisée sur une base familiale : en d'autres termes, lorsqu'une famille adhère à la mutuelle de santé, ce sont tous les membres de la famille qui

en deviennent bénéficiaires. Par ailleurs, les résidents de la collectivité de base appartenant à des groupes organisés reconnus (coopératives, groupements d'intérêt économique, groupements féminins, sociétaires des institutions de micro finance, etc.) peuvent s'associer pour adhérer en groupe dans les mutuelles de santé. Dans ce cas d'espèce, les instances de décision du groupe constitué décident délibérément d'adhérer à la mutuelle de santé. Lorsqu'un groupe adhère à la mutuelle de santé, ce sont tous les membres du groupe et leurs dépendants qui en deviennent bénéficiaires.

L'adhésion familiale ou l'adhésion en groupe sont la règle et l'adhésion individuelle est l'exception. L'exception de l'adhésion individuelle est admise dans le cadre d'arrangements contractuels entre le Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) et les mutuelles de santé pour la prise en charge des individus qui sont bénéficiaires des initiatives de gratuités du Ministère chargé de la santé.

L'intervention de l'Etat dans le financement de l'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux nécessite l'harmonisation des paramètres fondamentaux et le renforcement de la réglementation des mutuelles de santé communautaires. Dans cette perspective, un Paquet Minimum de Bénéfices (PMB) des mutuelles de santé communautaires est déterminé par le Ministère chargé de la santé en collaboration avec les parties prenantes pour garantir aux membres et bénéficiaires des institutions mutualistes des services de santé de qualité quels que soient leur statut social et leurs niveaux de contribution.

Les institutions mutualistes sont organisées à trois niveaux dans le cadre de la Décentralisation de la Couverture Maladie Universelle (DECAM) sur la base des principes de solidarité, de responsabilisation et de participation. Au niveau local, une mutuelle de santé communautaire est mise en place au niveau de chaque collectivité locale (commune et communauté rurale). Au niveau départemental, une union départementale des mutuelles de santé communautaires est mise en place au niveau de chaque département administratif. Les mutuelles de santé communautaires et l'union départementale des mutuelles de santé remplissent des rôles complémentaires dans les fonctions (collecte des revenus, assurance maladie et mise en commun des risques, achat des soins de santé) sur la base du principe de subsidiarité.

Les unions départementales de mutuelles de santé adhèrent à l'union régionale de mutuelles de santé de leur région respective et représentent leurs mutuelles membres au sein de l'union régionale.

L'avènement des unions départementales dans le contexte du DECAM s'accompagne, cependant, d'une mutation des fonctions des unions régionales vers le renforcement de leurs rôles d'assistance technique (formation, partage des expériences, système d'information, suivi et appui-conseil) et d'intermédiation sociale entre les unions départementales, les hôpitaux régionaux et nationaux, l'agence de réglementation et les autres acteurs de développement au niveau régional.

Les relations avec les prestataires de soins sont gérées à trois niveaux dans le cadre des réseaux départementaux et régionaux de mutuelles de santé.

L'union régionale appuie la mise en place de conventions cadre entre les unions départementales et les hôpitaux du département pour harmoniser les pratiques contractuelles avec les prestataires de soins. En outre, elle est responsable de la gestion du paquet complémentaire au niveau des hôpitaux régionaux et nationaux.

L'union départementale des mutuelles de santé entretient des relations contractuelles avec les hôpitaux qui desservent le département.

Sur la base de la convention cadre, chaque mutuelle de santé communautaire adapte les relations contractuelles aux spécificités des postes de santé et des centres de santé de sa commune ou communauté rurale.

1.2. Le cas de la Côte d'Ivoire

1.2.1. L'approche étatique dans la mise en œuvre de la CMU en Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, de 1960 à la fin de la décennie 70, la couverture nationale de santé était assez généreuse avec la gratuité des soins de santé et des médicaments dans les structures sanitaires publiques. La crise économique des années 80, aggravée par une succession de

crises sociopolitiques, a rendu cette politique nationale de santé moins généreuse, car l'Etat ivoirien a été conduit à la remplacer, en 1992, par la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, avec la pratique du recouvrement des coûts des actes de soins au sein des établissements publics.

Dans un contexte socio-économique où les dépenses de santé sont supportées à plus de 64%⁴⁴ par les ménages, le coût des soins de santé est devenu un obstacle majeur à l'égal accès de l'ensemble de la population à la santé.

Le mécanisme de solidarité mis en œuvre par le système ivoirien de sécurité sociale garantit une protection sociale obligatoire à environ 10% de la population résidant en Côte d'Ivoire. Plus de 90% de la population essentiellement composée de populations rurales, de populations du secteur informel et de populations vulnérables ne bénéficie pas des prestations légales des régimes privé et public.

Le système de protection sociale en Côte d'Ivoire⁴⁵ s'appuie essentiellement sur trois régimes :

- Le régime des travailleurs salariés

Le régime ivoirien de protection sociale des travailleurs salariés, géré par l'IPS-CNPS⁴⁶, prévoit des dispositions dans le cadre des prestations familiales en cas de maternité, dans le cadre des maladies professionnelles et également dans le cadre de l'action sanitaire et sociale. De même, les employeurs doivent fournir des services médicaux à leurs employés. Il n'existe pas de régime spécifique aux travailleurs indépendants mais ils peuvent adhérer volontairement à l'assurance accident du travail.

- Le régime des fonctionnaires et agents de l'Etat.

Ce régime a été initialement administré par l'Etat. Se fondant sur l'article 32 du décret n° 65-195 du 12 Juin 1965, portant réglementation sur la rémunération et les avantages matériels divers alloués aux Fonctionnaires des administrations et établissements publics de l'Etat, en activité ou à la retraite ainsi que les membres de leurs familles (épouses et enfants à charge),

⁴⁴ Exposé des motifs de la loi instituant la couverture maladie universelle / Loi n°2014-131 du 24 mars 2014.

⁴⁵ Rapport final « Etude de faisabilité de l'appui aux stratégies nationales de couverture du risque maladie dans les Etats membres de l'UEMOA » La Commission de l'UEMOA. Septembre 2014

⁴⁶ Institut de Prévoyance Sociale – Caisse Nationale de Prévoyance Sociale

l'Etat assurait la gratuité des consultations, des soins médicaux et dentaires donnés dans les formations sanitaires publiques, ainsi que la cession gratuite des médicaments.

Face à l'accroissement des charges résultant de la gratuité des soins, le gouvernement constata l'impossibilité pour l'Etat de continuer à supporter l'intégralité des dépenses de santé. C'est ainsi qu'en 1973, il prit le décret n° 73-176 du 27 Avril 1973, portant création de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat⁴⁷ (MGFAE), sous la forme d'une Direction du Ministère de la Fonction Publique. Pour sa gestion, un Comité Consultatif, composé des représentants des Ministères de l'Economie et des Finances, de la Santé Publique, du Travail et des Affaires sociales, de la Fonction Publique et de quatre représentants des organisations syndicales de la Fonction Publique assistait le Ministre de la Fonction Publique.

Le 16 octobre 1989, l'Etat se désengage de la gestion de la MGFAE et demande aux organisations syndicales des fonctionnaires de rechercher la meilleure voie de gestion possible de leur mutuelle. Ainsi, le 29 novembre 1989, la MGFAE est transformée par les syndicats et associations de fonctionnaires, en institution de droit privé régie par la loi du 1er Avril 1898⁴⁸, et dénommée Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire en acronyme MUGEF-CI⁴⁹, en l'absence de réglementation nationale propre régissant la mutualité sociale en Côte d'Ivoire.

Les effectifs adhérents représentent 293874⁵⁰ fonctionnaires et agents de l'Etat en activité ou à la retraite. Deux garanties sont mises en œuvre : les garanties minimales du régime de base obligatoire pour lequel, les fonctionnaires paient 3% de leurs salaires ; les prestations facultatives plus larges avec un coût d'accès forfaitaire de 15.000 FCFA par mois pour une famille de six personnes.

- Les mutuelles sociales

S'agissant des mutuelles spécifiques de santé, en dehors de la MUGEF-CI, les mutuelles sociales couvrent surtout les travailleurs du secteur privé formel. Ces mutuelles sont

⁴⁷ Cette institution a été mise en place par le Décret n° 73-176 du 27 Avril 1973, portant création de la MGFAE instituant un régime de couverture maladie pour les agents de l'Etat. <http://www.mugef-ci.com/historique.html>

⁴⁸ Relative aux sociétés de secours mutuels de France

⁴⁹ <http://pass-mut.org/wp-content/uploads/2015/07/Arrete-portant-cr%C3%A9ation-de-la-Mugef-ci-1960.pdf>

⁵⁰ Au 31 décembre 2014. Bilan de l'exercice 2014. <http://www.mugef-ci.com/index.html>

communément appelées « mutuelles d'entreprise » et assurent des prestations d'assurance maladie pour les employés des entreprises et leurs familles.

Concernant le secteur informel, en Côte d'Ivoire, il n'existe aucun système de couverture maladie.

En réalité, les systèmes existants en Côte d'Ivoire ont une portée très réduite puisqu'ils ne couvrent en maladie que moins de 10% de la population. C'est pourquoi, l'amélioration du niveau de santé est une priorité pour l'Etat de Côte d'Ivoire. Cet engagement implique une offre de soins de qualité dispensés équitablement sur le territoire et la garantie de leur accessibilité à toutes les couches sociales de la population par la prise en charge collective et solidaire des dépenses de santé.

En vue d'apporter une réponse appropriée à la précarité des conditions de vie des populations et particulièrement aux difficultés d'accès aux soins de santé, le Gouvernement ivoirien a repensé la politique nationale de santé, en mettant en place un système de Couverture Maladie Universelle⁵¹ en abrégé, CMU. L'objectif visé étant de permettre à toutes les personnes vivant en Côte d'Ivoire (universalité) de bénéficier de soins de santé de qualité, dans des conditions financières soutenables, à travers deux régimes :

- Le régime général de base obligatoire⁵² (RGB)
- Le régime d'Assistance Médicale⁵³ (RAM).

Pour la gestion de ces deux régimes, il a fallu créer une Institution de Prévoyance Sociale dénommée « Caisse Nationale d'Assurance Maladie⁵⁴ » en abrégé, IPS-CNAM, en charge pour elle d'assurer⁵⁵ :

- La gestion des régimes créés dans le cadre de la loi instituant la Couverture Maladie Universelle ;

⁵¹ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 : Article 2 « Il est institué par la présente loi, un système obligatoire de couverture du risque maladie au profit des populations résidant en Côte d'Ivoire, dénommé Couverture Maladie Universelle ». <http://ipsctnam.ci/presentation/les-textes>

⁵² Le Régime Général de Base (RGB) est un régime contributif financé par les cotisations des assurés ; il vise la majorité de la population résidant en Côte d'Ivoire.

⁵³ Le Régime d'Assistance Médicale est un régime non contributif qui vise les indigents ; dans ce régime, l'Etat se substitue aux assurés pour le paiement des cotisations. Loi n°2014-131 du 24 mars 2014. Article 3.

⁵⁴ Décret n°2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'Institution de Prévoyance Sociale dénommée « Caisse Nationale d'Assurance Maladie » en abrégé IPS-CNAM. <http://ipsctnam.ci/presentation/les-textes>

⁵⁵ Article 2 du Décret n°2014-395 du 25 juin 2014

- La gestion de tous les programmes spéciaux, y compris pour le compte de tiers, dont l'objet concourt à une meilleure prise en charge du risque maladie ;
- Le recouvrement des cotisations et les services des prestations afférentes à ces différents régimes ;
- La gestion des fonds collectés au titre des régimes du système de Couverture Maladie Universelle ;
- La régulation de la Couverture Maladie Universelle.

L'organisme en charge de la gestion de la Couverture Maladie Universelle, l'IPS-CNAM, est une structure légère de gestion. De ce fait, elle dispose de la faculté de céder certaines de ses compétences à des Organismes Gestionnaires Délégués (OGD). En effet, au regard de l'article 36⁵⁶ de la loi n°2014-131, instituant la Couverture Maladie Universelle, la CNAM peut sur la base d'une convention de délégation approuvée par l'autorité de tutelle, déléguer certaines de ses compétences à des organismes gestionnaires délégués définis comme étant obligatoirement des personnes morales ayant le statut d'Institution de Prévoyance Sociale, de société d'Assurances, de Mutuelle Sociale ou de Société Commerciale justifiant d'une expertise en matière de gestion technique du risque maladie.

1.2.2. L'implication des mutuelles en Côte d'Ivoire

Il est vrai que la loi instituant La Couverture Maladie Universelle indique en son article 36, la délégation de certaines des compétences de l'Institution de Prévoyance chargée de la gestion de la CMU, à des organismes gestionnaires délégués, mais la réalité est que la place des mutuelles dans le dispositif de la CMU, bien qu'affirmée comme essentielle, n'est pas

⁵⁶ Article 36 de la Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 « l'institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle peut déléguer certaines de ses compétences à des organismes gestionnaires délégués. Les organismes gestionnaires délégués ont obligatoirement l'un des statuts suivants :

- Institution de Prévoyance Sociale
- Société relevant du code CIMA
- Mutuelle Sociale au sens du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA.
- Société commerciale justifiant d'une expertise en matière de gestion technique du risque maladie.

Les termes de la délégation de compétences de l'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle aux organismes gestionnaires délégués sont précisés par une Convention de délégation qui doit être approuvée par l'autorité de tutelle. »

encore nette, pour tous. Surtout que, comme le prévoit l'article 36 de la loi, aucune convention⁵⁷ de délégation n'a pour le moment vu le jour.

Dans cette incertitude, il est paru important pour le mouvement mutualiste national, sous l'impulsion du Bureau de l'UAM-AFRO⁵⁸, de fédérer les énergies afin de répondre efficacement aux défis de la Couverture Maladie Universelle.

Dans cette optique, une action de plaidoyer a été initiée par le bureau de l'UAM-AFRO, action qui a consisté à organiser une conférence publique animée par M. Thierry BEAUDET⁵⁹, sur le thème : « *Couverture Maladie Universelle, Rôle des Mutuelles Sociales* ». La conférence a été animée à l'intention des autorités étatiques, de l'Assemblée Nationale, du mouvement mutualiste national, des premiers responsables de la CNAM et des représentations diplomatiques. M. BEAUDET a insisté d'abord, sur la sensibilisation des populations à adhérer au principe même de l'assurance maladie universelle, car du fait du fort taux d'analphabétisme et de pauvreté, ce n'est pas toujours évident que les populations comprennent le bien fondé de cotiser afin de prévenir le risque maladie. Ensuite il a exhorté les mutuelles à faire les adaptations nécessaires pour être des organismes de gestion déléguée (OGD) et jouer ainsi un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la CMU.

1.3. Le cas du Mali

1.3.1. L'approche étatique dans la mise en œuvre de la CMU au Mali

La Déclaration de Politique Nationale de Protection⁶⁰, adoptée en 2002, vise à construire progressivement un système de protection contre les risques de tous les citoyens en général et des couches défavorisées en particulier. La couverture du risque santé a été marquée par:

⁵⁷ Article 36 de la Loi n°2014-131 du 24 mars 2014

⁵⁸ Bureau Régional Afrique de l'Ouest de l'Union Africaine de la Mutualité. L'Union Africaine de la Mutualité a été créée en novembre 2007 au Sénégal par la volonté des mutuelles africaines. Son siège social est à Rabat au Maroc. Pour rapprocher l'UAM de ses membres et rendre plus perceptibles ses actions sur le terrain, l'UAM a décidé d'adopter une organisation du continent en 4 grandes zones : Afrique du nord, Afrique australe, Afrique centrale et Afrique de l'Ouest.

⁵⁹ Conférence publique sur le rôle des mutuelles sociales dans la Couverture Maladie Universelle, 25 Février 2015 à l'Université Félix HOUPHOUET-BOIGNY d'Abidjan. Monsieur BEAUDET est le Président de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale en France (MGEN), et Premier Vice-président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

⁶⁰ Sources : Réunion du Bureau Afrique de l'Ouest de l'Union Africaine de la Mutualité (UAM AFRO) 30 et 31 juillet 2015. Bamako (Mali)

- L'adoption en 2005 du Décret n°05-350/P-RM du 04 août 2005 relatif à la prise en charge gratuite de la Césarienne;
- La création du Programme National de Lutte contre le Paludisme suivant l'ordonnance n°07-022/P-RM ratifiée par la loi n°07-060 du 30 novembre 2007;
- L'instauration en 2009 de l'AMO⁶¹ (pour le secteur formel) et du RAMED⁶² (pour les indigents) ;
- L'adoption en 2011 de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie par les mutuelles aux secteurs informel et rural.

La volonté du Gouvernement de progresser vers la Couverture maladie universelle est matérialisée notamment par:

- L'adhésion du Mali au réseau d'apprentissage collaboratif JLN (Joint Learning Network) en 2009 et à l'initiative de protection sociale en santé P4H (Providing For Health) en 2010;
- L'inscription dans le Programme du Président de la République et la déclaration de Politique Générale du Gouvernement des Premiers ministres successifs;
- L'instruction du Premier ministre, au Ministre de la Solidarité d'optimiser l'assurance maladie obligatoire pour tendre vers la couverture maladie universelle.

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est gérée par la Caisse Nationale d'Assurance maladie (CANAM). L'AMO doit couvrir environ 12% de la population ; y sont donc assujettis :

- Les fonctionnaires civils de l'Etat et des collectivités territoriales, les militaires et les députés ;
- Les travailleurs au sens du Code du travail ;
- Les titulaires de pensions des secteurs public et privé, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pensions militaires ;
- Les employeurs des secteurs public et privé.

A la date de juillet 2015, les statistiques⁶³ de la CANAM indiquent, 721 394 personnes immatriculées, dont 194 085 assurés principaux et 527 309 ayants droit et 161 746 personnes en cours d'immatriculation, dont 131 658 à l'INPS et 30 088 à la CMSS.

⁶¹ Assurance Maladie Obligatoire.

⁶² Régime d'Assistance Médicale.

Le RAMED est gérée par l'ANAM. Suivant la loi N°09-030/AN-RM du 27 juillet 2009, le RAMED est institué au profit des indigents pour la prise en charge gratuite de leurs frais de soins de santé dans les établissements publics de santé. La population cible du RAMED est estimée à 5%.

A la date de juillet 2015, les statistiques de l'ANAM indiquent 40 636 bénéficiaires du RAMED immatriculés à l'ANAM.

Par ailleurs les bénéficiaires du Programme de filets sociaux en cours d'immatriculation au RAMED sont de 153 942 personnes.

1.3.2. L'implication des mutuelles au Mali

Le système mutualiste sera fortement sollicité puisqu'il est destiné à la couverture de 78%⁶⁴ de la population malienne des secteurs informel et du monde rural. L'Union Technique de la Mutualité Malienne est la structure faitière des mutuelles qui compte à ce jour 206 mutuelles sociales. Les statistiques en fin décembre 2014⁶⁵, indiquaient pour les 186 mutuelles agréées 666 757 bénéficiaires inscrits (moins de 5% de la population) pour seulement 308 354 à jour des cotisations.

L'objectif général de la stratégie nationale d'extension des mutuelles de santé est d'améliorer significativement l'accessibilité financière des populations employées dans les secteurs informels et ruraux aux soins de santé de qualité au Mali.

Pour atteindre cet objectif général, la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé vise les objectifs spécifiques suivants :

- Accroître l'adhésion aux mutuelles de santé dans les secteurs informel et agricole,
- Améliorer la qualité des prestations offertes par les mutuelles de santé,
- Renforcer la mobilisation des ressources nationales dans le secteur de la santé.

Pour accroître l'adhésion aux mutuelles de santé, des solutions devront être trouvées aux faiblesses du rythme de développement des mutuelles de santé, aux faiblesses de capacités

⁶³ Sources : Réunion du Bureau Afrique de l'Ouest de l'Union Africaine de la Mutualité (UAM-AFRO) 30 et 31 juillet 2015. Bamako (Mali)

⁶⁴ Sources : Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées. *Stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé au Mali*. Mars 2010

⁶⁵ *Ibid.*

des acteurs impliqués dans la promotion de la mutualité et la gestion des organisations mutualistes et à l'insuffisance d'information et de sensibilisation sur la mutualité au niveau national. Par ailleurs, la qualité des prestations offertes par les mutuelles de santé devrait être améliorée non seulement à travers des améliorations durables de la qualité des services des formations sanitaires aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, mais aussi à travers l'élargissement des paquets de bénéficiaires des mutuelles de santé pour les rendre plus attractives pour les populations et les ménages. L'amélioration de la qualité et l'élargissement des paquets de bénéficiaires des mutuelles de santé, cependant, nécessitent que des solutions soient trouvées à l'insuffisance de la contribution des acteurs en général, de l'Etat et des collectivités territoriales en particulier, au financement des mutuelles de santé et la faible implication des acteurs dans la promotion et le développement des mutuelles de santé.

La démarche adoptée par le Mali est une approche systémique du financement de la santé. Plutôt que de créer des mutuelles isolées, la stratégie entend installer des mutuelles complètement intégrées au système de santé ; elle s'intéresse en même temps, à la qualité de la sensibilisation des ménages tout en veillant à fortifier la capacité contributive de ceux-ci à payer régulièrement leur cotisation donc à asseoir les bases d'une pérennisation du système mutualiste.

L'Etat s'engage donc à construire un système de financement de la santé basé sur la solidarité nationale. Il apportera les ressources nécessaires à la consolidation de ce système jusqu'à ce qu'il soit stabilisé et financièrement viable. Il ne s'agit pas pour l'Etat de subventionner indéfiniment les mutuelles de santé mais bien de marquer sa contribution à l'édification et à la consolidation d'un système de financement, le temps qu'il puisse s'autofinancer de manière durable et donc pérenne.

2. Les conditions d'efficacité des mutuelles dans la mise en œuvre de la CMU

Comme on l'a vu avec les différents cas pays, pour l'extension de la Couverture Maladie Universelle une place importante est réservée aux mutuelles sociales. Pour jouer pleinement le rôle qui leur est assigné, les mutuelles sociales doivent remplir certaines conditions d'efficacité.

2.1. Être des structures de proximité

Les mutuelles sociales sont composées de structures de participation et de gestion démocratiques qui reposent entièrement sur leurs membres, ce qui implique un processus actif et constant de sensibilisation et de concertation avec eux. Cela leur donne aussi une proximité sociale unique qui leur permet de suivre de près les besoins des populations.

A ce propos Jean Michel LAXALT⁶⁶ affirme que *«les responsables mutualistes ont aujourd'hui trois impératifs, trois responsabilités majeures»* :

- Il s'agit d'abord de garantir la permanence des principes solidaires et des pratiques mutualistes distinctives. En effet, pour éviter la banalisation dont pourraient être victimes les mutuelles, il est évident que l'esprit de solidarité demeure une réponse aux réalités d'aujourd'hui.
- Il s'agit ensuite, de maintenir et de renforcer l'équilibre mutualiste entre développement social et développement économique. Ici, ce qui est en jeu, c'est la rigueur qui requiert l'éthique et la bonne gouvernance.
- Enfin, il s'agit d'adapter, de renforcer la démocratie mutualiste, de promouvoir l'esprit de réciprocité et de responsabilité, qui sont les conditions nécessaires à l'adhésion dynamique et à l'exercice de la solidarité responsable. Dans cette perspective, la gouvernance participative apparaît comme un élément dynamique essentiel. En effet, en tenir compte, permet aux entreprises mutualistes d'être beaucoup plus proches des adhérents, et vice versa. En fait, dans cette perspective, soutient Jean Michel LAXALT, *«en appelant à la solidarité collective le groupe solidaire s'engage aussi à la réciprocité vis-à-vis de chacun»*.

⁶⁶ «Les enjeux de la gouvernance mutualiste: Continuité-Développement-Avenir», Master Gouvernance mutualiste. Juin 2013.

Dans cette perspective, le rôle des mutuelles sociales est capital, d'une part, dans le processus d'enrôlement des populations en vue de l'extension de la Couverture Maladie Universelle. Dans ce cas précis, un volet important à ne pas négliger, c'est l'aspect communication. En effet, le déficit de connaissances, d'information et de sensibilisation des populations sur l'assurance maladie en général constitue entre autres un déterminant important de la faible couverture santé. Pour lever ces obstacles, les mutuelles sociales doivent engager d'importants efforts de sensibilisation nécessaires, non seulement pour faire porter l'initiative mutualiste par les acteurs et les leaders communautaires, mais aussi pour promouvoir l'acceptabilité du projet de mutuelle par les populations et leur volonté de participer à la mutuelle sociale, moyen d'accès à la couverture universelle. Par ailleurs, des activités de plaidoyer devront être développées, par les mutuelles, en direction des leaders d'opinion, des notables, des chefs religieux, des leaders des organisations faïtières des organisations communautaires de base, des élus locaux et des leaders politiques.

D'autre part, conscientes de leur proximité avec les populations, les mutuelles sociales doivent accomplir une mission de veille en vue du suivi de la qualité des prestations, du renouvellement des stocks de médicaments et de la présence effective des personnels de santé, à leur poste.

2.2. Être capable de collecter et de gérer les cotisations

Compte tenu du faible taux de bancarisation en Afrique et notamment dans la zone UEMOA, le recouvrement des cotisations est un défi majeur que les mutuelles sociales doivent relever par des actes qui renforcent leur crédibilité. Pour cela, elles doivent déployer des mécanismes simples mais efficaces. Ces mécanismes devront absolument tenir compte des secteurs d'activité pour apporter la stratégie idoine en matière de collecte des cotisations.

Le mécanisme d'adhésion collective des coopératives ou autres groupements d'intérêt économique regroupant les travailleurs, tant du secteur agricole que du secteur informel, aux mutuelles sociales, permet une collecte plus facile des cotisations. En effet, ce sont ces coopératives ou autres groupements qui, par le biais de mécanismes internes et participatifs, auront la responsabilité du paiement des cotisations au profit de la mutuelle.

D'autre part, les mutuelles pourront établir des partenariats avec les institutions de micro finance pour le recouvrement des cotisations de leurs membres qui sont clients de ces institutions.

Certains mécanismes innovants pourraient être mis en avant, tels que les paiements électroniques via les téléphones cellulaires (paiement mobile), des systèmes qui connaissent un réel succès en Afrique, ces dernières années, du fait de la simplicité de leur utilisation. En effet, le transfert d'argent de personne à personne ou personne à mutuelle se fait simplement par SMS et le paiement mobile permet, entre autre, de payer le salaire journalier des travailleurs, le paiement de la course des taxis, le transfert d'argent aux proches en cas d'urgence et le paiement des cotisations au profit des mutuelles.

2.3. Être des structures opérationnelles et efficaces

Afin de contribuer efficacement à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle les mutuelles sociales doivent impérativement renforcer leurs capacités techniques de gestion. Cela passe par le renforcement des systèmes de gestion administrative et financière, le renforcement des systèmes d'information et de suivi, la formation des acteurs à tous les niveaux, le développement de stratégies de communication et le développement d'une plateforme TIC.

Ces renforcements de capacités techniques des acteurs permettront d'assurer la professionnalisation de la gestion du risque maladie à travers les mutuelles sociales. L'accès des secteurs informels et ruraux à la couverture maladie universelle, via les mutuelles sociales va nécessiter le renforcement des capacités techniques et humaines de celles-ci.

Pour accélérer les progrès vers la CMU dans le secteur informel, le renforcement de la gestion administrative et financière, les relations entre les prestataires de soins de santé et les mutuelles sociales et les unions de mutuelles, le renforcement du système national d'information et de suivi doivent être soutenus par le développement d'une plateforme de technologies de l'information et de la communication (Plateforme TIC).

Les opportunités offertes par les TIC devront être mises à profit pour renforcer les systèmes d'identification et de garantie des adhérents et des bénéficiaires, des indigents et des groupes vulnérables. La plateforme TIC devra être adaptée progressivement pour appuyer

les systèmes d'aiguillage, les systèmes de facturation des soins et de paiement des prestataires des soins.

En Côte d'Ivoire, au regard de l'article 36 de la loi instituant la CMU, du fait de leur statut de potentiels OGD, les mutuelles sociales, les compagnies d'assurance et les sociétés commerciales de gestion maladie sont mises en compétition. Cela implique que les mutuelles sociales sont obligées d'être performantes, à tous les niveaux pour être plus compétitives.

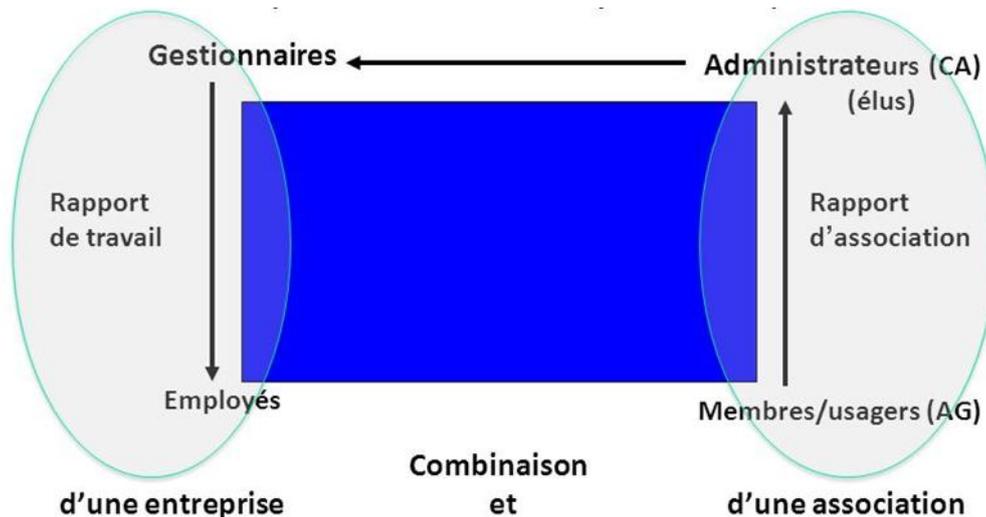
De plus, les principes mutualistes de transparence, de responsabilité sociale, de démocratie, d'égalité, d'équité et de solidarité traduisent les valeurs fondamentales de la mutualité sociale. Ces principes mutualistes, réaffirmés par le Règlement communautaire de l'UEMOA, définissent également des valeurs de références caractéristiques auxquelles s'identifient les mutuelles sociales, notamment :

- Le fonctionnement démocratique et participatif
- L'engagement solidaire
- Le bénévolat
- La participation responsable

Pour y parvenir, les mutuelles sociales sont tenues de s'investir dans la formation, aussi bien des dirigeants mutualistes que des membres des mutuelles sur les valeurs de la mutualité et les règles de gouvernance mutualiste.

De fait, la mutuelle est la combinaison d'une association et d'une entreprise telle que représentée ci-dessous par le quadrilatère des acteurs de Henri Desroche revisité par Benoît Levesque⁶⁷ en 2010.

⁶⁷ Professeur émérite (UQÀM) et professeur associé (ÉNAP) archives.cerium.ca/IMG/ppt/Cerium-ete_2010-Levesque-Courte-F.ppt



Le quadrilatère de Henri Desroche revisité par Benoît Levesque, 2010

2.4. Structurer le mouvement mutualiste national et sous régional

Ayant pris conscience de leur rôle dans la réussite de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle dans les états membres de l'UEMOA, les mutuelles sociales de la zone ont décidé de s'organiser pour relever ce défi et amener les gouvernants à les associer au processus.

C'est dans ce contexte que l'Union Africaine de la Mutualité a décidé de mettre en place un Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest (UAM-AFRO), les 16 et 17 décembre 2014 à Abidjan, lors de la réunion des instances décisionnelles. Le siège de ce Bureau régional est basé à Abidjan.

La zone d'intervention du l'UAM-AFRO couvre l'ensemble des pays de la CEDEAO⁶⁸ et particulièrement, les pays de la zone UEMOA. Pour une meilleure couverture de la zone d'intervention, le Bureau de l'UAM-AFRO est composé de dirigeants mutualistes du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, du Mali, du Niger et du Sénégal.

Les objectifs du bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest sont :

- a. Organiser dans chaque pays le mouvement mutualiste afin de le rendre plus dynamique ;

⁶⁸ Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest.

- b. Prendre une grande part dans la couverture des populations en matière de santé (parvenir à couvrir plus de 45% des populations) ;
- c. Participer activement au développement d'offres de soins de qualité, à des coûts abordables et accessibles à tous ;
- d. Développer l'entreprise mutualiste pour une participation significative à l'économie sociale et solidaire.

Ces priorités participent à la lutte contre la pauvreté et à l'amélioration du bien-être des populations, surtout les plus vulnérables.

En ce qui concerne l'organisation du mouvement mutualiste, le Bureau régional compte amener les mutuelles des pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger et Sénégal) à mettre en place des structures faîtières nationales. Celles-ci auront à travailler sur différentes thématiques dont :

- La Constitution d'un cadre de concertation, d'échange et de travail ;
- Le Renforcement des capacités ;
- La Définition des règles de bonne gouvernance ;
- L'Élaboration d'une charte ou d'un label du mouvement mutualiste ;
- L'Élaboration d'outils de gestion communs (réseaux de structures conventionnées, outils de gestion, etc.) ;
- La Communication institutionnelle (journées thématiques de la mutualité) ;
- La Création d'un pôle d'experts mutualistes ;
- La Création de la maison du mutualiste ;
- Le Plaidoyer et le lobbying auprès des autorités et des groupes d'influence.

Pour lancer ce processus, des actions ont été menées en Côte d'Ivoire, au Sénégal, au Burkina Faso et au Mali.

Au Sénégal, à l'issue de la rencontre du bureau de l'UAM-AFRO, avec le Directeur de Cabinet du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale⁶⁹, le gouvernement a confirmé son engagement à impliquer les mutuelles sociales dans l'extension de la couverture maladie universelle aux populations du secteur informel et rural.

⁶⁹ Le 08 mai 2015, à Dakar

Au Burkina Faso, en marge de la réunion du bureau à Ouagadougou⁷⁰, une audience a été accordée par la Directrice Générale de la sécurité sociale du Burkina Faso. Au cours de cette audience, elle a réaffirmé l'engagement de l'Etat Burkinabé à s'appuyer sur les mutuelles sociales pour la mise en œuvre du régime d'assurance maladie universelle en faveur des populations du secteur informel et agricole.

Au Mali, les actions de plaidoyer en direction des mutuelles sociales ont favorisé une séance de travail⁷¹ du bureau de l'UAM-AFRO avec le Conseiller Technique du Ministre de la solidarité, de l'action humanitaire et de la reconstruction du Nord (Ministère chargé de la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle). Le Conseiller Technique représentant le Ministre a confirmé à la délégation de l'UAM-AFRO, la place réservée aux mutuelles sociales chargées d'assurer la couverture du risque maladie de 78% de la population malienne.

En plus d'organiser le mouvement mutualiste à prendre une part active, dans la mise en œuvre de la CMU, le bureau fait la promotion du dispositif règlementaire de l'UEMOA, en matière de mutualité sociale. Ainsi le 8 juin 2015, au siège de l'UEMOA à Ouagadougou, le bureau a-t-il été reçu en audience par le Commissaire SISSOUMA, chef du Département Développement Humain de l'UEMOA. Convaincu des objectifs nobles et du travail abattu, le Chef de Département Développement Humain a décidé de donner à l'UAM-AFRO, un statut de membre observateur au sein du Conseil Consultatif de la Mutualité Sociale (CCMS)⁷².

⁷⁰ Les 28 et 29 juillet 2015

⁷¹ Le 31 juillet 2015, à Bamako.

⁷² Le Conseil Consultatif de la Mutualité Sociale (CCMS) au sein de l'UEMOA est un organisme consultatif ayant pour mission d'assister la Commission de l'UEMOA dans la mise en œuvre du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin UEMOA. Le CCMS

CONCLUSION

Les mutuelles sociales occupent une place prépondérante dans la mise en œuvre de la couverture maladie universelle, en vue d'assurer aux populations surtout les plus démunies, leur droit à la santé, un droit universellement reconnu et consacré par les Nations Unies. De fait, tous les pays qui s'investissent dans la promotion et le développement de couverture de risque maladie en faveur de leurs populations, s'inspirent des principes édictés en la matière par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Organisation Internationale du Travail.

En Afrique et singulièrement dans la zone UEMOA, les ressorts de mise en œuvre de la CMU trouvent leur pertinence dans le règlement communautaire de la mutualité qui confirme le principe de l'universalité de ce droit. C'est pourquoi, pour les Etats membres et pour les mutuelles sociales, s'associer pour mettre en œuvre la CMU est une nécessité qui permettra de relever les nombreux défis sur le chemin.

Passé le défi du cadre réglementaire, reste la problématique du financement. Etant donné qu'aucun pays, quelle que soit sa richesse, n'a pu garantir à l'ensemble de sa population un accès immédiat à toutes les technologies et interventions pouvant améliorer la santé ou prolonger la vie, du fait de l'indisponibilité des ressources financières, les mutuelles sociales sont amenées à renforcer toutes leurs compétences professionnelles et associatives pour asseoir leur crédibilité et rassurer les populations quant à leur appropriation de la couverture maladie universelle.

Pour y parvenir, elles ont nécessairement besoin de se structurer non seulement, conformément aux dispositions communautaires, mais aussi et surtout parce qu'elles n'ont pas le choix.

En fait, dans les pays où la couverture universelle a été mise en place effectivement, cela n'a été possible que grâce aux actions des mouvements sociopolitiques, notamment celles des mutuelles de santé. En effet, plusieurs caractéristiques intrinsèques aux mutuelles de santé expliquent pourquoi il y a une réelle plus-value à les considérer comme des actrices et partenaires dans la progression vers la couverture maladie universelle.

D'une part, les mutuelles de santé sont composées de structures de participation et de gestion démocratiques qui reposent entièrement sur leurs membres, ce qui implique un

processus actif et constant de sensibilisation et de concertation avec eux. Cela leur donne une proximité sociale unique qui leur permet de suivre de près les besoins des populations. D'autre part, les mutuelles de santé n'ont pas de but lucratif et réinvestissent leurs recettes, dans la prise en charge et les services aux membres.

Toutefois, en vue de pérenniser leur existence, les mutuelles sociales gagneraient à diversifier leurs activités afin d'accroître leurs ressources financières pour offrir plus de services en qualité et en quantité à leurs membres.

BIBLIOGRAPHIE :

Documents Pédagogiques :

- Dossier Pédagogique : La construction des groupes mutualistes. Master Gouvernance mutualiste. (Module 1).UVSQ.
- HENRI NOGUÈS. L'environnement économique et social de la mutualité. Master Gouvernance mutualiste. Module 1.
- Benoît PETIT. Le Cadre Juridique de l'Activité Mutualiste. Mater 2 Gouvernance Mutualiste (Module 2).
- Henri NOGUÈS, «La mutuelle : une entreprise d'économie sociale et solidaire». Réflexions économiques - Master « Gouvernance mutualiste» USQY-MGEN La Verrière le 3/12/13.
- «Le Cadre juridique de l'activité mutualiste». Master II «Gouvernance Mutualiste» 18/03/2015 La mutualité dans le siècle. Ed. FNMF
- «Le rôle des sociétés mutuelles au XXIème siècle». Rapport adopté en 2011, par le Parlement européen sur la Mutualité.
- «Les enjeux de la gouvernance mutualiste: Continuité-Développement-Avenir», Master Gouvernance mutualiste. Juin 2013.UVSQ.
- «L'environnement économique et social de la mutualité» Document pédagogique général. Master Gouvernance mutualiste. Module 1.UVSQ.
- Maître de conférences. Droit Privé, UVSQ, Avocat. Master Gouvernance mutualiste, Mars 2015. (Module 4) ; Cours de « Droit des Ressources Humaines et Protection Sociale »
- Alexis TRICLIN, Master Gouvernance mutualiste. 2013-2014 : Militance et Contrat de Travail.

Autres documents :

- ESS Extension de la Sécurité Sociale, Construction de socles de protection sociales, Partage d'expériences novatrices. Document de Travail n°34. Bureau International du Travail, Genève, 2011.
- Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, Droits de l'Homme, Recueil d'Instruments Internationaux, Volume I (première partie), Instruments Universels. Nations Unies New-York et Geneva, 2002.
- La Stratégie de l'Organisation Internationale du Travail, La Sécurité Sociale pour tous. Mettre en place des socles de protection sociale et des systèmes complets de sécurité sociale. Organisation Internationale du Travail, première édition, 2012.

- Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle (MEMEASFP), Stratégie Nationale de Protection Sociale République de Côte d'Ivoire, Document de Stratégie, Mars 2013.
- TAPE Yagba Bernadin, 2007, «Analyse Econométrique de l'Itinéraire Thérapeutique des ménages de Côte d'Ivoire». Mémoire
- Bureau International du Travail Genève, Le Conseil en management – Guide pour la Profession- 3ème édition, Sous la supervision de Milan Kubr.
- « Le Guide des droits des bénévoles-le soutien au bénévolat ». Ministère de la Ville de la Jeunesse et des Sports France.
- MGEN, GUIDE PRATIQUE, Edition 2015.

Sites Internet :

- <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/>
- http://www.who.int/universal_health_coverage/fr/
- <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action>
- <http://www.ccoa-uemoa.org/fr/publications/plan-comptable-des-mutuelles-sociales>
- <http://plancomptable-syscoa.com/>
- <http://www.lacipres.org/IMG/pdf/PlanComptableCIPRESdesOSS.pdf>
- <http://www.who.int/whr/2010/fr/>
- <http://www.who.int/dg/fr/>
- <http://www.unicef.org/french/sowc09/docs/>
- <http://www.ppdafrica.org/docs/policy/abuja-f.pdf>
- http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81
- https://fr.wikipedia.org/wiki/Initiative_de_Bamako
- <http://www.mugef-ci.com/historique.html>
- <http://pass-mut.org/wp-content/uploads/2015/07/Arrete-portant-creation-de-la-Mugef-ci-1960.pdf>
- <http://www.mugef-ci.com/index.html>
- <http://www.ipsnam.ci/presentation/les-textes>
- <http://www.associations.gouv.fr>
- <http://www.mutualite.fr/>
- <http://www.uam-afro.org/donnees-uemoa.html>