



CONFÉRENCE INTERAFRICAINNE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

SECRETARIAT PERMANENT

**Etude du niveau d'instauration de l'Assurance
Maladie dans les Etats membres de la CIPRES**

décembre 2010

SOMMAIRE

Contexte	04 - 04
I- ANALYSE DES SYSTEMES D'ASSURANCE MALADIE MIS EN PLACE AU GABON, AU MALI ET AU SENEGAL	04 - 07
Tableau relatif à la mise en œuvre de l'assurance maladie au Gabon, Mali et Sénégal	05 - 07
La législation applicable	05 - 05
Les personnes couvertes	05 - 05
Les prestations offertes	05 - 06
L'organisation et le fonctionnement	06 - 07
Le financement	07 - 07
II- PRESENTATION DES ETUDES EN COURS DANS LES ETATS MEMBRES EN VUE DE LA MISE EN PLACE DE L'ASSURANCE MALADIE	08 - 20
<u>A- Synthèse des études sur l'assurance maladie au Bénin</u>	08 - 08
Au niveau national	08 - 08
Au niveau de la CNSS	08 - 08
Les personnes couvertes	08 - 08
Les prestations offertes	08 - 08
<u>B- Synthèse des études sur l'assurance maladie au Burkina Faso</u>	08 - 10
Les personnes couvertes	09 - 09
Les prestations offertes	09 - 09
L'organisation et le fonctionnement	09 - 10
Le financement	10 - 10
<u>C- Synthèse des études sur l'assurance maladie au Cameroun</u>	10 - 11
<u>D- Synthèse des études sur l'assurance maladie en Centrafrique</u>	11 - 11
<u>E- Synthèse des études sur l'assurance maladie en Cote d'Ivoire</u>	11 - 16
Les personnes couvertes	13 - 13
Les prestations offertes	13 - 13
Le financement	13 - 14
Le mode institutionnel de gestion	14 - 16
<u>F- Synthèse des études sur l'assurance maladie au Tchad</u>	16 - 18
Les personnes couvertes	17 - 17
Les prestations offertes	18 - 18
Le financement	18 - 18
Le mode institutionnel de gestion	18 - 18

G- Synthèse des études sur l'assurance maladie au Togo

18 - 20

Les personnes couvertes

18 - 19

Les prestations offertes

19 - 19

Conclusion

20 - 20

Annexe :

Tableau récapitulatif du niveau d'instauration de l'assurance maladie dans les États membres de la CIPRES

CONTEXTE

Lors de la 15^{ème} session ordinaire du Conseil des Ministres tenue à Ouagadougou du 16 au 18 février 2010, le Conseil a par décision N° 269/CM/CIPRES, instruit le Secrétaire Permanent de recueillir auprès des Organismes de Prévoyance Sociale des Etats membres, les données sur le niveau d'instauration de l'assurance maladie dans la zone CIPRES et de lui présenter un rapport sur la question lors de sa prochaine session ordinaire prévue à Yaoundé au Cameroun.

En exécution de cette décision, des correspondances ont été adressées afin de recueillir les données y relatives.

Sur les 13 Etats actifs saisis, 10 ont réagi (dont 05 Ministres de tutelle et 06 Directeurs Généraux des OPS). Il s'agit du Bénin, du Burkina Faso, du Cameroun, du Centrafrique, de la Côte d'Ivoire, du Gabon, du Mali, du Sénégal, du Tchad et du Togo. Parmi ces Etats, trois (le Gabon, le Mali et le Sénégal) ont mis en place l'assurance maladie. Quant aux autres, des études sont menées en vue de son instauration.

L'étude des données reçues est présentée en deux parties. La première est consacrée à une analyse comparative des systèmes mis en place dans les trois Etats précités, tandis que la seconde est axée sur la présentation des études en cours dans les sept autres Etats membres.

I- ANALYSE DES SYSTEMES D'ASSURANCE MALADIE MIS EN PLACE AU GABON, AU MALI ET AU SENEGAL

Cette analyse présente dans un tableau comparatif, les dispositions relatives à la législation applicable, aux personnes couvertes, aux prestations offertes, au mode de gestion et au financement.

Tableau relatif à la mise en œuvre de l'assurance maladie au Gabon, Mali et Sénégal

	Gabon	Mali	Sénégal
Législation applicable en matière d'assurance maladie au Gabon, Mali et Sénégal	<ul style="list-style-type: none"> - L'ordonnance n°0022/ PR/2007 du 21 août 2007 instituant un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale en République Gabonaise ; - la loi n°034/2007 du 28/12/2007 portant ratification de cette ordonnance ; - l'ordonnance n° 0023/ PR/2007 fixant le régime des prestations familiales des gabonais économiquement faibles ; - la loi n° 035/2007 du 28 /12/2007 portant ratification de cette ordonnance ; - décret n° 00969/PR/MTEPS fixant les modalités techniques de fonctionnement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie ; -décret n°00510/PR/MTEPS du 04/06/2008 fixant les statuts de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) ; - décret n°0726/PR/MTEPS du 09/09/2008 fixant les conditions et les modalités d'octroi et de service des prestations familiales aux gabonais économiquement faibles 	<ul style="list-style-type: none"> -loi n°09-015 du 26/06/2009 portant institution du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ; -loi n° 09/016 du 26/06/2009 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) ; -décret n° 09/552/P-RM du 12/10/2009 fixant les modalités d'application de la loi portant institution du régime d'AMO ; -décret n°09/553/P-RM du 12/10/2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la CANAM. 	<ul style="list-style-type: none"> -la loi n°75-50 du 03/04/1975 relative aux Institutions de Prévoyance sociale modifiée ; - le décret n°75-895 du 14/08/1975 portant organisation des Institutions de Prévoyance Maladie d'Entreprise ou Inter-Entreprises et rendant obligatoire la création desdites Institutions ; -l'arrêté interministériel n°9176/MFPTE/DTESS du 31/07/1976 fixant les modèles de statuts et de règlement intérieur des Institutions de Prévoyance Maladie ; -l'arrêté interministériel n°9174/MFPTE/DTESS du 31/07/1976 fixant la liste des fournitures et services qui ne donnent lieu à prise en charge par les Institutions de Prévoyance Maladie ;
Les personnes couvertes	Conformément aux textes précités, la CNAMGS assure la couverture des risques liés à la maladie, la maternité de ses assurés et ayants droit , les retraités ainsi que les charges de famille des gabonais économiquement faibles . A ce titre, la Caisse assure la gestion du fonds d'assurance maladie des agents publics de l'Etat , du fonds d'assurance maladie des travailleurs salariés du secteur privé et parapublic, des travailleurs indépendants et du fonds de garantie sociale des gabonais économiquement faibles, des étudiants, des élèves, des réfugiés et des assurés volontaires	Le régime mis en place concerne les travailleurs salariés et les fonctionnaires actifs, les retraités et leurs ayants droit.	Les travailleurs et les membres de leur famille au sens des textes régissant la sécurité sociale au Sénégal. Par ailleurs, les personnes du 3 ^{ème} âge sont couvertes dans le cadre du plan sésame mis en place par l'Etat.
Les prestations offertes	La Caisse prend en charge les frais occasionnés par la délivrance de soins de santé ou de maternité à un assuré ou à l'un de ses ayants droit dans la limite du plafond autorisé après déduction du ticket modérateur supporté par le bénéficiaire. Les pathologies et les programmes de prévention faisant l'objet d'un financement spécifique de l'Etat ou d'organisations internationales ne sont pas pris en charge par la Caisse. La liste desdites pathologies et les programmes sont fixés par arrêté conjoint des Ministres chargés de la Santé et de la Prévoyance Sociale.	Sont pris en charge : les consultations, les médicaments essentiels de type générique figurant sur la liste préétablie, les analyses de laboratoire, les accouchements sans hospitalisation, les soins dentaires, les actes médicaux et chirurgicaux, les	Les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) prennent en charge les soins médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, les analyses, radios, les soins dentaires, l'optique médicale pour les consultations et un forfait pour les lunettes, le transport et l'accouchement. Le taux de la prise en charge est compris entre 40 et 80%

	<p>Les affections résultant des épidémies déclarées par les autorités compétentes relèvent de la compétence du Ministère en charge de la santé.</p> <p>Les prestations de santé couvertes par l'assurance maladie comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les soins externes médicaux et paramédicaux, les actes d'analyses, de laboratoire et d'imagerie médicale liés directement aux soins ; - les hospitalisations ; - les produits pharmaceutiques et les appareillages ; - les évacuations sanitaires à l'étranger. <p>Le ticket modérateur peut être proportionnel aux tarifs servant de base de calcul des prestations ou fixé à une somme forfaitaire. Les taux ou sommes forfaitaires du ticket modérateur sont fixés par décret.</p> <p>Le ticket modérateur est acquitté par l'assuré auprès du praticien ou de l'établissement de santé agréé par la caisse.</p>	<p>hospitalisations et les évacuations sanitaires à l'intérieure.</p> <p>Sont exclus de la gamme de prestations, les prothèses, les traitements et surveillances médicales dans les établissements de cure, les vaccinations, les évacuations à l'étranger ainsi que toutes les pathologies lourdes.</p> <p>Les prestations sont identiques pour tous les bénéficiaires sans distinction du statut, de l'âge et du sexe, moyennant toutefois le paiement d'un ticket modérateur fondé sur le principe de la rémunération forfaitaire tarifée.</p>	<p>Les prothèses ne sont pas prises en charge.</p> <p>Pour les personnes âgées de 60 ans et plus, le plan sésame leur offre la gratuité des soins (consultations, hospitalisations et médicaments essentiels).</p>
<p>l'organisation et le fonctionnement de l'assurance maladie</p>	<p>La gestion du régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale instituée par l'ordonnance n°022/PR/2007 est confiée à la CNAMGS. La couverture complémentaire des risques maladie et maternité est assurée par les compagnies d'assurances, les mutuelles, et toutes autres institutions de prévoyance sociale dont les règles d'organisation et de fonctionnement sont fixées par la loi.</p> <p>Placée sous la tutelle technique, économique et financière de l'Etat, la CNAMGS est un établissement public à vocation sociale. Elle comprend les organes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le conseil d'Administration ; - la Direction Générale ; - l'Agence Comptable. <p>La Direction Générale comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la Direction des Prestations Sanitaires et Sociales ; -la Direction du Contrôle Médical et de la Lutte contre la Fraude ; -la Direction du Système d'Informations ; -la Direction du Recouvrement et du Contentieux ; -la Direction des Affaires Administratives ; -la Direction des Ressources Humaines ; -une Cellule de l'Audit Interne ; 	<p>Pour la gestion de l'assurance maladie, il a été créé la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM).</p> <p>A cet effet, certains textes nécessaires au fonctionnement de cette Caisse sont déjà adoptés tandis que d'autres sont en cours.</p>	<p>Il est fait obligation à chaque entreprise utilisant au moins 100 travailleurs de créer une institution de prévoyance maladie (IPM). Les entreprises utilisant moins de 100 employés peuvent soit regrouper leurs effectifs pour atteindre ce chiffre au sein d'une IPM interentreprises, soit adhérer à une IPM.</p> <p>Quant au plan sésame, il a été mis en place une carte d'identité numérisée appelée carte d'accès au plan sésame. Elle permet aux personnes âgées de bénéficier des soins totalement gratuits dans les centres de santé et hôpitaux relevant de l'Etat.</p>

	<p>-les Délégations Provinciales ; -les Services Départementaux. La CNAMGS est dirigée par un Directeur Général assisté de Directeurs Généraux Adjoins En vue d'une meilleure gestion, la Caisse a mis en place des feuilles de soins qui doivent obligatoirement être utilisées par les praticiens ou professionnels de santé agréés. De même, un dispositif de contrôle médical visant à s'assurer de la conformité des prescriptions, des hospitalisations et des actes médicaux est opérationnel. Il est en outre prévu des sanctions en cas de prescription ou de consommation abusive de soins.</p>		
<p>le financement</p>	<p>Les opérations financières de la Caisse font l'objet d'un budget annuel en recettes et dépenses. Chaque fonds d'assurance maladie fait l'objet d'une comptabilité distincte dans les conditions fixées par décret. Les ressources de la Caisse se composent : -des cotisations sociales ; -de la redevance obligatoire à l'assurance maladie ; -de la subvention de l'Etat ; -des dons et legs ; -de toutes autres recettes générées par les activités propres de la caisse. Le fonds d'assurance maladie des agents du secteur public est alimenté par : -les cotisations de l'Etat employeur ; -les cotisations des agents publics de l'Etat ; -les revenus des placements ; -les majorations et des intérêts pour retard dans le versement des cotisations. Le fonds d'assurance maladie des agents du secteur privé est alimenté par : -les cotisations patronales ; -les cotisations salariales ; -les cotisations forfaitaires des travailleurs indépendants ; -les revenus des placements ; -des majorations et des intérêts moratoires pour retard dans le versement des cotisations. Le fonds de garantie sociale des gabonais économiquement faibles est financé par un impôt indirect dénommé Redevance Obligatoire à l'Assurance Maladie dont les assujettis, la base d'imposition, l'assiette, le taux et les modalités de liquidation et de recouvrement sont fixés par la loi des finances. Les taux des cotisations ainsi que la quote-part à la charge respective de l'employeur et du travailleur sont aussi fixés par décret.</p>	<p>Le financement est assuré par des cotisations obligatoires assises sur les revenus d'activité et de remplacement et dont le taux prévisionnel a été fixé à 7,75% réparti entre les employeurs et les travailleurs à raison de 5,17% pour les premiers et 2,58% pour les seconds. Une fraction des frais est également supportée par l'assuré à travers le paiement d'un ticket modérateur pour bénéficier des prestations.</p>	<p>Le financement des IPM est assuré par les cotisations payées par les employeurs et les travailleurs, les contributions et subventions accordées par les membres d'honneur, les dons et legs. Quant au plan sésame, il est financé en majorité par l'Etat (700 millions en 2009) et en partie par l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (300 millions en 2009).</p>

II- PRESENTATION DES ETUDES EN COURS DANS LES ETATS MEMBRES EN VUE DE LA MISE EN PLACE DE L'ASSURANCE MALADIE

A- Synthèse des études sur l'assurance maladie au Bénin

Dans le cadre de l'instauration de l'assurance maladie, des études sont en cours au niveau national et au niveau de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

Au niveau national

Il a été mis en place un Comité Technique Interministériel (CTI) chargé de faire au Gouvernement des propositions à brève échéance d'instauration d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (R.A.M.U) en République du Bénin.

Au niveau de la CNSS

Un Comité chargé des études préalables, des enquêtes nécessaires auprès des potentiels partenaires et de l'élaboration des avants projets de textes pour l'institution et la mise en œuvre de l'assurance maladie a été mis en place. Ce qui a permis d'identifier les prestations à prendre en charge au niveau de cette branche et des bénéficiaires.

Les personnes couvertes

Les personnes qui seront couvertes seront les mêmes que celles actuellement assurées par la CNSS (les pensionnés, les travailleurs salariés et les membres de leur famille).

Les prestations offertes

Les prestations envisagées sont de deux ordres. Les prestations en espèces (conformément aux dispositions des articles 38 et 53 de la loi n°98-004 portant code du travail au Bénin) et les prestations en natures qui sont :

- les soins préventifs et curatifs liés aux programmes entrant dans le cadre de la politique sanitaire de l'Etat ;
- les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- les soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et ses suites, aux soins d'hospitalisation et aux interventions chirurgicales (chirurgie esthétique exclue) ;
- les actes de biologie médicale, les explorations fonctionnelles, les médicaments admis au remboursement, les poches de sang et les dérivés sanguins ;
- les appareils de prothèses et d'orthèse médicaux admis au remboursement, la lunetterie médicale et les soins bucco-dentaires.

B- Synthèse des études sur l'assurance maladie au Burkina Faso

En vue d'améliorer l'accès aux soins de santé des populations, le Gouvernement a instauré en 2002, la gratuité de soins préventifs incluant :

- la vaccination des enfants et des femmes enceintes, la consultation prénatale, la prise en charge du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, et la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- la subvention des accouchements et des soins obstétricaux d'urgence.

A coté de cet apport qui ne couvre qu'une infime partie de la population, le Gouvernement a engagé la réflexion en vue de la mise en place d'un système d'assurance maladie ouvert à tous à l'horizon 2015. A cet effet, le projet de mise en œuvre d'un système national d'assurance maladie a été adopté en Conseil des Ministres le 4 août 2008.

Il a été créé un Comité de Pilotage (CP) et un Secrétariat Permanent d'Assurance Maladie (SPAM) pour assurer la supervision de ce chantier.

Les personnes couvertes

Le but poursuivi est la couverture de l'ensemble de la population. Il est envisagé d'abord l'instauration d'un régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) pour les travailleurs du secteur formel et ensuite son extension au secteur informel sous la forme de l'assurance maladie volontaire (AMV), mais avec l'objectif d'évoluer vers une assurance maladie obligatoire des populations du secteur informel.

Les prestations offertes

Il sera constitué d'un paquet minimum de prestations (à définir) permettant de garantir aux citoyens l'accès à des soins de santé essentiels. Le panier des soins sera défini sur la base des besoins sanitaires réels de la population et qui permettent de réduire fortement le taux de morbidité de certaines maladies. Des mécanismes complémentaires d'assurance seront prévus pour couvrir les services non inclus dans le paquet minimum à travers les assureurs privés, commerciaux et les systèmes mutualistes.

L'organisation et le fonctionnement

Les orientations en matière d'organisation à l'étape actuelle envisagent la mise en place d'une Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), qui serait responsable de la gestion du dispositif d'assurance maladie et jouerait le rôle d'assureur. A cet effet, elle devrait contractualiser avec l'offre de soins, agréer les structures d'affiliation et de recouvrement, centraliser les contributions des assurés, de l'Etat et des partenaires internationaux, organiser et superviser le déploiement de l'assurance et la formation des différents acteurs.

Il est prévu de mettre en place des caisses régionales, des unités déconcentrées de la CNAM. De même, il est envisagé la mise en place de deux types d'organismes délégués de gestion technique des affiliations et du recouvrement des cotisations. Il s'agit de :

- la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour le secteur privé, et la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO) pour le secteur public ;
- les mutuelles de santé, les institutions de micro finance, les organisations non gouvernementales et les coopératives pour les employés du secteur informel et leurs dépendants.

L'architecture mise en place fait appel à une gouvernance tripartite (Etat, Travailleurs et Employeurs).

Par ailleurs, le processus de mise en œuvre du système national d'assurance maladie qui s'étend de 2008 à 2015, prévoit une phase de construction qui va de 2008 à 2010 et une phase de mise en œuvre dont la 1^{ère} étape débutera en 2011. Une deuxième étape débutera en 2012 avec l'extension de la couverture dans les secteurs formels public et privé et l'insertion progressive du secteur informel. La troisième étape sera consacrée à l'extension de la couverture du secteur informel.

Le processus de mise en œuvre est actuellement à la phase de construction du schéma d'assurance maladie. Six thématiques ont été identifiées en vue d'orienter les études de faisabilité. Il s'agit de :

- la définition d'un panier de soin ;
- la détermination des relations avec l'offre de soin ;
- l'élaboration du cadre juridique ;
- la stratégie financière ;
- le système de gestion ;
- la communication.

Chacune de ces thématiques a été confiée à un groupe de travail mis en place au sein du Comité de Pilotage. Un schéma global du système à mettre en œuvre a été adopté, des partenariats ont été noués avec des organisations internationales, le paquet des soins à couvrir à été défini et devra faire l'objet d'une validation au plan national.

Le financement

Il est envisagé une combinaison de plusieurs sources et mécanismes de financement. Il s'agit notamment des prélèvements sur les revenus des travailleurs du secteur formel, la fiscalité générale de l'Etat, les financements internationaux, et les copaiements des bénéficiaires. La fiscalité générale de l'Etat et les financements internationaux sont envisagés pour supporter une redistribution verticale (transferts sociaux) en faveur des populations les plus pauvres et les plus vulnérables.

C- Synthèse des études sur l'assurance maladie au Cameroun

Au Cameroun, le système d'assurance maladie est en cours d'instauration dans la réforme de la sécurité sociale. Dans ce cadre, les projets de textes de loi suivants ont été élaborés :

- la loi portant cadre général de la sécurité sociale ;
- la loi fixant cadre général de la couverture du risque maladie ;
- la loi fixant cadre général de création, d'organisation et de fonctionnement des mutuelles de sécurité sociale.

Il convient de relever que la réforme en cours prévoit la création des organismes publics de sécurité sociale et l'agrément des organismes privés. Elle rendra obligatoire l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant au Cameroun. Il est envisagé la création de trois types d'organismes qui prendront en charge les prestations sociales y afférentes.

A cet effet, un paquet minimum de maladies obligatoires sera servi par un organisme public chargé de l'assurance maladie, qui cordonnera également les activités des autres organismes en charges des prestations maladie.

Des prestations complémentaires seront servies par les mutuelles de santé et les entreprises privées d'assurance dûment agréées.

Le secrétariat Permanent de la CIPRES n'ayant pas reçu d'amples informations sur les études en cours, il ne lui est pas possible de faire une présentation minutieuse de l'organisation, du fonctionnement et du financement du projet d'instauration de l'assurance maladie au Cameroun.

D- Synthèse des études sur l'assurance maladie en Centrafrique

En République Centrafricaine, l'ordonnance n°70-64 du 30 septembre 1964 avait institué un régime d'assurance maladie obligatoire en faveur « des fonctionnaires, des agents de l'Etat, des travailleurs salariés du secteur privé, des anciens travailleurs bénéficiaires des pensions ou rentes d'invalidité, des élèves et étudiants, des membres des coopératives et des membres de la jeunesse pionnière nationale » et facultatif pour « les travailleurs indépendants ».

Cependant, faute de financement, ce régime n'a pas été mis en œuvre. Toutefois, le Ministère de tutelle par arrêté n° 01/09/MFPTSSIP/DIRCAB/DGOCCS du 6 janvier 2010 a mis en place un groupe de travail chargé de mener des réflexions sur une approche susceptible de permettre la mise en œuvre de l'assurance maladie telle que instituée par les textes. Les réunions dudit comité devaient effectivement démarrer en août 2010.

E- Synthèse des études sur l'assurance maladie en Côte d'Ivoire

Concernant le niveau d'instauration de l'assurance maladie en Côte d'Ivoire, le Secrétariat Permanent n'ayant pas reçu de réponse à la lettre adressée à cet effet par le Président du Conseil des Ministres en 2010 au Ministre de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales, la présente étude est une reprise de la synthèse qui avait été effectuée par la Commission de Surveillance de la Prévoyance Sociale en 2005 à la demande du Conseil des Ministres. Toutefois, il convient de relever qu'à ce jour, la situation de l'assurance maladie en Côte d'Ivoire n'a pas évoluée.

L'Assurance Maladie Universelle (AMU) envisagée en Côte d'Ivoire est un système d'assurance maladie généralisée qui garantit à toute personne résidant sur le territoire ivoirien, la couverture des risques liés à la maladie et à la maternité. Elle comprend deux régimes :

- le régime d'assurance maladie du secteur agricole
- et le régime d'assurance maladie des autres secteurs

Elle constitue l'un des chantiers de la politique sociale du Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire dont la conduite a été confiée au Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales qui constitue le maître d'œuvre.

Les études pour la mise en œuvre du projet ont nécessité la mise en place d'un Comité de Pilotage dont les attributions ont été définies par l'arrêté n° 0027 du 27 Novembre 2001. Ce Comité est un organe d'orientation des travaux et de validation de toutes les actions devant conduire à la mise en place de l'AMU. Il est présidé par le Ministre de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des handicapés et comprend quatre composantes :

- La Composante « Santé », présidée par le Ministre d'Etat, Ministre de la Santé et de la Population;
- la Composante « Cotisations » présidée par le Ministre d'Etat, Ministre de l'Economie et des Finances ;

- la Composante « Identification/ Sécurité » présidée par le Ministre d'Etat, Ministre de l'Administration du Territoire ;
- la Composante « Création des organismes de l'AMU », présidée par le Ministre de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des handicapés.

Les composantes du Comité de Pilotage regroupent des Experts issus de différents ministères, de groupements professionnels, des syndicats et des Institutions Internationales d'appui au développement (Coopération Française, OMS, BIT, Banque Mondiale, Banque Africaine de Développement, la Coopération Allemande-GTZ). Les activités du Comité de Pilotage ont consisté en des études théoriques et en des prospections sur le terrain dans le cadre de la réalisation des termes de référence.

Les propositions et projets de textes ont été élaborés autour des quatre axes d'intervention assignés au Comité :

- la création des organismes de l'AMU ;
- l'identification et la sécurité ;
- les cotisations et le financement ;
- les prestations en matière de santé.

A l'issue des études actuarielles et de faisabilité relatives au financement, aux prestations, à l'identification et à la création des organismes, les dispositions législatives suivantes ont été adoptées :

- la loi N° 2001-636 du 09 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) ;
- le décret N° 2002-193 du 02 avril 2002 portant création de l'Institution de Prévoyance Sociale dénommée : Caisse Sociale Agricole (IPS-CSA) ;
- le décret N° 2002-194 du 02 avril 2002 portant création de l'Institution de Prévoyance Sociale dénommée : Caisse Nationale d'Assurance Maladie (IPS-CNAM) ;
- le décret N° 2002-195 du 02 avril 2002 portant création de l'Institution de Prévoyance Sociale dénommée : Fonds National d'Assurance Maladie universelle (IPS-FNAMU) ;
- le décret n° 2002-357 du 24 juillet 2002 portant modalités de fixation et de recouvrement des cotisations du secteur agricole pour le Fonds National d'Assurance Maladie Universelle (FNAMU) ;
- le décret N° 2004-95 du 29 janvier 2004 portant création, organisation et attribution du Comité de Pilotage de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) ;
- l'arrêté N° 0027 du 27 novembre 2001 portant institution organisation et fonctionnement du Comité de pilotage de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) ;
- l'arrêté N° 2004-002 du 06 janvier 2004 portant institution, organisation et fonctionnement des Comités Locaux d'Assurance Maladie Universelle (CLAMU).

Les objectifs essentiels visés par l'AMU sont dans :

- l'amélioration de l'état de santé des populations en assurant sans exclusion l'accessibilité financière de tous aux soins de santé ;
- le développement de l'activité de la médecine, en favorisant l'équilibre de l'offre et de la demande de soins de santé ;

- la réduction des disparités régionales et économiques qui amplifient les inégalités et accroissent les déficits sociaux ;
- et la réalisation d'une meilleure solidarité nationale.

Les personnes couvertes

Toute la population est couverte par l'AMU (nationaux et non nationaux). Celle-ci est estimée à 19 419 801 personnes en 2005 avec un taux moyen de progression de l'ordre de 3,42 %.

Les prestations offertes

Dans le cadre de la couverture obligatoire de base, les organismes de l'AMU assurent, dans le respect de la pyramide sanitaire, la prise en charge des actes médicaux suivants :

- les consultations ;
- les examens de laboratoires ;
- les actes chirurgicaux ;
- les hospitalisations ;
- les médicaments ;
- et les soins dentaires.

Ces prestations médicales assurées à chaque niveau de la pyramide sanitaire, sont contenues dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Le système préconisé prévoit une distribution de soins égale pour tous, indépendamment des contributions individuelles.

Les grandes endémies et certaines maladies longues et coûteuses sont prises en charge dans le cadre des politiques et programmes nationaux de lutte contre ces affections.

Le financement

Le système est financé principalement par les cotisations des affiliés auxquelles il faut ajouter éventuellement des contributions exceptionnelles de l'Etat au titre du Budget Général. La loi prévoit également, uniquement en cas de déséquilibre financier, des contributions sociales diverses, des taxes fiscales et parafiscales qui sont perçues directement par le Fonds National de l'Assurance Maladie Universelle.

Les charges prévisionnelles de l'AMU ont été évaluées à 480 983 018 133 francs CFA au titre de l'année 2005. Les ressources ont été estimées par corrélation pour un montant de 505 700 681 145 francs CFA.

Le taux de cotisation a été fixé à 6 % pour les salariés du secteur moderne ; 3% pour les retraités et des forfaits pour les autres niveaux de revenus tels qu'ils ressortent du tableau ci-après :

CATEGORIES	FORFAITS ANNUELS DE COTISATIONS
Enfants de 5 ans et plus	0
Enfants de 6 à 14 ans	0
Jeunes âgés de 15 à 24 ans (scolarisés ou sans emploi)	2 500
Jeunes âgés de 25 à 34 ans (étudiants ou sans emploi)	5 000
Indépendants (secteur agricole)	120 000
Aides familiales (secteur agricole)	12 000
Autres catégories (secteur agricole)	36 000
Indépendants (secteur informel)	120 000
Apprentis (secteur informel)	12 000
Aides familiales (secteur informel)	12 000
Autres catégories (secteur informel)	36 000
Chômeurs	5 000
Autres inactifs	5 000

Le mode institutionnel de gestion

Les Organismes

Les initiateurs ont choisi la création de nouveaux organismes. Ainsi, l'AMU est organisée autour de trois Organismes, à savoir :

- **2 Caisses** (la Caisse Sociale Agricole et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie), chargées de la gestion du risque maladie et maternité ; l'une assurant le fonctionnement du Régime de l'Assurance Maladie Universelle du secteur Agricole et l'autre, celui du Régime d'Assurance Maladie Universelle des autres secteurs ;
- **1 Fonds** (organisme commun aux deux (02) régimes), le Fonds National de l'Assurance Maladie Universelle, chargé du recouvrement et de la gestion des ressources.

L'option de la création des trois (03) organismes est essentiellement fondée sur la séparation des métiers.

Les trois (03) organismes ainsi créés sont des Institutions de Prévoyance Sociale, aux termes de l'article 14 de la loi N° 2001-636 du 9 Octobre 2001.

La loi N° 99-476 du 02 Août 1999, portant définition, organisation et fonctionnement des institutions de prévoyance sociale, leur confère la pleine autonomie et un statut juridique de droit privé.

Les missions et les modes de fonctionnement

La déconcentration des activités

L'article 14, alinéa 3 de la loi N° 2001- 636 du 9 octobre 2001, relative à l'Assurance Maladie Universelle, soumet les 3 organismes à l'obligation d'opérer une déconcentration au niveau local, des tâches qui leur incombent.

En vue de la déconcentration des activités des structures de l'AMU, le découpage administratif adopté par l'administration territoriale, avec comme unité de base, le département a été privilégié.

Dans ce sens, 3 types de structures sont proposés :

- Au niveau central (à Abidjan) : les Services Centraux
- Au niveau départemental : les Délégations Départementales
- Au niveau local : les Services Locaux de Sensibilisation

La séparation des fonctions, entre les activités opérationnelles et celles relatives à la conception et au contrôle

Pour permettre à la déconcentration d'atteindre son objectif qui est de se rapprocher le plus possible des assurés, les activités opérationnelles sont confiées aux structures déconcentrées.

Les services centraux, dégagés des tâches opérationnelles disposent d'un environnement propice à la réflexion, à la conception et au contrôle des activités des structures déconcentrées.

Les relations entre les institutions

Le Fonds National de l'Assurance Maladie Universelle, la Caisse Sociale Agricole et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie concourent ensemble à la réalisation du même objectif : la prise en charge des soins médicaux de tous les résidents. Ces trois organismes établissent nécessairement des relations aux plans technique, financier, Comptable et informatique.

a) Au plan technique

Les Caisses et le Fonds définissent ensemble un cadre formel en vue d'une information mutuelle et d'une harmonisation des décisions pour une bonne gestion des prestataires et des bénéficiaires.

Le Fonds procède au paiement des prestations aux professionnels de la santé et aux établissements sanitaires, sur ordonnancement des caisses.

Les Caisses reçoivent en retour les informations relatives aux paiements effectués pour leur compte.

Le Fonds élabore le budget annuel des prestations de chaque caisse en rapport avec les organes dirigeants des Caisses.

b) Au plan financier et comptable

Le Fonds tient la comptabilité de l'ensemble du système, en individualisant la comptabilité des Caisses.

Le Fonds tient la trésorerie des 2 Caisses.

Un budget de fonctionnement et d'investissement est mis chaque année à la disposition de chaque Caisse par le Fonds. A la fin de l'exercice, les ressources non utilisées sont reversées au Fonds.

c) Au plan informatique

Les 3 Institutions utilisent la même base de données, dont le site central est géré par le FN/AMU.

Les Missions des Organismes de l'AMU

a) Les missions des Caisses (CSA / CNAM)

Les missions des Caisses découlant de l'article 17 de la loi n° 2001-636 du 09 octobre 2001, portant institution, organisation et fonctionnement de l'AMU sont au nombre de quatre (04) :

- Assurer la gestion du risque maladie et maternité ;
- Organiser et diriger le contrôle médical ;
- Contribuer aux actions de prévention, d'éducation et de formation de nature à améliorer l'état de santé des populations concernées ;
- Contribuer au maintien de l'équilibre financier.

b) Les missions du Fonds National de l'Assurance Maladie Universelle

Au terme des articles 27 à 32 de la loi précitée, les trois (03) missions principales assignées aux Fonds sont les suivantes :

- Mobiliser et encaisser les ressources nécessaires au fonctionnement des régimes de l'AMU et des Organismes de gestion (les Caisses) ;
- Assurer la gestion de la trésorerie des deux (02) régimes de l'AMU et l'individualisation de la comptabilité de chacun des régimes ;
- Veiller au maintien et au rétablissement de l'équilibre financier.

F- Synthèse des études sur l'assurance maladie au Tchad

Afin de recueillir le niveau d'instauration de l'assurance maladie au Tchad, deux lettres ont été adressées respectivement le 06 avril 2010 et le 13 juillet 2010 au Directeur de la CNPS et au Ministre de tutelle. En réponse, le Directeur de la CNPS a informé le Secrétariat Permanent le 29 avril 2010 que l'assurance maladie n'est pas encore effective au Tchad.

La présente étude reprend par conséquent la synthèse qui avait été effectuée par la Commission de Surveillance de la Prévoyance Sociale en 2005 à la demande du Conseil des Ministres.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sanitaire au Tchad, un atelier a été organisé du 20 au 22 Novembre 2004 à N'Djamena et portait sur le développement de la couverture du risque maladie dans ce pays.

L'objectif général défini consistait à :

- finaliser les différents projets et outils visant à renforcer la participation communautaire aux coûts de la santé ;
- fournir les données pratiques pour la mise en place et le développement des régimes de couverture maladie au Tchad.

Les résultats obtenus peuvent être déclinés comme suit :

1)- Objectifs spécifiques

- Etendre l'assurance maladie à 1 % de la population du secteur informel d'ici la fin de l'année 2006
- Affiner l'analyse de la situation en matière d'assurance maladie obligatoire et proposer des actions à réaliser à l'horizon 2006.

2)- Stratégie

- Mettre en place un comité de pilotage de l'assurance maladie au Tchad ;
- Développer une stratégie de communication à différents niveaux ;
- Améliorer l'offre de soins ;
- Redéfinir le rôle des différents acteurs et renforcer leurs capacités techniques.

A la suite des travaux de cet atelier, des projets de texte ont été élaborés. Ces projets s'ajoutent à d'autres mesures qui avaient été précédemment prises dans le domaine de la santé. C'est ainsi que les textes transmis à la Conférence portent sur :

- la Loi N° 019/PR/99 du 10 décembre 1999 instituant la participation communautaire aux coûts de la santé ;
- le décret N° 364/PR/MSP/2001 du 18 Juillet 2001 portant organisation de la participation communautaire aux coûts de la santé ;
- l'Arrêté N° 085/MSP/SG/DGAS/DOSS/2004 du 26 Mars 2004 portant création du 26 Mars 2004 portant création d'un comité technique et d'un comité de pilotage chargé d'accompagner le développement des régimes de couverture risque maladie au Tchad ;
- le projet de Loi portant création d'un régime d'assurance maladie en République du Tchad ;
- le projet de Décret portant réglementation du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire des fonctionnaires.

Il ressort de ces textes, les principaux éléments suivants :

Les personnes couvertes

La branche de l'Assurance maladie sera instituée au profit des agents de la Fonction Publique et des salariés du secteur privé. Cependant toutes personnes autres que ces deux catégories souhaitant adhérer à cette branche, peuvent librement s'affilier sous forme d'assurance volontaire.

Les prestations offertes

Les prestations de soins seront offertes aux affiliés et à leurs ayants droit. Ces prestations seront contenues dans un Paquet Minimum et Complémentaire d'Activités (PMA/PCA). Il s'agit essentiellement des soins primaires, des soins d'urgence, le service d'assistance forfaitaire, la chirurgie, les soins dentaires, les maladies ordinaires, l'accouchement et l'évacuation sanitaire.

Le financement

La branche d'assurance maladie sera financée au moyen de cotisations retenues sur les salaires des affiliés obligatoires ou des revenus en ce qui concerne les affiliés volontaires. Le taux n'étant pas encore déterminé.

Le mode institutionnel de gestion

La branche sera gérée par une Caisse Nationale Autonome d'Assurance Maladie. Cette structure de gestion sera administrée par un Conseil d'Administration composé de :

- deux membres de droit : le Directeur de l'Organisation des Services de Santé ou son représentant, et le Directeur des Finances ou son représentant ;
- cinq représentants des employeurs désignés sur proposition de l'organisation d'employeurs ;
- cinq représentants des travailleurs désignés sur proposition des syndicats des travailleurs.

G- Synthèse des études sur l'assurance maladie au Togo

Les activités de mise en place d'un système d'assurance maladie ont commencé en 2008 par une étude de pré-faisabilité, suivi en 2009 par une étude de faisabilité qui a consisté à la collecte, à l'analyse des données et à la définition du système.

En juin 2010, le comité de pilotage de mise en place du système a procédé à l'étude et à l'adoption des projets des textes relatifs à l'assurance maladie. Il s'agit de :

- projet de texte de loi portant institution, organisation et fonctionnement du régime obligatoire d'assurance maladie en République Togolaise ;
- projet de texte de décret fixant les taux et les modalités de paiement des cotisations au régime obligatoire d'assurance maladie ;
- projet de texte de décret fixant les statuts de l'Institution Nationale d'Assurance Maladie du Togo.

Le processus est en cours (adoption des textes en Conseil des Ministres et vote au parlement).

Les personnes couvertes

Les assujettis au régime obligatoire d'assurance maladie sont pour l'instant limités aux agents en activité et aux agents à la retraite du public, y compris leur famille. Toutefois, il est envisagé que l'assurance maladie puisse aboutir à la couverture universelle de toute la population.

Les agents en activité concernent essentiellement :

- les fonctionnaires et agents de l'Etat des administrations et établissements publics à caractère administratif ;
- les magistrats de l'ordre judiciaire ;
- les militaires et para militaires de carrières et le personnel des corps de police nationale, des douanes et des sapeurs pompiers ;
- les gardiens de préfecture ;
- les agents des collectivités locales (préfectures, sous-préfectures et mairies).

Les agents publics à la retraite sont ceux des catégories définies dans le paragraphe précédent et titulaires d'une pension ou d'une rente quel que soit leur régime d'affiliation.

Le nombre des personnes couvertes est estimé à 302 121 (données de 2009) réparti comme suit : 259 506 agents en activité et leurs familles et 42 615 agents à la retraite et leurs familles.

Les prestations offertes

Les prestations couvertes ainsi que leurs taux de prise en charge sont reprises dans le tableau ci-dessous.

Prestations	Taux de prise en charge
Consultation centre de santé	80%
Consultation générale	80%
Consultation de spécialité	80%
Hospitalisation	90%
Examen de laboratoire	80%
Intervention chirurgicale	90%
Petite chirurgie	80%
Soins infirmiers	80%
Accouchement simple	80%
Accouchement compliqué	80%
Césarienne	80%

Le secrétariat Permanent de la CIPRES n'a pas reçu des informations sur le financement ainsi que sur la structuration de l'organisme qui sera en charge de la gestion de l'assurance maladie au Togo, le processus d'adoption des textes y relatifs étant encore en cours.

CONCLUSION

Au terme de l'analyse des études développées dans les Etats membres de la CIPRES en vue d'instaurer l'assurance maladie, sur les 10 Etats ayant répondu, il se dégage que 4 Etats, à savoir la Côte d'Ivoire, le Gabon, le Mali et le Sénégal sont en phase terminale de leur projet mais seuls le Gabon et le Sénégal sont opérationnels, chacun ayant sa spécificité et son approche.

Les personnes couvertes, les prestations offertes, le financement ainsi que leur mode de gestion ont été présentés.

Quant aux autres Etats, il convient de relever que des études sont menées dans la quasi-totalité desdits Etats. De leur analyse, on note un consensus vers la couverture des travailleurs du secteur public et privé, une relative extension de la couverture vers les secteurs agricole ou informelle sous forme d'assurance volontaire.

D'une manière générale, certains Etats optent pour la couverture d'une Assurance Maladie universelle (avec pour ambition la couverture de toute la population), d'autres par contre préfèrent la mise en place de l'assurance maladie pour l'ensemble de la population à travers une démarche sectorielle et graduelle : système obligatoire pour le secteur formel et promotion des mutuelles de santé pour les populations non couvertes pour aboutir à terme à la couverture universelle.

Ces différentes approches font recours à deux types de financements, l'un axé essentiellement sur les cotisations des travailleurs ou bénéficiaires des prestations, et l'autre alliant l'apport des bénéficiaires à celui de l'Etat ou encore d'un impôt.

Dans le cadre de la gestion de l'assurance maladie, certains Etats optent pour la création d'une caisse d'assurance maladie, d'autres pour la création de plusieurs structures ayant chacune des attributions précises.

Malgré la diversité des approches observée, il convient toutefois de relever la volonté politique affichée par tous les Etats membres de la Conférence pour améliorer la couverture sociale de leurs populations contre le risque maladie. En témoignent les dispositions nationales existantes au profit des travailleurs du secteur formel et les mécanismes en cours ou envisagés en faveur des autres couches sociales ; parmi lesquels, on peut citer le projet de définition du cadre juridique harmonisé des mutuelles conduit par le BIT dans les Etats membres de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), auquel participe la CIPRES et qui sera ensuite élargi aux Etats de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC).

L'aboutissement dudit projet permettra de combler le vide juridique constaté dans la plupart de nos Etats et de régler le problème de la prise en charge des populations non encore couvertes

Au regard de cette volonté politique, le Secrétariat Permanent suggère la poursuite des études entamées pour la mise en place de l'assurance maladie. Ces dernières peuvent être réalisées soit au niveau de chaque pays pris individuellement soit au niveau de la CIPRES.

Cette dernière option, du reste conforme aux objectifs d'harmonisation et d'intégration assignés à la Conférence, a l'avantage de permettre une mise en commun des moyens et un partage d'expériences.