

TRAVAIL ET JUSTICE SOCIALE

VERS UNE COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Les cas du Bénin, de la Côte d'Ivoire, de l'Éthiopie,
du Kenya, du Sénégal et de la Zambie

Jürgen Schwettmann
Janvier 2022



Au cours des dernières années, plusieurs pays africains ont accompli des progrès considérables dans l'extension de la couverture sanitaire universelle (CSU) aux ménages de l'économie informelle. Toutefois, le taux de couverture de la CSU varie considérablement d'un pays à l'autre et aucun des six pays n'a encore atteint l'objectif de CSU.



Les régimes de CSU les plus efficaces suivent des règles et procédures standard à l'échelle du pays et combinent une gestion financière décentralisée et des systèmes de prestation des soins assortis d'une surveillance centralisée ainsi que d'une mutualisation des risques.



Les régimes de CSU efficaces offrent tous une couverture maladie gratuite aux segments les plus pauvres de la population.

VERS UNE COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Les cas du Bénin, de la Côte d'Ivoire, de l'Éthiopie, du Kenya, du Sénégal et de la Zambie



La présente étude propose un aperçu des progrès réalisés en faveur de l'objectif mondial de couverture sanitaire universelle dans six pays africains, à savoir le Bénin, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Kenya, le Sénégal et la Zambie. Ces six pays ont participé au sondage d'opinion réalisé par la FES, le DIE et l'OIT entre 2018 et 2020, sur l'emploi informel, la protection sociale et la confiance politique en Afrique subsaharienne. Les résultats de cette enquête sont publiés dans un rapport distinct FES-DIE-OIT (à paraître). La présente étude fournit des informations de fond au sujet des politiques et des performances actuelles en matière de CSU dans ces six pays.



L'étude révèle une convergence entre les objectifs universels liés à la CSU (ODD, stratégies de l'OMS, instruments de l'OIT), les priorités régionales (stratégie de santé de l'Union africaine), les engagements nationaux et le soutien des bailleurs de fonds. Il ressort des six rapports de pays présentés qu'un modèle hybride d'assurance maladie serait le plus à même de répondre à l'objectif de couverture sanitaire universelle. La notion d'« hybride » couvre deux dimensions : premièrement, un système hybride de gestion et de prestation, consistant à déléguer les fonctions essentielles aux communautés locales, mais sous la direction et la supervision d'une autorité centrale qui fixe des règles et des règlements standard, surveille les flux financiers et mutualise les risques. Deuxièmement, un système hybride de financement, dans lequel les cotisations des ménages sont complétées par des subventions gouvernementales et, temporairement, par le soutien des donateurs.



L'étude souligne également que les ménages les plus pauvres doivent être exemptés de toute contribution financière, sans quoi ils se retrouveraient exclus de la CSU. En outre, les régimes d'assurance maladie devraient devenir obligatoires pour toute personne au sein de la population, employée de l'économie formelle ou non, afin de ne pas laisser aux ménages plus aisés et en bonne santé la possibilité de ne pas participer.

Plus de détails sous ce lien :

<https://www.fes.de/fr/section-afrique>

Sommaire

	AVANT-PROPOS	2
1	INTRODUCTION	3
2	RAPPORTS DE PAYS	4
	Bénin	4
	Côte d'Ivoire	7
	Éthiopie	9
	Kenya	12
	Sénégal	17
	Zambie	18
3	RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS	22
	Références	25
	Listes des Tableaux et Figures	27

AVANT-PROPOS

Les soins de santé jouent un rôle crucial dans la lutte contre les inégalités sociales : les travailleuses et les travailleurs qui évoluent dans les économies informelles d'Afrique subsaharienne relèvent, pour la plupart, de classes pauvres. Le coût d'une prise en charge médicale les expose donc à un risque nettement accru d'endettement, ce qui les dissuade généralement de chercher à recevoir des soins. La gratuité des soins de santé et l'assurance maladie universelle peuvent rompre le lien entre la pauvreté et la prestation des soins.

En plaçant la thématique des soins de santé, y compris la couverture sanitaire universelle (CSU), en tête de la liste des objectifs de développement durable (ODD 3), les Nations Unies ont reconnu son rôle décisif dans la réalisation de l'Agenda 2030. Malheureusement, en 2020, quelque 408 millions de personnes en Afrique subsaharienne n'avaient toujours pas accès aux soins de santé. Ce chiffre impressionnant témoigne de l'ampleur des défis qui se profilent à l'horizon des pays de la région, dans le cadre de leurs efforts en matière d'accès aux soins de santé. Des défis exacerbés dans le sillage de la pandémie mondiale, qui a mis à mal leur infrastructure de santé, en particulier en milieu urbain. Malgré ces défis, nombre de gouvernements africains ont fait des soins de santé et de la couverture sanitaire universelle une priorité absolue de leurs programmes politiques nationaux.

La présente publication propose un aperçu des progrès réalisés en faveur de l'objectif mondial de couverture sanitaire universelle dans six pays africains, à savoir le Bénin, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Kenya, le Sénégal et la Zambie. Ces six pays ont participé à un sondage sur l'emploi informel, la protection sociale et la confiance politique en Afrique subsaharienne, mené conjointement par la Frie-

drich-Ebert-Stiftung (FES), l'Institut allemand de développement (DIE) et l'Organisation internationale du Travail (OIT), en coopération avec les instituts du réseau Afrobaromètre. Les enquêtes se sont déroulées entre 2018 et 2020. Les résultats sont publiés dans un rapport distinct (à paraître), mais la présente étude fournit des informations de fond au sujet des politiques et des performances actuelles en matière de CSU dans ces six pays. Cette publication peut ainsi contribuer à mettre en perspective l'« accès aux services de santé », un thème central de l'enquête.

Parmi les principales conclusions de cette étude, l'auteur souligne que la CSU ne peut être réalisée qu'en abordant simultanément l'accès aux services de santé et la protection contre les risques financiers. Une protection financière équitable signifie que quiconque doit recourir à des services de santé peut le faire sans s'exposer à des difficultés financières, et ce quel que soit son niveau de revenu. L'étude suggère également que les ménages les plus pauvres devraient être exemptés de toute contribution financière. En outre, les régimes d'assurance maladie devraient devenir obligatoires pour toute personne au sein de la population, employée de l'économie formelle ou non, afin de ne pas laisser aux ménages en bonne santé la possibilité de ne pas participer.

Enfin, les conclusions des rapports de pays soulignent l'importance de la coopération intra-africaine dans le domaine des soins et du financement de la santé, certains pays africains ayant trouvé des moyens d'améliorer l'accès aux soins en dépit de ressources limitées. Aux côtés de ses partenaires de l'OIT et de l'Institut allemand de développement, la FES espère que cette publication pourra appuyer les efforts visant à améliorer l'accès à la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne.

Henrik Maihack
*Directeur de la Section Afrique
 Friedrich-Ebert-Stiftung*

1

INTRODUCTION

La couverture sanitaire universelle (CSU) est un élément clé du vaste domaine de la sécurité sociale ; le droit à la sécurité sociale est un droit de l'homme énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (articles 22 et 25) et dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (articles 9 et 11). Dans ce contexte, la convention de l'OIT n° 102 concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, constitue le seul instrument international établissant des normes minimales convenues à l'échelle mondiale pour les neuf branches de la sécurité sociale, y compris les soins médicaux, les prestations de santé et les prestations de maternité. Cette convention sert de point de repère et de référence pour le développement progressif de systèmes complets de sécurité sociale (Phe Goursat & Pellerano, 2016). Toutefois, en raison des charges fiscales que représentent ces systèmes globaux, seuls 55 pays à travers le monde ont pour le moment ratifié la convention n° 102. C'est ce qui a amené l'OIT à élaborer le concept de « socle de protection sociale » plus abordable, qui constitue un ensemble de garanties élémentaires de sécurité sociale pour toute personne dans le besoin, à définir au *niveau national*. Ce socle doit au minimum garantir l'accès à des soins de santé essentiels et à une sécurité élémentaire de revenu tout au long du cycle de vie, dans la perspective d'atteindre progressivement des niveaux plus élevés de protection sociale. Ce concept a été sanctionné par l'adoption de la recommandation n° 202 sur les socles de protection sociale, 2012.

En 2005, la 58^e Assemblée mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité une résolution demandant aux pays membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de mettre en place des systèmes de financement de la santé en vue d'assurer l'accès équitable de leurs populations à des services de santé de qualité. Sur cette toile de fond, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté le 6 décembre 2012, à sa 67^e session, une résolution sur la couverture sanitaire universelle. Cette résolution invite chaque État membre de l'ONU à éviter le paiement direct des soins par les patients et à financer son système de santé au travers de mécanismes plus équitables reposant sur le principe de la solidarité.

Ces deux concepts interdépendants – le socle de protection sociale et la CSU – se retrouvent dans les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies. L'ODD 1 visant l'élimination de la pauvreté comprend la cible 1.3 : « Mettre

en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables en bénéficient. » En outre, la cible 3.8 appelle les États membres à « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. » La cible 3.2 engage les États membres à « Accroître sensiblement le financement de la santé ainsi que le recrutement, le développement, la formation et le maintien des personnels de santé dans les pays en développement, en particulier dans les pays moins avancés et les petits États insulaires en développement. » Les cibles 3.8 et 3c englobent les trois aspects essentiels de la CSU, à savoir la *disponibilité* des services de santé, le *caractère abordable* des soins médicaux et la *qualité* de ces soins. La CSU ne peut être réalisée qu'en abordant simultanément l'accès aux services de santé et la protection contre les risques financiers. Une protection financière équitable signifie que quiconque doit recourir à des services de santé peut le faire sans s'exposer à des difficultés financières, et ce quel que soit son niveau de revenu. En septembre 2019, les Nations Unies ont convoqué une réunion de haut niveau sur le thème de la CSU, à l'occasion de laquelle une [déclaration politique](#) a été adoptée, marquant l'engagement des États membres de l'ONU à étendre progressivement l'accès aux services de santé à un milliard de personnes supplémentaires d'ici 2023.

La Stratégie de l'Union africaine pour la santé (UA, 2016), qui couvre essentiellement la même période que les ODD (2016–2030), place la réalisation de la CSU au rang de ses deux objectifs stratégiques. En février 2019, le 32^e Sommet de l'Union africaine a adopté l'[Appel à l'action d'Addis-Abeba sur la couverture sanitaire universelle](#), qui a été suivi quelques mois plus tard de la signature d'un accord entre l'Union africaine et l'OMS, scellant l'engagement de l'OMS à soutenir la Stratégie de l'UA pour la santé.

De nombreux gouvernements africains ont pris des engagements politiques de haut niveau en vue d'atteindre la CSU et lancé des programmes concrets appuyant cet objectif. Sur tout le continent, la CSU est de toute évidence devenue une priorité absolue pour les gouvernements africains.

2

RAPPORTS DE PAYS

Les six rapports de pays sont structurés de manière à refléter les préoccupations, les objectifs et les dimensions de la couverture sanitaire universelle. Dans la plupart des pays africains, la couverture sanitaire, et notamment sa dimension financière, se limite à l'économie formelle. Pour parvenir à une couverture sanitaire *universelle*, les gouvernements doivent dès lors identifier comment couvrir également l'*économie informelle*. C'est pourquoi les rapports nationaux qui suivent proposent un bref aperçu de l'importance de l'économie informelle dans les six pays considérés.

Ils présentent ensuite les statistiques les plus récentes concernant la disponibilité du personnel et des établissements de santé, ainsi que les indicateurs clés du financement de la santé. Faut de données adéquates, l'*aspect qualité des services* médicaux n'est examiné qu'indirectement (par exemple, au travers des fluctuations du ratio population-personnel de santé). Le volet central de chaque analyse nationale met l'accent sur les initiatives récentes visant à étendre l'assurance maladie à l'ensemble de la population.

BÉNIN

Le Bénin comptait 12,3 millions d'habitants en 2020, dont 4,8 millions étaient actifs sur le marché du travail (voir le Tableau 1).

Selon les dernières estimations publiées par l'Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE), la proportion de l'emploi informel dans les secteurs non agricoles a reculé à 92,6 pour cent en 2018, avec un écart considérable entre hommes et femmes (respectivement 87,2 pour cent et 97 pour cent) (INSAE, 2021). En outre, l'économie informelle contribue, selon les estimations les plus récentes, à l'économie totale du pays à hauteur de 65 pour cent environ (LO/FTF, 2018), faisant du Bénin l'une des économies les plus « informelles » au monde.

Selon les dernières statistiques, les effectifs suivants de personnel soignant sont actuellement actifs dans le pays.

Le nombre de travailleurs de la santé varie considérablement d'une région administrative à l'autre ; mais dans tous les cas, le ratio le plus élevé est observé dans le département du Littoral, où se situe la capitale Cotonou. Dans ce département, par exemple, un médecin couvre une population de 8 312 personnes ; dans le département du Borgou, le ratio équivalent est de 1:102 983. En outre, le Tableau 2 montre une baisse très inquiétante du nombre de personnel soignant, toutes catégories confondues. On ne connaît pas la raison de ce déclin, mais il peut être lié à la migration de ces personnels du secteur public vers le secteur privé de la santé (plus rémunérateur). On retrouve dans ce même tableau l'évolution des équipements et établissements de santé au

Tableau 1
Bénin : indicateurs du marché du travail

Indicateur	Population active (milliers, 2019)	Taux de participation à la population active (% , 2019)	Taux de chômage (% , 2018)	Emploi dans le secteur informel (% de l'emploi total, 2018)	Revenus mensuels moyens (FCFA, tous travailleurs, 2018)	Taux d'emploi vulnérable (% , 2018)	Taux de travailleurs pauvres (% , 2019)
Total	4 826,4	70,8	2,3	92,6	65 468	84,1	38,9
Hommes	2 450,6	72,8	2,3	87,2	64 739	86,6	47,9
Femmes	2 375,8	68,8	2,3	97,1	66 305	94,4	29,6
Jeunes (15–24)	984,8	42,0	3,5	–	–	–	44,4

Source: ILO Stat (<https://ilostat.ilo.org/data/>), INSAE (2021), UEMOA (2019)

Tableau 2
Personnel et établissements de santé au Bénin

Indicateur		2014	2019
Médecins	Nombre	1 507	561
	Nb d'hab./médecin	6 628	21 137
Personnel infirmier	Nombre	4 821	2 670
	Nb d'hab./infirmier	2 072	4 441
Sages-femmes	Nombre	1 415	905
	Femmes en âge de procréer/sage-femme	1 699	3 202
Lits d'hôpital	Nombre	4 837	5 119
	Nb d'hab./lit	2 050	2 316
Hôpitaux (tous types)		55	59
Centres de santé		571	787
Dispensaires (sans maternité)		118	56
Maternités (sans dispensaire)		113	123

Source: MINSANTE (2015, 2020)

cours de la même période. L'augmentation en nombre de ces équipements et établissements, associée à la réduction des effectifs soignants, s'est sans aucun doute accompagnée de répercussions négatives significatives en ce qui concerne la qualité des soins médicaux au Bénin.

Les statistiques présentées dans le Tableau 2 concernent uniquement le personnel et les installations médicales du secteur public. Aucune statistique équivalente n'est disponible concernant le personnel et les installations privés. Nous pouvons toutefois poser comme postulat que les travailleurs de l'économie informelle, sur lesquels porte le présent rapport, n'auraient pas les moyens d'accéder à une prise en charge médicale dans le secteur privé. En outre, il a été signalé que plus de 80 pour cent de tous les citoyens béninois faisaient ponctuellement appel à des guérisseurs traditionnels pour leurs traitements médicaux (Xinhuanet, 2018).

Les dépenses de santé annuelles totales s'élevaient à 30,9 dollars américains (dollars É.-U.) par habitant en 2018 (2,5 pour cent du PIB), soit une baisse d'environ un point de pourcentage par rapport à 2012. Les sommes laissées à la charge des patients se montaient à 44,6 dollars É.-U. par habitant en 2018 (Banque mondiale, 2021).

L'article 8 de la Constitution du Bénin (adoptée le 11 décembre 1990) reconnaît l'accès de toute personne à un niveau adéquat de protection sociale comme un droit fondamental. Il aura fallu 18 ans au gouvernement béninois, et donc jusqu'en 2008, pour commencer à chercher des moyens d'étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la population ; trois ans plus tard, en décembre 2011, le gouvernement a officiellement lancé un système national de

couverture sanitaire universelle (le « Régime d'assurance maladie universelle », ou RAMU) dont la mise en œuvre a été déléguée à l'Agence nationale d'assurance maladie (ANAM), appelée à fonctionner en coopération avec les institutions existantes, telles que le Fonds national de retraite du Bénin (FNRB) et les mutuelles de santé communautaires. Ces dernières ont été chargées d'étendre la couverture sanitaire à l'économie informelle. Le 28 décembre 2015, le Parlement du Bénin a adopté la loi n° 2015-42 portant institution du Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) ; le gouvernement a quant à lui élaboré une stratégie nationale de financement de la santé dans la perspective d'atteindre la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2022, et a mené une étude dans le but d'identifier des méthodes de financement innovantes en vue d'appuyer la CSU (Fantodji, 2018). Le RAMU avait vocation à couvrir un large éventail de services médicaux en milieu hospitalier et en ambulatoire. En 2014, 48 817 personnes à peine (dont 32 354 du secteur informel) avaient adhéré au RAMU, ce qui représente 3 pour cent de la population. Qui pis est, seuls 3 076 affiliés du RAMU avaient effectivement acquitté leurs cotisations. La cotisation annuelle au RAMU s'élevait à 12 000 francs CFA (19 dollars É.-U.) pour les adultes, plus 1 000 francs CFA par an pour chaque enfant âgé de moins de 18 ans. Une famille composée de deux adultes et quatre enfants devait donc verser un montant annuel de 45,2 dollars É.-U.. Les familles les plus pauvres (identifiées comme telles par la communauté) étaient exemptées du paiement de la prime. Les patients assurés qui sollicitaient un traitement dans un centre hospitalier départemental acquittaient ainsi, en plus de la prime, 10 pour cent des coûts réels, contre 20 pour cent pour les assurés se tournant vers un centre hospitalier universitaire (ministère de la Santé du Bénin, 2017).

À la fin de 2016, le Bénin avait enregistré 175 *mutuelles* (en baisse par rapport à 313 en 2012), couvrant 73 pour cent des communes du pays. Le nombre total de membres était estimé à 65 000 et le nombre de bénéficiaires à 197 000, soit 2 pour cent de la population. En 2019, le nombre de membres dans les mutuelles béninoises avait reculé à 43 904, avec 96 124 bénéficiaires (CONSAMUS, 2019). La cotisation annuelle par membre s'élève à 2 400 francs CFA (4,40 dollars É.-U.), et les dépenses médicales sont remboursées à 75 pour cent (Gbenmenou, non daté). Les personnes cotisant pour l'assurance maladie au niveau de la Caisse mutuelle de prévoyance sociale (CMPS) versent une cotisation mensuelle de 850 francs CFA (1,30 dollar É.-U.). En décembre 2014, les mutuelles individuelles se sont unies sous l'égide de la Fédération nationale de la mutualité sociale (FENAMUS) en tant qu'instance faîtière.

Selon les estimations les plus récentes, les régimes d'assurance maladie en vigueur au Bénin (CNSS pour les travailleurs du secteur formel, mutuelles, RAMU/ARCH, assureurs privés), considérés dans leur ensemble, ne couvrent pas plus de 9 pour cent de la population du pays (Koto-Yerima, 2017) ; la proportion est encore plus faible en milieu rural (6 pour cent). Divers facteurs peuvent expliquer la faible couverture des mutuelles, notamment :

- leur fragmentation (multitude d'initiatives parallèles menées par différents partenaires de développement et ONG) ;
- leur petite taille (une moyenne de 330 membres cotisants par groupe, si bien qu'il ne paraît pas réaliste d'embaucher un gestionnaire professionnel) ;
- leur structure à plusieurs niveaux coûteuse (en 2014, 203 mutuelles primaires, 52 syndicats régionaux ou réseaux de mutuelles primaires, six conseils départementaux, une fédération nationale [FENAMUS] et une instance coordinatrice [CONSAMUS] (Koto-Yerima, 2016)), ainsi qu'une forte dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds (les primes perçues couvrent à peine 50 pour cent des coûts liés aux soins médicaux). En outre, les mutuelles individuelles, qui relèvent de divers réseaux sous la mainmise des bailleurs de fonds, ne sont pas couvertes par une institution centralisée de mutualisation des risques et de gestion financière (contrairement au Rwanda, par exemple) ;
- la nature volontaire de l'adhésion aux systèmes mutualistes d'assurance maladie ;
- le manque de soutien gouvernemental constant en faveur des mutuelles.

En 2017, le gouvernement béninois a introduit un nouveau régime intitulé ARCH (assurance pour le renforcement du capital humain). L'ARCH propose ainsi quatre services de protection sociale, à savoir l'assurance maladie, la formation professionnelle, le micro-crédit et un régime de retraite pour les acteurs de l'économie informelle, pour un coût total de 313 milliards de francs CFA (575 millions de dollars É.-U.). Le disposi-

tif ARCH a été lancé officiellement par le gouvernement en mai 2017, avant de remplacer (ou plutôt d'absorber) le RAMU à la fin de l'année 2018 (ministère du Travail et de la Fonction Publique, 2017). Dans le cadre de la composante assurance maladie de l'ARCH, le gouvernement est censé proposer une couverture maladie totale aux personnes vivant dans l'extrême pauvreté et une couverture partielle aux personnes dans une situation de pauvreté modérée (comme c'était le cas avec le RAMU). L'assurance maladie est une obligation légale pour toutes les personnes résidant au Bénin (ce qui était également le cas avec le RAMU). Tous les citoyens, y compris dans l'économie informelle, sont tenus de souscrire au minimum une assurance maladie de base. La phase pilote de la composante assurance maladie de l'ARCH a été officiellement lancée dans sept communes pilotes en juillet 2019, où 105 000 personnes en situation d'extrême pauvreté avaient été identifiées. Parmi ces personnes, 2 251 étaient soignées dans des établissements de santé publics couverts par l'assurance maladie en mars 2020. Le programme d'identification des personnes en situation d'extrême pauvreté est étendu à 14 communes supplémentaires ; au total, on s'attend à ce que 180 000 personnes dans ces 21 communes puissent bénéficier de soins médicaux gratuits pour une période de trois ans (gouv. du Bénin, 2021).¹ Toutefois, en avril 2021, seuls 5 000 individus au sein de ce groupe cible prioritaire étaient effectivement couverts. En janvier 2021, le gouvernement a lancé un processus d'expansion progressive à l'ensemble des 56 communes béninoises. Les personnes cotisant pour l'assurance maladie au niveau de l'ARCH sur une base volontaire versent une cotisation mensuelle de 850 francs CFA (1,30 dollar É.-U.) à la Caisse mutuelle de prévoyance sociale (CMPS).

Le Bénin est encore très éloigné de l'objectif de couverture sanitaire universelle. Bien qu'aucune donnée récente ne soit disponible,² il est fort probable que le faible taux de couverture de 9 pour cent atteint en 2016 ait encore diminué en raison de la confusion autour des dispositifs RAMU-ARCH,³ du recul du nombre de mutuelles et de la diminution de la qualité des soins imputable à la baisse des effectifs de santé. Si, après 24 mois de mise en œuvre, 5 000 personnes à peine – soit 0,04 pour cent seulement de la population – sont effectivement couvertes par l'ARCH, on peut penser qu'il faudra attendre un siècle avant que la nation entière ne soit couverte par l'assurance maladie. Pour une grande majorité de la population, le système de protection sociale restera constitué de réseaux sociaux informels auto-organisés, établis pour gérer les risques financiers de la maladie, à l'instar des systèmes locaux de micro-assurance maladie fonctionnant sur une base solidaire.

¹ À l'heure actuelle, le nombre de personnes vivant dans la pauvreté extrême s'élève à 285 000 dans 28 communes ; l'application du même ratio à l'ensemble de la nation, composée de 84 communes, porterait le nombre de personnes en situation d'extrême pauvreté à 855 000, soit 7,1 pour cent sur une population de 12,1 millions d'habitants.

² Le sondage d'opinion FES-DIE-OIT (voir introduction) a révélé qu'à peine 2,3 pour cent des travailleurs informels du Bénin sont couverts par l'assurance maladie.

³ Les citoyens béninois sont nombreux à n'avoir pas compris l'arrêt soudain du RAMU en 2017, lancé en grande pompe en 2011, pour être remplacé par un dispositif bien plus complexe et ambitieux, l'ARCH.

Une nouvelle loi (n° 202-37) sur la protection de la santé des personnes résidant en République du Bénin, adoptée en janvier 2021, rend l'assurance maladie obligatoire à compter de janvier 2021, et pourrait ainsi aider le pays à atteindre son objectif de couverture sanitaire universelle. La démarche nécessiterait la participation effective de tous les acteurs concernés, en particulier les compagnies d'assurance et les mutuelles communautaires.

CÔTE D'IVOIRE

La Côte d'Ivoire a été l'un des pays les plus stables et les plus prospères d'Afrique subsaharienne jusqu'en 1999, date à laquelle un coup d'État militaire – le premier de l'histoire du pays – a renversé le gouvernement. Dix années d'instabilité et de troubles civils ont suivi, auxquelles a mis fin la prise de pouvoir du Président actuel Ouattara en avril 2011, avec l'aide des forces françaises et des Nations Unies. Ouattara a été réélu pour un second mandat en 2015 et a déclaré qu'il concentrerait son énergie sur la reconstruction de l'économie et des infrastructures du pays.

Le Tableau 3 fournit quelques indicateurs clés du marché du travail, extraits de deux enquêtes sur les forces de travail réalisées en Côte d'Ivoire en 2013 et 2018.

Le Tableau 3 montre que le taux de participation à la population active (déjà faible) en Côte d'Ivoire a diminué de plus de 4 points de pourcentage entre 2012 et 2017, principalement en raison d'une baisse du taux de participation des hommes. La part de l'emploi informel a reculé de plus de 6 pour cent, ce qui, combiné à une baisse des taux de chômage officiels, semble indiquer une expansion de l'emploi dans le secteur formel. En Côte d'Ivoire, le salaire mensuel moyen des travailleurs de l'économie informelle en 2017 équivalait à 70,6 dollars É.-U., soit 69 pour cent du salaire minimum⁴ de cette même année.

La disponibilité du personnel soignant et des infrastructures médicales s'est considérablement améliorée dans le pays ces dernières années, comme le montre le Tableau 4 qui n'inclut ni les établissements médicaux privés d'inspiration confessionnelle, ni les 8 500 guérisseurs traditionnels inscrits auprès du ministère de la Santé.

Les deux tiers de la population ivoirienne vivent à moins de cinq kilomètres d'un centre de soins de santé primaires, bien

⁴ Deux salaires minimums sont en vigueur en Côte d'Ivoire : 60 000 francs CFA dans les zones urbaines et 35 000 francs CFA pour les professions agricoles. Le ratio de 69 pour cent se rapporte au salaire minimum en milieu urbain.

Tableau 3
Côte d'Ivoire : indicateurs du marché du travail

Indicateur	2012			2019		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Population active (milliers)	7 079,9	4 390,7	2 689,2	7 603,5	4 521,1	3 082,5
Taux de participation à la population active (%)	57,9	70,2	45,0	53,8	63,1	44,3
Emploi dans le secteur informel (%)	94,8	93,3	96,5	86,7	83,9	90,7
Chômage (%)	7,2	7,1	7,3	3,3	2,9	3,9

Source: UEMOA (2019) et ILO Stat

Tableau 4
Côte d'Ivoire : personnel de santé, établissements médicaux et financement

Indicateur	2010	2018	Norme OMS
Ratio population par médecin	15 810	7 534	10 000
Ratio population par infirmier	6 959	2 259	5 000
Ratio population par femme en âge de procréer	3 219	1 104	3 000
Ratio population par centre de soins de santé primaires	11 722	10 164	10 000
Ratio population par hôpital de référence	309 753	213 522	150 000
SCA*, par habitant (dollars américains)	43,28	28,34	L'OMS recommande
Part des dépenses de santé en % du PIB	6,1	4,2	5 à 6 % du PIB
Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques générales	4,1	5,1	et 10 à 15 % des SCA
Dépenses publiques de santé nationales par habitant (dollars américains actuels)	9,84	20,7	

Source: MSHP (2013, 2019) et WHO (2021)

*SCA= sommes laissées à la charge de l'assuré

que cette proportion soit d'à peine trois pour cent dans certaines régions du pays.

Comme l'indique le Tableau 4, la Côte d'Ivoire a dépassé plusieurs objectifs internationaux en matière de santé et a réduit la charge pour la population (diminution des sommes laissées à la charge de l'assuré [SCA]) en augmentant les dépenses publiques par habitant en matière de santé. La baisse des dépenses de santé en pourcentage du PIB peut être liée à la forte croissance économique du pays entre 2010 et 2018, passant de 24,9 milliards de dollars É.-U. à 41,8 milliards de dollars É.-U. (dollars É.-U. constants de 2010), qui a entraîné une diminution du poids relatif des dépenses de santé.

Aux termes de l'article 9 de la Constitution ivoirienne de 2016, « Toute personne a également droit à un accès aux services de santé », et l'article 32 stipule que l'État « s'engage à garantir l'accès des personnes vulnérables aux services de santé, à l'éducation, à l'emploi et à la culture, aux sports et aux loisirs ». Par conséquent, l'un des objectifs du Plan national de développement sanitaire 2016–2020 de la Côte d'Ivoire (MSHP, 2016) consiste à atteindre une couverture sanitaire universelle. La CSU est considérée comme l'un des programmes phare du second mandat du Président ivoirien Ouattara (Mieu, 2020). Le régime de la CSU a été introduit par la voie légale en 2014, mais est devenu opérationnel vers la fin de l'année 2019,⁵ après une mise à l'essai sur trois ans, qui concernait principalement les étudiants universitaires. Le régime est géré par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), qui a été chargée de la mise en œuvre de la CSU en Côte d'Ivoire. La CSU ivoirienne est un régime d'assurance maladie obligatoire auquel toute personne résidant en Côte d'Ivoire doit, en théorie, souscrire. Tous les systèmes d'assurance maladie existants, qu'ils soient publics, privés ou communautaires, sont devenus des caisses d'assurance complémentaires ce qui signifie que tous les individus doivent en premier lieu souscrire à la CNAM, même s'ils sont déjà couverts par une autre caisse maladie.

La CNAM propose deux options :

- Le *régime de base*, avec une cotisation mensuelle de 1 000 francs CFA (1,83 dollar É.-U.) par membre. Dans le cas des travailleurs du secteur formel (public et privé), l'employeur supporte 50 pour cent de la cotisation.
- Le régime non contributif (*régime d'assistance médicale*), qui propose une assurance maladie gratuite aux segments les plus pauvres de la population, c'est-à-dire aux personnes enregistrées comme étant dans le besoin par le conseil municipal. Le financement du gouvernement central en faveur de cette option devrait se monter à 30 milliards de francs CFA (63 millions de dollars É.-U.) par an (Anne, et al., 2014).

La cotisation mensuelle couvre la personne assurée, son conjoint (s'il est au chômage) et jusqu'à six enfants âgés de moins de 21 ans. Toutefois, la CNAM ne couvre que 70 pour cent des frais médicaux (y compris les médicaments) ; les 30 pour cent restants représentent ce que l'on nomme les sommes laissées à la charge de l'assuré (SCA) et sont donc supportées par le patient. À l'heure actuelle (février 2021), 181 sites accrédités permettent aux citoyens de s'inscrire auprès de la CNAM, principalement dans les grandes villes.

La CSU couvre une vaste gamme de services médicaux, incluant l'hospitalisation et la fourniture de médicaments, par le biais des (actuellement) 716 centres de santé et hôpitaux accrédités et des (actuellement) 815 pharmacies accréditées.

La CNAM a été conçue comme une structure légère qui délègue, dans la mesure du possible, certaines fonctions aux institutions en place ayant une expertise dans la gestion des risques sociaux (CNPS, CGRAE, mutuelles, assureurs privés, etc.). La délégation de fonctions peut porter sur :

- le recouvrement des cotisations des assurés et leur reversement à la CNAM ;
- la gestion administrative des prestations médicales, comme le règlement des factures et les paiements aux prestataires de soins.

En 2015, la couverture d'assurance maladie en Côte d'Ivoire avait atteint 7,08 pour cent de la population, dont 2,93 pour cent étaient assurés par les deux institutions publiques de protection sociale (CNPS et CGRAE), 3,25 pour cent par les 61 mutuelles du pays et 0,90 pour cent par des assureurs privés (Bissouma-Ledjou, et al., 2015). En octobre 2019, la CNAM comptait 1 550 000 assurés, soit 6,5 pour cent de la population (Mieu, 2020). Le régime de la CNAM, qui est obligatoire, était censé se substituer à l'ensemble des régimes d'assurance maladie existants ; les chiffres ci-dessus traduiraient donc un recul de la couverture d'assurance maladie, passant de 7,08 pour cent en 2015 à 6,5 pour cent en 2019. Or, la petite fraction de la population ivoirienne couverte par la CNAM en 2019 amène plutôt à penser que la plupart des « anciens » régimes se sont en fait maintenus, et donc que les deux systèmes fonctionnent en parallèle. En outre, le nombre de personnes couvertes par la CNAM a probablement augmenté depuis octobre 2019, date à laquelle les dernières statistiques ont été publiées. Cela signifie, selon toute vraisemblance, que la couverture d'assurance médicale effective en Côte d'Ivoire aura dépassé 10 pour cent de la population. Cette supposition concorde avec la conclusion du sondage d'opinion réalisé par la FES, le DIE et l'OIT, selon lequel 10,3 pour cent des personnes employées de manière informelle sont couvertes par l'assurance maladie.

La Côte d'Ivoire a réalisé d'importants progrès dans l'expansion de ses installations médicales et le ratio population-médecin/infirmier relativement faible pourrait être considéré comme un indicateur de la qualité de la prestation des services médicaux. Mais avec un taux de couverture de

⁵ Toutefois, il a été signalé en février 2021 que de nombreux hôpitaux et cliniques n'avaient pas (encore) accepté de fonctionner dans le cadre du régime de la CNAM.

13,6 pour cent (au mieux), le pays accuse un retard considérable dans la concrétisation de la CSU. La lenteur de l'expansion de la couverture d'assurance maladie peut être liée à deux facteurs : (i) le régime de CSU n'est pas intégré dans les structures communautaires – la CNAM ne s'appuie pas sur des structures décentralisées, les agences coopérantes, la CNPS et la CGRAE, disposent de succursales uniquement dans les grandes villes et les mutuelles, qui auraient pu servir d'interfaces pour assurer le lien avec les communautés locales, sont trop peu nombreuses (61 au total) pour pouvoir assumer ce rôle ; ii) le fait que les assurés doivent encore supporter 30 pour cent de tous les frais médicaux engagés pourrait décourager les candidats potentiels.

ÉTHIOPIE

Il s'est avéré impossible de déterminer la part de l'emploi informel dans l'emploi total en Éthiopie. La dernière enquête sur les forces de travail (EFT) détaillée sur le pays remonte à 2013 et n'est pas accessible en ligne. D'après une étude menée en 2015, qui comparait l'EFT de 2005 et celle de 2013, la part de l'emploi informel dans l'emploi total atteignait seulement 13,5 pour cent (Tadele & Kebede, 2015, p. 47), ce qui paraît extrêmement faible, même en tenant compte du fait que cet indicateur concernait *uniquement les zones urbaines*. L'enquête sur l'emploi et le chômage la plus récente, également limitée aux zones urbaines et portant sur un échantillon de 23 500 ménages, indiquait un taux d'emploi informel tout aussi faible (dans les zones urbaines) : 16,2 pour cent en moyenne, avec un écart important entre les sexes – 24,4 pour cent pour les femmes contre 10,5 pour cent pour les hommes (CSA, 2020). Deux facteurs peuvent être à l'origine de ce taux d'informalité très bas : (a) les zones rurales, de même que l'agriculture vivrière et les

services ménagers, étaient totalement exclus de l'enquête, et (b) toute unité économique qui tient une comptabilité et/ou qui possède une licence est considérée comme faisant partie du secteur formel. En Éthiopie, il serait pratiquement impossible d'exercer une activité économique sans licence. Selon une source (DTDA, 2020), le taux d'emploi vulnérable, qui pourrait être assimilé à de l'emploi informel, était estimé à 86 pour cent en 2019. La même année, Söderborn et al. (2020) sont parvenus à la conclusion quelque peu surprenante – et guère plausible – que « de fait, en Éthiopie, on estime que l'économie informelle représente plus de 38 pour cent du PIB, les données de l'Office central de statistique éthiopien démontrant que l'emploi formel comptait pour moins de 70 pour cent de l'emploi total en 2012 ».

Le Tableau 5 présente quelques indicateurs récents du marché du travail en Éthiopie.

Le salaire mensuel moyen dans les zones urbaines (économie formelle et informelle, et toutes professions confondues) s'élevait à 3 734,8 birrs éthiopiens en 2020, soit presque exactement 100 dollars É.-U. en appliquant le taux de change moyen de cette année-là. Les hommes gagnaient en moyenne 50 pour cent de plus que les femmes. On peut supposer que les revenus dans l'économie informelle et dans les zones rurales sont nettement inférieurs.

La Constitution éthiopienne de 1994 comporte deux références au secteur de la santé, formulées avec prudence. L'article 41.4 dispose que « l'État a l'obligation d'allouer des ressources croissantes à la santé publique, à l'éducation et aux autres services sociaux », tandis que l'article 90.1 précise que « dans la mesure des ressources du pays, l'État cherche à permettre à tous les Éthiopiens d'accéder à la santé publique et à l'éducation ».

Tableau 5
Éthiopie : indicateurs du marché du travail

Indicateur	2010			2019		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Population active (milliers)	39 200,1	21 159,5	18 040,5	53 022,1	28 320,2	24 701,8
Taux de participation à la population active (%)	81,2	88,9	73,8	79,3	85,4	73,3
Chômage (%)	2,3	1,7	3,0	2,0	1,5	2,7

Source: World Bank data (<https://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.TOTL.IN?locations=ET>) [Accédé: 8 Décembre 2021]

En 2016/17 (année 2009 du calendrier éthiopien), le ministère éthiopien de la Santé a déclaré les établissements de santé suivants.

La disponibilité des établissements de santé publique primaires et secondaires (postes de santé & centres de santé) s'est légèrement améliorée, passant de 5 366 habitants par unité en 2009/10 à 5 088 habitants par unité en 2016/17. Le Tableau 7 montre la disponibilité du personnel médical en 2016/17 (établissements publics uniquement).

Par ailleurs, en 2016/17, l'Éthiopie comptait 39 878 agents de vulgarisation sanitaire (un agent pour une population de 2 363 citoyens). Les agents de vulgarisation sanitaire sont chargés de transférer leurs connaissances et leurs compétences aux familles auxquelles ils proposent leurs services afin que les ménages exercent un meilleur contrôle sur leur propre santé (min. de la Santé, 2015).

Les dépenses de santé publiques représentaient 3,3 pour cent du PIB en 2018 ; les dépenses de santé par habitant ont nettement augmenté, passant de 5,38 dollars É.-U. en 2000 à 24,23 dollars É.-U. en 2018. La même année, les sommes laissées à la charge de l'assuré correspondaient à 35,5 pour cent des dépenses de santé totales, contre 46,5 pour cent en 2011. Depuis 2010/11, les dépenses de santé publiques intérieures par habitant ont triplé jusqu'à atteindre 10,6 dollars É.-U. en 2016/17. Les dépenses de santé totales pour 2016/17 s'élevaient à 3,1 milliards de dollars É.-U., ce qui traduisait une hausse de 45 pour cent en termes nominaux par rapport aux 2,5 milliards de dollars É.-U.

en 2013/14. La part des dépenses de santé dans les dépenses publiques totales est passée de 7,6 pour cent en 2013/14 à 8,1 pour cent en 2016/17. (min. de la Santé, 2019).

La participation de la communauté est au centre de la stratégie de l'Éthiopie dans le secteur de la santé. Les ménages et les communautés sont impliqués et autonomisés grâce au programme national de vulgarisation sanitaire et à l'armée de développement sanitaire (ADS). Ces programmes complémentaires ont permis à des communautés et des ménages de bénéficier d'initiatives de promotion de la santé et de prévention, et de mobiliser leurs ressources, en nature et en espèces, pour la construction de postes de santé et pour l'élaboration de campagnes d'hygiène de l'environnement et d'autres activités publiques de promotion de la santé et de prévention des maladies. En impliquant ainsi les membres de la communauté, ces démarches favorisent une meilleure appropriation de leur santé ainsi que la viabilité du système de santé. La diminution flagrante du ratio de mortalité maternelle en Éthiopie, qui est passé de 728 à 357 décès pour 100 000 naissances entre 2003 et 2016, a été attribuée au programme de vulgarisation de la santé et à l'armée de développement sanitaire (Rieger, et al., 2019). L'influence positive des agents de vulgarisation sanitaire bénévoles a également été reconnue par l'OMS ([voir l'article](#)).

La participation accrue des communautés passe également par l'extension de l'assurance maladie à base communautaire (AMBC) à toute l'Éthiopie. Cette assurance maladie

Tableau 6
Éthiopie : établissements de santé (2016/17)

	Postes de santé		Centres de santé		Hôpitaux	
	Nombre	Population par unité	Nombre	Population par unité	Nombre	Population par unité
Publics	17 187	5 485	3 724	25 303	302	312 013
Privés	5 401	17 446	1 844	51 100	62	1 519 806
Total	22 588	4 172	5 568	16 923	364	258 868

Source: min. de la Santé (2009) et CE (2017)

Tableau 7
Personnel médical en Éthiopie (2016/17)

Médecins		Personnel infirmier (tous niveaux)		Sages-femmes	
Nombre	Population par médecin	Nombre	Ratio pop. par infirmier	Nombre	Femmes en âge de procréer par sage-femme
9 117	10 335	78 914	1 194	7 275	3 238

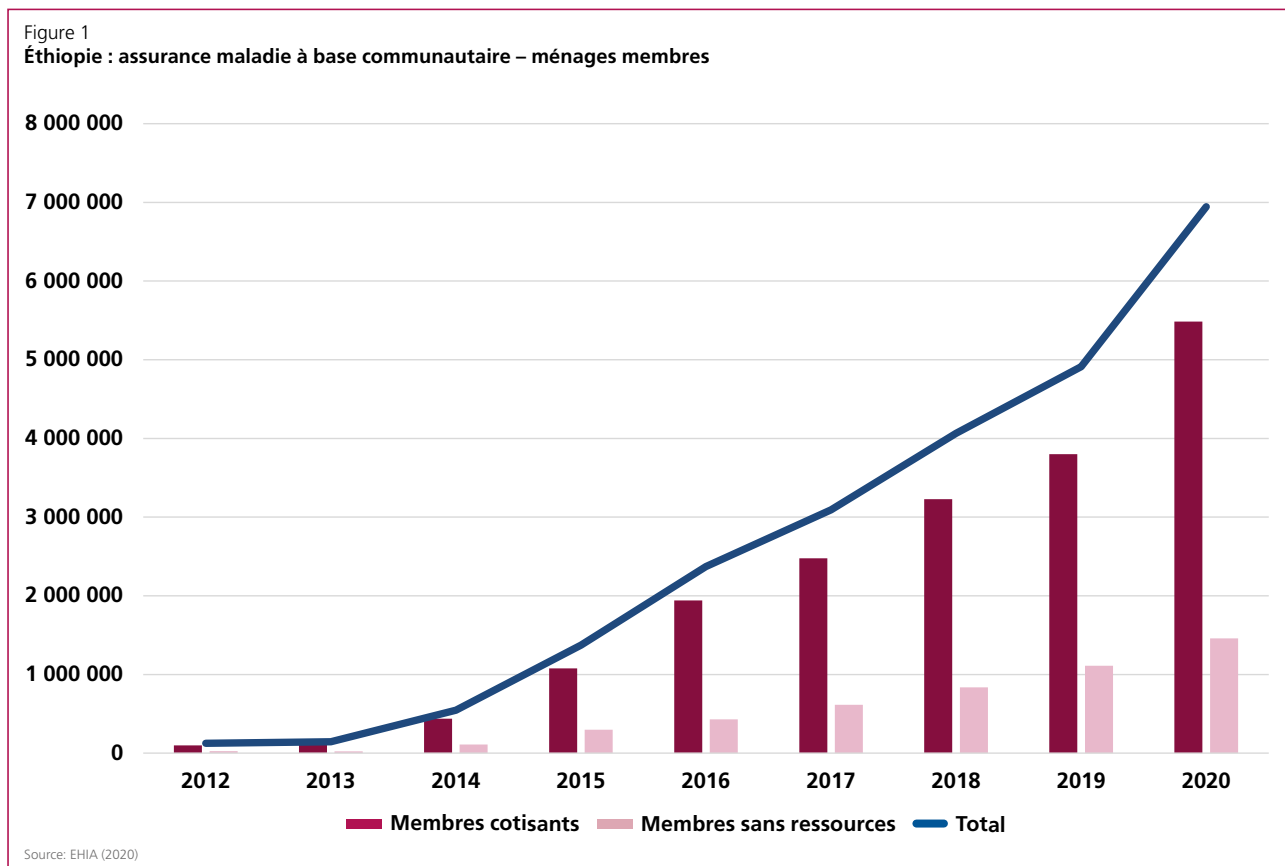
Source: min. de la Santé (2009) et CE (2017)

communautaire, qui vise principalement l'économie informelle, doit être complétée par une adhésion à l'assurance maladie sociale (AMS) pour les fonctionnaires et les travailleurs du secteur formel. La conception de l'assurance maladie communautaire en Éthiopie a été fortement influencée par le système des mutuelles de santé rwandaises ; pendant une visite d'étude au Rwanda en 2007, les responsables de la santé éthiopiens ont été très impressionnés par le taux élevé d'adhésion aux mutuelles et par leur inclusivité. L'année suivante, le Conseil des ministres éthiopien a approuvé une stratégie en matière d'assurance maladie visant à rendre les régimes d'assurance maladie communautaire et d'assurance maladie sociale opérationnels dans un délai d'un an. Bien que cet objectif n'ait pas été entièrement atteint, en 2010, le Plan de développement du secteur de la santé prévoyait de garantir une couverture sanitaire de 50 pour cent d'ici 2015 (10 pour cent avec l'AMS et 40 pour cent avec l'AMBC). Une proclamation relative à l'AMS, rendant celle-ci obligatoire pour les travailleurs du secteur formel et portant création de l'Agence éthiopienne de l'assurance maladie afin de gérer ce régime, a été approuvée en 2010. Toutefois, le régime d'AMS n'est toujours pas opérationnel (Lavers, 2019). L'assurance maladie communautaire, en revanche, a commencé à être étendue en 2013, à partir des 13 *woredas* (districts) où elle était testée, et en couvre aujourd'hui 827 (sur les 1 100 districts éthiopiens existants) ; dans certaines régions éthiopiennes, comme celles de Somali et de Gambela, son déploiement est imminent (EHIA, 2020). En 2015, le ministère de la Santé a lancé le Plan de transformation du secteur de la santé qui devait porter le taux de couverture sanitaire à 80 pour cent

d'ici 2020. L'objectif n'a pas été rempli, mais l'assurance maladie communautaire a connu une croissance impressionnante depuis son lancement (à titre expérimental) en juillet 2011, comme le montre la Figure 1.

La taille moyenne des ménages étant de 4,6 personnes en Éthiopie, on estime que le régime couvre 32 millions d'individus, soit 28 pour cent des 115 millions d'habitants du pays en 2020 (UNFPA, 2021). Ces chiffres concordent avec les résultats du sondage d'opinion réalisé par la FES, le DIE et l'OIT, selon lequel 34,9 pour cent des personnes employées dans l'économie informelle disposent d'une assurance maladie. À titre de comparaison, cette couverture n'était que de 1,25 pour cent en 2011/12 (CSA, 2021). Au début des années 2000, l'Ethiopian Insurance Corporation (EIC) était l'unique compagnie d'assurance et couvrait à peine 0,02 pour cent de la population (Lavers, 2019, p. 63).

La version éthiopienne de l'assurance maladie à base communautaire (AMBC) présente un caractère particulier étant donné qu'elle consiste en un contrat *annuel* conclu entre l'assuré et le régime d'assurance, en vertu duquel l'assuré verse une *avance annuelle* sur la prime d'assurance. Les personnes affiliées à cette assurance maladie communautaire sont censées renouveler leur contrat avant qu'il n'arrive à expiration. Le taux de renouvellement est passé de 54 pour cent en 2015 à 82 pour cent en 2020, révélant un niveau de satisfaction élevé à l'égard du régime d'assurance maladie (EHIA, 2020). En effet, les assurés se tournent davantage vers les services de santé (augmentation de 30 à 41 pour cent), pour un coût 56 pour cent moins élevé



à chaque visite (Mebratie, et al., 2019). Il a également été indiqué que les établissements affiliés à l'AMBC ont enregistré des augmentations de 111 pour cent du nombre de consultations de patients externes et de 47 pour cent de leurs bénéficiaires annuels. En dépit de la hausse du nombre de patients, aucune augmentation notable du temps d'attente pour consulter des professionnels de santé n'a été observée (Shigute, et al., 2020).

Les affiliés à l'AMBC versent une prime annuelle de 240 birrs par ménage (soit 6,86 dollars É.-U. au taux de change moyen en 2020), et des suppléments pour les enfants adultes (Mebratie et al., 2019).⁶ Cette prime est subventionnée à hauteur de 25 pour cent par le gouvernement fédéral. Les pouvoirs publics dans les régions et les *woredas* (districts) prennent en charge les primes d'une petite proportion de ménages « sans ressources » considérés comme n'étant pas en mesure de payer (Lavers, 2019). En 2020, l'ensemble du régime a mobilisé 1,64 milliard de birrs éthiopiens, l'équivalent d'environ 47 millions de dollars É.-U., dont 80 pour cent correspondaient aux cotisations des membres.

En conclusion, l'Éthiopie a enregistré des progrès importants cette dernière décennie au niveau du développement des établissements médicaux, de la formation et du recrutement de personnel de santé, de l'élargissement de la couverture d'assurance maladie volontaire et de la participation de plus larges pans de la population, grâce à la mise en œuvre d'interventions communautaires telles que le programme de vulgarisation de la santé et l'armée de développement sanitaire. Ces avancées ont été rendues possibles par une forte croissance économique (une croissance moyenne de 10 pour cent du PIB par an depuis 2004) et par le soutien considérable des bailleurs de fonds. Le système de santé et de perception des primes d'assurance maladie décentralisé, associé à un dispositif centralisé de mutualisation des risques et de suivi (via l'Agence nationale de l'assurance maladie éthiopienne) et à des liens étroits avec les programmes de protection sociale existants, comme le Programme de « filet de sécurité productif » de l'Éthiopie (Shigute, et al., 2020), ont démontré leur efficacité. Cependant, le fait que l'AMS pour le secteur formel ne soit pas encore opérationnelle limite le subventionnement croisé entre les secteurs formel et informel. Par ailleurs, l'adhésion à l'AMBC étant volontaire, il n'y a aucune garantie que les ménages en bonne santé ne sortent pas du régime.

Le succès indéniable du système d'assurance maladie à base communautaire en Éthiopie est dû aux facteurs évoqués précédemment, mais également à son ancrage dans une pratique traditionnelle éthiopienne appelée « *idir* », une institution financière locale instaurée pour aider les membres de la communauté en cas d'urgence, notamment pour les enterrements (Bekerie, 2003). Le fonctionnement

de l'assurance maladie communautaire au niveau local se rapproche de celui de l'*idir*, tout en présentant d'autres avantages, comme celui d'élargir la mutualisation des risques de la communauté locale à tout le pays. En fait, « les expériences positives précédentes des membres de la communauté auprès d'autres organisations et associations communautaires solidaires et extérieures au secteur de la santé, ont également contribué à une participation et une adhésion accrues de la communauté aux régimes de l'assurance maladie communautaire » (USAID, 2015, p. 11). Cette participation est naturellement limitée par la nécessité de garantir l'uniformité des règles et des procédures régissant l'assurance maladie communautaire dans tout le pays. Ce dilemme – entre la volonté d'assurer un engagement communautaire fort et la nécessité d'un suivi et d'une prise de décision centralisés – est inhérent aux régimes d'assurance maladie communautaire hybrides, qui constituent pourtant le moyen le plus efficace d'atteindre l'objectif de couverture sanitaire universelle.

KENYA

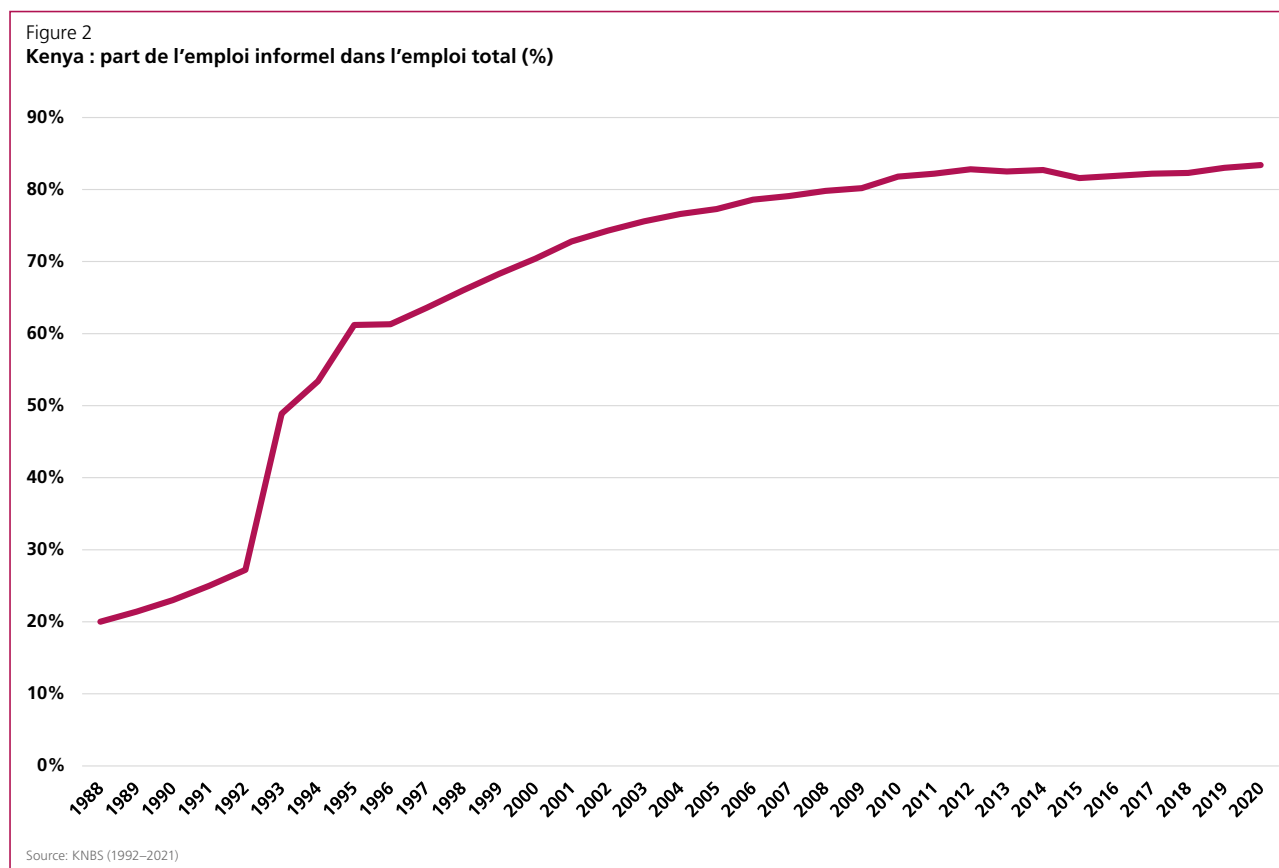
En un sens, le Kenya est le « berceau » de l'économie informelle⁷, également appelée « *Jua Kali* » (soleil implacable) en Afrique de l'Est, qui représente 83,4 pour cent de l'emploi dans le pays et concerne principalement les hommes. Plus des deux tiers des emplois informels relèvent des secteurs du commerce, de la restauration et de l'hôtellerie (Banque mondiale, 2016). On estime que l'économie informelle compte pour 34,3 pour cent du PIB (Institute of Economic Affairs, 2012).

La Figure 2 montre que la part de l'emploi informel dans l'emploi total a augmenté entre 1988 et 2020, passant de 20,0 à 83,4 pour cent (KNBS, 1992–2021). Dans ce même intervalle, le nombre *absolu* de Kenyans employés dans l'économie informelle a été multiplié par 42 : ils étaient 346 400 en 1988 contre 14 508 000 en 2020 (dont 64,5 pour cent dans des zones urbaines et le reste en milieu rural) (KNBS, 1992–2021). Sur la même période, la population du Kenya a augmenté d'un peu plus de 143 pour cent. La montée en flèche du taux d'emploi informel enregistré à la fin des années 1980 et dans les années 1990 doit être attribuée à la mise en œuvre de programmes d'ajustement structurel néolibéraux au cours de cette période.

La Constitution du Kenya de 2010, dans son article 43, prévoit que « toute personne a le droit au meilleur état de santé possible, ce qui inclut le droit à des services de santé, y compris de santé reproductive ». En pratique, cependant, le nombre insuffisant d'établissements de santé, le manque de personnel de santé et l'absence de couverture sanitaire universelle limitent l'exercice de ce droit.

⁶ Selon certaines sources, en 2011, les primes représentaient près de 2–3 pour cent des revenus mensuels des ménages.

⁷ Le terme « secteur informel » a été forgé par l'OIT pour la première fois en 1972, à l'issue d'une vaste mission consultative sur l'emploi au Kenya, et a, par la suite, été converti en « économie informelle » pour souligner le fait que l'informalité n'est pas un « secteur », mais une certaine manière d'exercer des activités économiques.



Le système de santé kenyan comprend des prestataires de soins publics, privés et confessionnels. Le gouvernement, propriétaire de 44,3 pour cent de tous les établissements de santé (en 2019), est le principal fournisseur de services de santé. Le secteur privé à but lucratif détient 43,7 pour cent du total des établissements (essentiellement des cliniques médicales) et le secteur privé à but non lucratif (majoritairement des institutions confessionnelles), 12 pour cent (KNBS, 1992–2021). Conformément à la politique nationale de « dévolution »⁸ du pays, le secteur de la santé est organisé comme suit :

- à l'échelle nationale : politique de santé ; établissements de référence nationaux en matière de santé ; renforcement des capacités et assistance technique aux comtés ;
- à l'échelle des comtés : établissements de santé et pharmacies de comtés ; services d'ambulance ; promotion des soins de santé primaires ; octroi de permis et contrôle des entreprises qui vendent de la nourriture dans les lieux publics ; services vétérinaires ; cimetières, salons funéraires et crématoriums ; gestion des déchets, décharges et déchets solides (min. de la Santé, 2014).

D'après une étude récente, cette dévolution a permis d'améliorer le développement structurel du secteur de la

santé grâce à une adhésion et à un engagement accrus de la population au niveau local. Toutefois, cette étude a également révélé l'inadéquation de l'allocation des ressources par le gouvernement national ainsi que le manque d'effectif dans les établissements de santé (Masabaa, et al., 2020).

Le système de santé public commence avec les soins primaires, le plus bas échelon étant la communauté. Les cas les plus graves sont transférés vers les niveaux de soins de santé supérieurs. La structure actuelle des services de santé comprend six niveaux (i) la communauté ; (ii) les dispensaires ; (iii) les centres de santé ; (iv) les établissements de référence pour les soins primaires ; (v) les établissements de référence pour les soins secondaires et (vi) les établissements de référence pour les soins tertiaires. Le Tableau 8 détaille la répartition des établissements de santé au Kenya.

Ces établissements sont répartis de manière très inégale dans le pays ; alors que les centres de santé et les dispensaires étaient au nombre de 48,1 pour 100 000 habitants dans le comté de Nyeri, l'indicateur chute à 7,3 seulement dans le comté de Mandera. La ville de Nairobi accueille 10,5 pour cent des hôpitaux des niveaux quatre à six (min. de la Santé, 2014).

Le Tableau 9 indique le nombre de professionnels de santé enregistrés en 2019.

Le ratio du personnel de santé (toutes catégories confondues) pour 100 000 habitants est passé de 226 en 2015 à 313 en 2019.

⁸ En vertu de la Constitution, les 47 gouvernements des comtés et le gouvernement national sont « distincts et interdépendants » et doivent fonctionner « en consultation et en coopération ».

Tableau 8
 Établissements de santé au Kenya (2019)

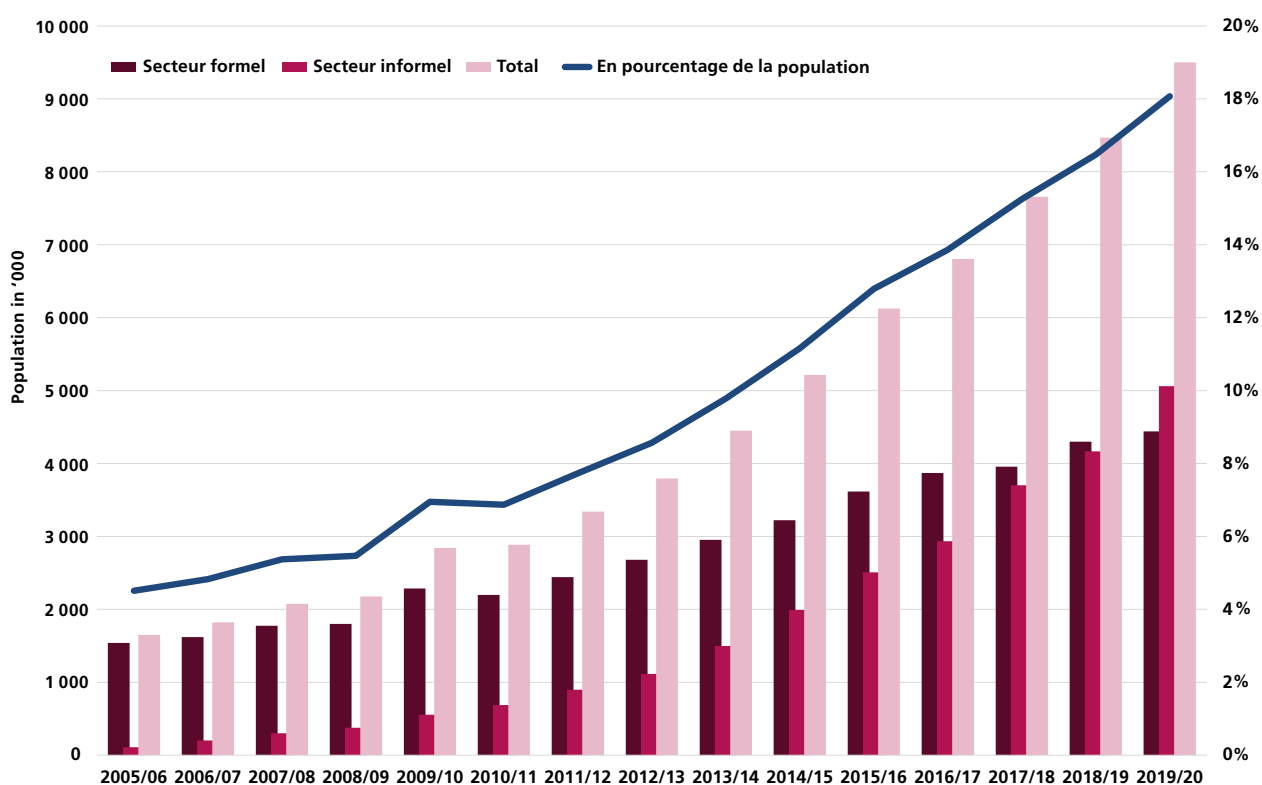
	Niveau 2		Niveau 3			Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
	Dispensaires	Cliniques médicales	Centres médicaux	Centres de santé	Maisons de soins	Établissements hospitaliers de soins primaires	Établissements hospitaliers de soins secondaires	Établissements hospitaliers de soins tertiaires
Nombre	5 655	5 016	717	1 295	301	782	18	6
Ratio unité/population	8 417	9 490	66 388	36 757	158 140	60 870	2 644 444	7 933 333

Source: KNBS (1992–2020)

 Tableau 9
 Personnel médical enregistré au Kenya (2019)

Catégorie	Médecins et dentistes	Pharmaciens et techniciens en pharmacie	Agents et techniciens de santé	Techniciens de laboratoire	Personnel infirmier	Nutritionnistes et diététiciens
Nombre	13 378	14 640	5 718	17 030	94 311	9 784
pour 100 000 hab.	28	31	12	36	198	21

Source: KNBS (1992–2020)

 Figure 3
 Kenya : Couverture d'assurance-maladie par la Caisse nationale d'assurance hospitalière (NHIF)


Source: NHIF Kenya

Les soins dans les hôpitaux publics sont gratuits pour certains services, comme les soins de maternité, et l'hospitalisation est gratuite pour les personnes bénéficiant de l'assurance maladie nationale. Les soins de santé dispensés dans les hôpitaux privés, les institutions confessionnelles ou les ONG ont généralement un coût et ces frais varient (Mohidin & Temmerman, 2020).

Les dépenses de santé annuelles au Kenya s'élevaient à 88,35 dollars É.-U. par habitant en 2018, ce qui représente une augmentation de plus de 400 pour cent depuis l'année 2000. Les dépenses de santé correspondaient à 5,2 pour cent du PIB kenyan en 2018. Il est intéressant de noter la diminution de la part des sommes à la charge de l'assuré dans les dépenses de santé totales, passant de 47,1 pour cent en 2000 à 23,6 pour cent en 2018. Cela semble indiquer que l'élargissement progressif de la CSU s'est traduit par une réduction importante du montant que les patients devaient payer en espèces. De même, la part des dépenses de santé intérieures *privées* en pourcentage des dépenses de santé totales est passée de 59 pour cent à 42,4 pour cent sur la même période. Il est possible d'y voir un autre indicateur des résultats positifs de la CSU (toutes ces données sont tirées de (Banque mondiale, 2021)).

Les principales institutions de sécurité sociale au Kenya sont la Caisse nationale de sécurité sociale (NSSF), qui verse des prestations de retraite, d'invalidité et de survivant, ainsi que des prestations en cas d'accident du travail, et la [Caisse nationale d'assurance hospitalière](#) (NHIF) qui gère un régime d'assurance maladie sociale complet et contributif, auquel les travailleurs de l'économie informelle peuvent adhérer volontairement⁹ depuis 2004. Toute personne d'au moins 18 ans qui possède la nationalité kenyane et gagne plus de 1 000 KES (soit environ 10 dollars É.-U.) par mois est éligible au régime national. Les personnes souhaitant bénéficier du régime ne sont pas triées en fonction de maladies préexistantes et il n'existe pas de limite pour les personnes à charge incluses (Bosch, 2019). Une fois assurés, les membres sont entièrement couverts en cas de maternité et de maladies graves, y compris pour les interventions chirurgicales dans les hôpitaux publics, et bénéficient d'une couverture médicale complète pour les services de consultation externes¹⁰. La Caisse natio-

nale d'assurance hospitalière gère également un [programme de subventions d'assurance maladie](#), cofinancé par la Banque mondiale, qui fournit actuellement une assurance maladie non contributive à 181 415 ménages pauvres (soit plus de 600 000 personnes). En 2018, le gouvernement a consacré 19 millions au subventionnement du régime.

La NHIF assure actuellement 8,5 millions de membres cotisants (voir Figure 3)¹¹, chacun ayant trois ou quatre personnes à charge. Au total, elle couvre environ 28 millions de Kenyans, l'équivalent de 58 pour cent de la population (en excluant les 2,3 pour cent affiliés auprès d'assureurs privés). Le nombre de travailleurs indépendants (économie informelle) membres a augmenté, passant d'environ 110 000 en 2005/06 (6,7 pour cent du total des membres) à plus de 4 millions en 2018/19 (49,2 pour cent du total). Selon le sondage d'opinion réalisé par la FES, le DIE et l'OIT, 25,6 pour cent des personnes employées dans l'économie informelle au Kenya bénéficient d'une assurance maladie. La prime pour les travailleurs de l'économie informelle est fixée à 500 KES (five dollars É.-U.) par mois. On ne sait toutefois pas avec certitude si tous les membres de la Caisse acquittent effectivement leur cotisation mensuelle¹². Si tel est le cas, le Kenya aura franchi une étape importante vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle, un des quatre objectifs prioritaires¹³ (« *Big Four* ») que le pays souhaite atteindre d'ici 2022. Cependant, depuis la proclamation du Président concernant ces quatre piliers, aucun document de politique national n'a encore été publié sur la CSU¹⁴. La couverture sanitaire au Kenya est plus étendue que dans beaucoup d'autres pays africains et s'est clairement développée au-delà du secteur informel. Toutefois, elle varie énormément entre les régions, et notamment entre les zones urbaines et rurales. À Nairobi, environ 40 pour cent des personnes sont assurées, tandis que dans les zones rurales marginalisées, la couverture est inférieure à trois pour cent.

Nous pouvons conclure que le Kenya a accompli des progrès impressionnants dans l'extension de la couverture d'assurance maladie à tous, y compris à l'économie informelle. Des avancées ont également été enregistrées au niveau du développement des établissements médicaux dans l'ensemble du pays, ainsi que dans l'accroissement du ratio personnel/population et la réduction des sommes laissées à la charge

⁹ Le site de la Caisse nationale d'assurance hospitalière précise que : « La Caisse accepte l'adhésion de toutes les personnes éligibles des secteurs formel et informel. Pour les travailleurs du secteur formel, l'adhésion est obligatoire. Pour ceux du secteur informel et les retraités, l'adhésion est libre et volontaire. »

¹⁰ La couverture complète inclut : (i) des services de consultation externes (ambulatoires) : consultations générales, diagnostic et traitement des maladies courantes et des maladies sexuellement transmissibles, diagnostic en laboratoire, médicaments sur ordonnance, gestion des maladies chroniques (VIH/sida, diabète, asthme, hypertension, cancer), radiologie, kinésithérapie, orientation vers des services spécialisés, planification familiale, services de sage-femme, soins prénatals et néonataux, éducation à la santé et au bien-être et conseils en matière de santé, dépistage, immunisation et vaccination ; (ii) des services avec hospitalisation : interventions chirurgicales, consultations spécialisées, accouchement, soins prénatals et néonataux, dialyse rénale, traitement des cancers, évacuation d'urgence par voie terrestre, traitements à l'étranger, et réadaptation en cas de toxicomanie et d'abus de substances. (Bosch, 2019).

¹¹ Dans la Figure 3, l'axe de gauche concerne le nombre de personnes et l'axe de droite le nombre de personnes assurées en pourcentage de la population. Le pourcentage de personnes couvertes est bien plus élevé, comme expliqué précédemment.

¹² Les membres qui n'ont pas pu payer leurs cotisations mensuelles restent assurés s'ils règlent tous leurs arriérés avant la fin de l'année civile. Dans le cas contraire, ils perdent leur couverture d'assurance maladie.

¹³ Il s'agit également de faire passer la part du secteur manufacturier à 20 pour cent du PIB (par rapport aux 9,2 pour cent actuels), parvenir à 100 pour cent de sécurité alimentaire, porter la couverture d'assurance maladie à 100 pour cent et créer 500 000 nouveaux logements abordables.

¹⁴ Le gouvernement a cependant élaboré une politique nationale globale et axée sur les résultats en matière de santé pour la période 2010–2030 (min. de la Santé, 2014). L'objectif prépondérant de la stratégie est de parvenir à une couverture sanitaire universelle.

Tableau 10
Sénégal : indicateurs du marché du travail

Indicateur	Population active (2018, milliers)	Taux de participation à la population active (% , 2018)	Taux de chômage (% , 2018)	Emploi dans le secteur informel (% de l'emploi total, 2016)	Taux d'emploi vulnérable (% , 2020)
Total	4 122,3	48,8	15,5	87,0	64,0
Hommes	2 456,6	69,4	7,4	85,6	59,2
Femmes	1 665,7	50,7	26,0	89,0	72,0
Jeunes (15–24)	845,0	37,9	20,4	–	–

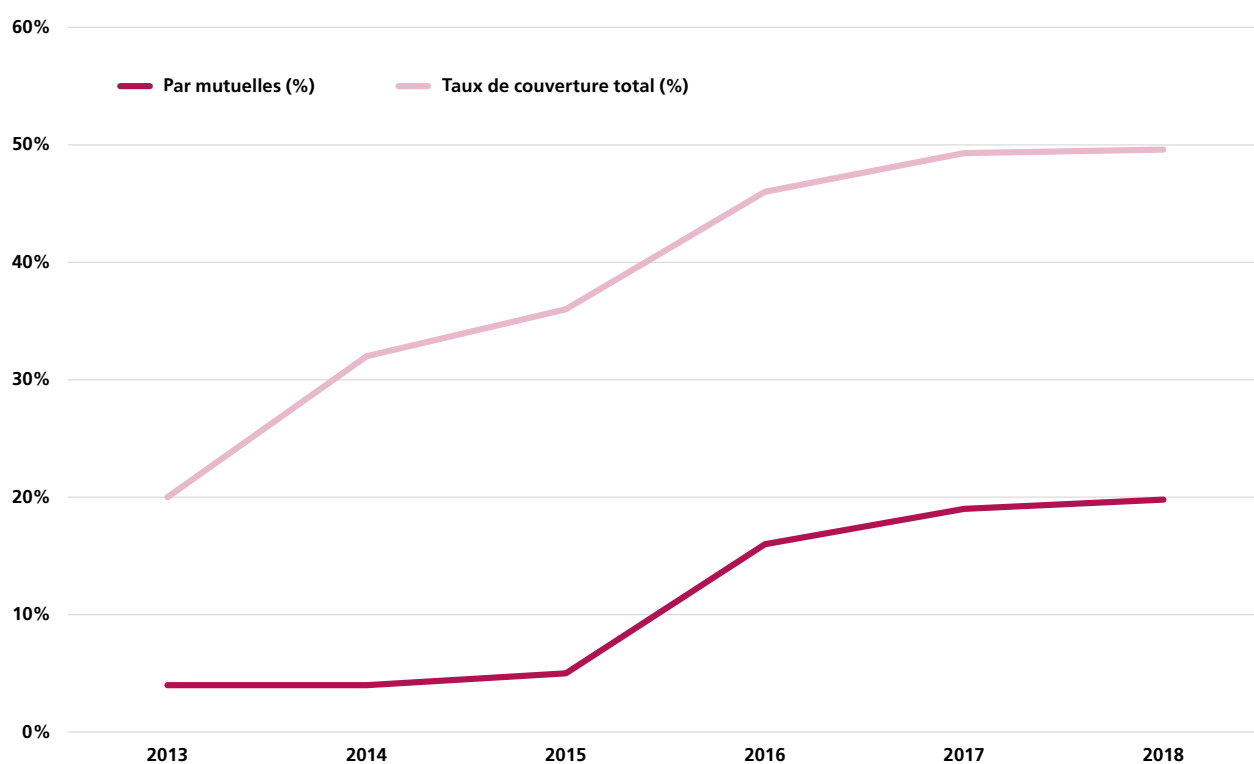
Source: ILO Stat et ANSD (2020) En ligne disponible à : https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer46/?lang=en&segment=indicator&id=SDG_0831_SEX_ECO_RT_A (ILO Stat)

Tableau 11
Sénégal : établissements et personnel de santé (publics et privés)

	Postes de santé	Centres de santé	Hôpitaux (tous types)	Ratio population par médecin	Ratio population par centre de santé	Ratio population par hôpital
2019	4 041	392	75	10 424	54 755	411 361

Source: MINSAS (2020)

Figure 4
Couverture d'assurance maladie au Sénégal



Source: ACMU (2019)

de l'assuré. Le fait que la CSU ait été reconnue par le gouvernement comme l'un des quatre objectifs prioritaires du pays (les « Big Four ») revêt une grande importance. Toutefois, l'écart entre les zones rurales et urbaines en ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité des établissements médicaux persiste, et ne sera guère facile à combler.

SÉNÉGAL

La République du Sénégal se caractérise par une économie informelle très développée, comme le montre le Tableau 10.

Selon une étude récente, l'économie informelle contribue au PIB du pays à hauteur de 41,6 pour cent. Quelque 97 pour cent de toutes les unités économiques du pays relèvent de l'économie informelle ;¹⁵ 79,2 pour cent des opérateurs de l'économie informelle sont des travailleurs indépendants et 51 pour cent¹⁶ d'entre eux ne touchent pas même l'équivalent du salaire minimum national (actuellement 36 243 francs CFA, soit 66 dollars É.-U.) (Guérin & Bonnet, 2020).

La disponibilité des services et des infrastructures de santé au Sénégal était la suivante en 2019.

En moyenne, un citoyen sénégalais peut accéder à une unité de soins de santé dans un rayon de 4,9 km. Dans la capitale Dakar, cependant, cette distance est considérablement réduite (0,4 km) et nettement plus importante dans la région reculée de Kédougou (10,7 km). De même, quand un médecin basé à Dakar dessert une population de 3 962 habitants, le ratio médecin/population passe à 46 084 dans la région de Sédhiou. Au total, 31 292 personnes travaillent dans les établissements de santé du Sénégal (publics et privés, tous les établissements et professions confondus), soit 1:520 (professionnels de santé/citoyens).

En 2018, le total des dépenses de santé par habitant s'élevait à 58,9 dollars É.-U.; les sommes à la charge de l'assuré représentaient 55,9 pour cent de ce montant. Les dépenses actuelles de santé représentent 3,98 pour cent du PIB.

L'article 8 de la Constitution sénégalaise reconnaît le droit à la santé pour tout un chacun, et l'article 17 stipule que « L'État garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être. » Conformément à ces engagements, le Plan Sénégal Émergent (PSE), l'outil de planification stratégique à long terme du pays à l'horizon 2035, a identifié l'extension de la protection sociale comme l'une de ses trois principales priorités. Le PSE définit la protection sociale « comme un ensemble de mesures visant à protéger les populations contre la surve-

nance de risques sociaux. Elle intègre les régimes publics de sécurité sociale, les régimes privés ou communautaires. » (République du Sénégal, 2014) Le gouvernement sénégalais a formulé une Stratégie nationale de protection sociale 2013–2017, qui a été révisée et mise à jour pour couvrir la période 2016–2035 (DGPSSN, 2016). En ce qui concerne le secteur de la santé, le Président de la République a lancé en septembre 2013 un Plan stratégique de développement de la couverture maladie universelle 2013–2017.¹⁷ Le plan a fixé un objectif intermédiaire de couverture de 75 pour cent à l'horizon 2017. Dans cette perspective, le ministère de la Santé a adopté une stratégie axée sur deux piliers : (i) la gratuité des soins de santé pour les groupes vulnérables (enfants, personnes âgées, personnes handicapées, etc.), et (ii) la promotion des mutuelles de santé communautaires, meilleur levier d'extension de la couverture du risque maladie au secteur rural et informel. La mise en œuvre du programme a été déléguée en 2015 à l'Agence pour la couverture maladie universelle (ACMU), qui est appuyée par plusieurs partenaires bilatéraux et multilatéraux de développement. Actuellement, quatre types de régimes de protection financière existent dans le pays : (i) les régimes pour les employés du secteur formel ; (ii) les initiatives de gratuité des soins (par ex., pour les enfants âgés de 0 à 5 ans, les adultes âgés de 60 ans et plus et les personnes handicapées) ; (iii) les assureurs privés ; et (iv) les régimes d'assurance maladie à base communautaire, conçus principalement pour les zones rurales et le secteur informel.¹⁸

Depuis le lancement du programme de CSU en 2013, la couverture sanitaire de la population sénégalaise a évolué comme suit, selon les données officielles.

Les 552 municipalités sénégalaises sont actuellement couvertes par au moins un régime AMBC (ou mutuelle) ; certaines étant couvertes par plusieurs dispositifs, le nombre total de mutuelles est passé à 676 en 2018, avec 455 659 ménages membres et près de 3 millions de bénéficiaires. La prime annuelle s'élève à 7 000 francs CFA (13 dollars É.-U.) par personne,¹⁹ dont 50 pour cent sont subventionnés par l'État (ACMU), qui finance en outre la totalité de la prime pour les ménages les plus pauvres. L'assurance couvre 80 pour cent de la prestation de soins assurée dans les établissements publics ainsi que les médicaments génériques, et 50 pour cent du coût des médicaments achetés dans les pharmacies privées.

¹⁵ Dans le cadre de cette étude, la distinction entre secteur formel et secteur informel s'est opérée sur la base du recours à un système comptable formel.

¹⁶ Les faibles revenus concernent tout particulièrement les femmes employées dans les entreprises informelles. Plus des trois quarts (77,9 pour cent) gagnent moins que le salaire minimum, contre 42,6 pour cent pour les hommes.

¹⁷ Au Sénégal, 2,68 millions de personnes seulement (20 pour cent) sur une population de 13,4 millions étaient couvertes par des régimes d'assurance maladie en 2012, dont 1,60 million (59,7 pour cent) étaient enregistrées auprès de régimes de protection financière contre le risque maladie pour les employés du secteur formel (Daff, et al., 2020)

¹⁸ Le terme « communauté » peut faire référence à une zone géographique (commune) ou à un groupe de personnes ayant un lien en commun (par ex., une même profession). *Transvie*, l'une des mutuelles les plus performantes du Sénégal, a été créée à l'origine pour fournir une couverture d'assurance maladie aux travailleurs du secteur des transports informels. Elle est désormais ouverte à toutes les professions (non agricoles), y compris celles du secteur formel, et couvre plus de 100 000 ménages (Transvie, 2019).

¹⁹ Âgés de 6 à 59 ans, étant donné que la couverture maladie est gratuite en dehors de ces tranches d'âge.

Bien qu'étant indépendantes et autogérées, les mutuelles appliquent les mêmes règles (en ce qui concerne les primes et les paquets de prestations) dans tout le pays et elles sont toutes affiliées à une structure secondaire (union de mutuelles) au niveau départemental. Ces unions supervisent la couverture financière des services proposés dans les hôpitaux de référence aux niveaux départemental, régional et national et elles mettent en commun les ressources inutilisées des mutuelles primaires aux fins de financer les services de santé et les médicaments fournis ou prescrits par les hôpitaux de référence (soins de santé tertiaires). En tant que tels, du moins pour les soins tertiaires, les risques financiers plus importants peuvent être mutualisés par des groupes de personnes dont la taille dépasse celle de toute organisation communautaire (Daff, et al., 2020). Bien qu'étant établie en tant qu'agence paraétatique, l'ACMU peut être considérée comme l'instance faîtière des mutuelles au Sénégal. En 2018, le pays a mis en place son Système d'Information de Gestion Intégré de la Couverture Maladie Universelle. Il comporte sept composantes : (i) l'identification biométrique et la gestion des bénéficiaires ; (ii) un centre de traitement financier pour la collecte des primes et autres fonds ; (iii) un entrepôt de données ; (iv) l'enregistrement et le contrôle des bénéficiaires ; (v) la gestion de l'information relative aux paiements et factures ; (vi) la gestion de l'information relative aux opérations d'assurance ; et (vii) une application pour smartphone au profit des bénéficiaires.

Le ratio officiellement annoncé de 53 pour cent de couverture d'assurance maladie au Sénégal (Daff, 2021) semble très élevé. Trois sources alternatives signalent toutefois des taux de couverture largement inférieurs. Le sondage FES-DIE-BIT a révélé que seulement 8,2 pour cent des travailleurs informels étaient couverts par l'assurance maladie ; une enquête régionale sur l'économie informelle (UEMOA, 2019) a révélé un taux de couverture de cinq pour cent en 2017–2018 et un récent rapport du BIT (BIT, 2021 (à paraître)) faisait état d'un taux de couverture de 38,3 pour cent, y compris les 22,5 pour cent de la population qui, en raison de leurs faibles revenus, bénéficient d'une assistance médicale subventionnée (et ne sont donc pas « assurés » au sens technique du terme).

Parallèlement aux efforts visant à étendre la couverture sanitaire à toute la population, le ministère sénégalais du Travail examine depuis 2013 la faisabilité de la création d'un système de protection sociale en faveur des entrepreneurs et des travailleurs du secteur informel, appelé *Régime simplifié de protection sociale pour les petits contribuables*. Le RSPC a été conçu à l'origine afin d'offrir une plateforme de consultation entre les régimes de sécurité sociale et les acteurs de l'économie informelle ; il est lié aux régimes de sécurité sociale existants et s'appuiera sur des mutuelles établies par des organisations du secteur informel. Le RSPC couvrira dans un premier temps les risques sociaux liés à la santé et à la vieillesse. Il offrira également une couverture d'assurance maladie, ainsi que des prestations de retraite aux acteurs de l'économie *urbaine* informelle. À moyen terme, il s'agira également de proposer des indemnités pour accidents du travail ainsi que des prestations de maternité. La branche santé du RSPC serait financée au moyen

d'une cotisation standard de 5 000 francs CFA (neuf dollars É.-U.) par mois et par famille,²⁰ tandis que la caisse de retraite serait financée au moyen d'une cotisation mensuelle à hauteur de huit pour cent du revenu mensuel de l'assuré. Selon les projections actuarielles entreprises par le BIT, ce niveau de contribution garantirait la viabilité financière du régime à moyen terme. Le RSPC serait introduit sous la forme d'un régime volontaire, mais il devrait devenir un mécanisme obligatoire au fil du temps. Bien que sa conception remonte à l'année 2013, le RSPC se trouve encore en phase d'essai.

La coexistence entre CMU/CSU et RSPC illustre un problème de premier plan affectant le système de protection sociale au Sénégal, qui souffre déjà globalement de la multiplicité d'acteurs, d'institutions, de politiques, de stratégies, de cadres juridiques et d'autorités de surveillance. Les coûts de transaction en sont nécessairement accrus. Il est difficile, par exemple, de comprendre pourquoi la CMU et le RSPC relèvent de ministères distincts (respectivement la santé et le travail), alors qu'ils s'adressent essentiellement au même groupe de bénéficiaires et fournissent des services similaires. Par ailleurs, le Sénégal a réalisé des progrès remarquables dans l'extension de la couverture sanitaire universelle, passée de 20 à 50 pour cent en cinq ans. Ces progrès témoignent de l'importance d'une volonté politique forte pour ce qui est de définir des objectifs ambitieux et de concentrer les efforts, les ressources et les partenariats en vue de les atteindre.

ZAMBIE

Les indicateurs présentés dans le Tableau 12 sont extraits des enquêtes sur les forces de travail menées en Zambie en 2008 et 2019. L'enquête la plus récente est basée sur un échantillon de 9 300 ménages. Étant donné l'évolution de certaines définitions entre 2008 et 2019, des sources supplémentaires, notamment ILOSTAT, ont été consultées afin de compléter le tableau.

La part de l'emploi informel a légèrement diminué entre 2008 et 2019, tandis que la proportion de travailleurs en milieu urbain a augmenté de manière significative, ce qui illustre l'urbanisation progressive de la société zambienne. La rémunération mensuelle moyenne d'un travailleur de l'économie informelle a légèrement augmenté ; elle est environ 40 pour cent supérieure à la catégorie de salaire minimum la plus faible (79 dollars É.-U./mois).

Le dernier rapport officiel sur la disponibilité des établissements de santé remonte à 2017. À cette époque, les infrastructures avaient été recensées comme suit.

En 2017, près de 1 000 établissements de santé supplémentaires par rapport à 2012 avaient été recensés. Sur l'ensemble de ces établissements, 81,3 pour cent appartenaient

²⁰ Contre 7 000 francs CFA par an et par personne dans le cadre du régime de la CMU.

Tableau 12
Zambie : indicateurs du marché du travail

	Indicateur	Total	Hommes	Femmes	Zone rurale	Zone urbaine
2019	Population active (milliers)	7 402	3 825	3 577	4 041	3 361
	Taux de participation à la population active	75,3	79,4	71,3	–	–
	Sans emploi	13,2	13,0	13,4	14,2	12,6
	Économie informelle (%)	87,5	81,1	93,3	94,5	79,2
	Revenu mensuel moyen (dollars américains)	115	–	–	–	–
2008	Population active (milliers)	6 716	3 302	3 414	4 274	2 442
	Taux de participation à la population active (%)	74,5	78,8	70,3	81,1	63,0
	Sans emploi	7,9	8,1	7,7	3,5	18,0
	Économie informelle (%)	89	85	94	96	71
	Revenu mensuel moyen (dollars américains)	109	120	89	73	199

Source: CSO, 2008 et 2019

Tableau 13
Établissements de santé en Zambie (2016)

	Hôpitaux			Centres de santé	Postes de santé	Total
	Troisième niveau	Second niveau	Premier niveau			
	8	34	99	1 839	953	2 933

Source: min. de la Santé, 2017

Tableau 14
Zambie : personnel de santé, principales catégories (2005, 2011 et 2016)

	2005		2011		2016	
	Nombre	Population par catégorie	Nombre	Population par catégorie	Nombre	Population par catégorie
Dentistes	56	211 786	278	50 432	312	52 436
Médecins	646	18 359	1 076	13 030	1 514	10 806
Techniciens de laboratoire	417	28 441	713	19 663	921	17 763
Sages-femmes	2 273	5 218	2 753	5 093	3 141	5 209
Personnel infirmier	6 096	1 946	7 996	1 753	11 666	1 402
Pharmaciens	–	–	777	18 043	1 159	14 116

Source: min. de la Santé (2017)

au gouvernement, 5,9 pour cent à des organisations confessionnelles et le reste à des prestataires privés. L'enquête a en outre fait ressortir un nombre total de 25 806 lits d'hôpital, équivalant à 561 habitants par lit à l'époque. L'évolution du personnel de santé en Zambie est synthétisée dans le tableau 14.

En 2011, 58 pour cent des postes médicaux établis étaient vacants ; ce ratio avait diminué à 32 pour cent en 2016 (min. de la Santé, 2017, p. 72). Toutefois, les personnels de santé étaient (et demeurent) majoritairement basés dans les zones urbaines. Les énormes disparités d'accès aux soins de santé font peser une pression supplémentaire sur le système. Dans les zones rurales, par exemple, seuls 46 pour cent des résidents vivent dans un rayon de 5 kilomètres d'un centre médical et beaucoup doivent parcourir plus de 50 kilomètres pour atteindre l'établissement de santé le plus proche. La pénurie de personnel dans ces établissements limite encore davantage l'accès aux soins médicaux dans les régions plus reculées : certains établissements sont gérés par du personnel non qualifié (ACCA, 2013, p. 7).

Les dépenses de santé représentaient 4,9 pour cent du PIB en 2018 et les dépenses de santé publiques s'élevaient à 29,7 dollars É.-U. par habitant la même année. Les sommes à la charge de l'assuré correspondaient à 10 pour cent des dépenses de santé totales, contre 35 pour cent dix ans plus tôt. Cependant, alors que les dépenses de santé publiques totales augmentaient en termes absolus, la part du ministère de la Santé dans le budget national continuaient de diminuer : 9,9 pour cent en 2014, 9,6 pour cent en 2015 et 8,3 pour cent en 2016. Selon le Plan stratégique, la part des soins de santé dans les dépenses publiques totales devrait atteindre 15 pour cent en 2021.

L'article 112 de la Constitution de la Zambie de 1991 (telle qu'amendée en 2009 et 2016) stipule que « l'État s'efforce de mettre à disposition (...) des établissements médicaux et de santé adéquats, sans toutefois accorder le *droit* aux soins médicaux ». Le septième Plan national de développement de la Zambie (2017–2021) a accordé la priorité à la santé en tant qu'investissement économique clé et souligne que pour atteindre l'objectif d'ériger la Zambie au rang de pays à revenu intermédiaire prospère à l'horizon 2030 – comme stipulé dans sa Vision 2030 – le pays doit pouvoir s'appuyer sur une population saine et productive (Bakyaita & Mweemba, 2018). Dans ce contexte, le Plan stratégique national de santé 2017–2021 de la Zambie (min. de la Santé, 2017) entend parvenir à la couverture sanitaire universelle en mettant l'accent sur les soins de santé primaires au niveau communautaire. Parmi les objectifs stratégiques du plan figure la réalisation de la CSU au travers de services hospitaliers sûrs, abordables, accessibles et opportuns à l'horizon 2021. Les activités associées à cet objectif sont toutes liées à l'amélioration de la disponibilité, de la rapidité et de la qualité des services médicaux auprès du public, et non au financement des soins. Toutefois, le plan comprend un objectif distinct sur le financement de la santé, formulé comme suit : « Lever des ressources financières suffisantes pour financer le plan tout en assurant l'équité et

l'efficacité dans la mobilisation, l'allocation et l'utilisation des ressources au cours de la période d'effet du plan. » Ici, le problème principal se rapporte à la forte dépendance vis-à-vis des donateurs, dès lors que près de 58 pour cent des dépenses totales de santé sont financées par des partenaires de développement. Ces contributions sont souvent spécifiques à une maladie (comme le VIH/sida) et ne sont guère prévisibles à moyen terme.

Le gouvernement zambien fournit des services de santé gratuits au sein des établissements de santé primaires qui lui appartiennent, indépendamment des capacités de paiement des patients. La majorité des Zambiens bénéficiaires de soins de santé primaires n'ont donc aucune dépense résiduelle à leur charge, si bien qu'un manque de moyens financiers n'entrave pas l'accès aux soins pour la plupart de la population. Le ministère zambien de la Santé souligne cependant que le fardeau des sommes laissées à la charge de l'assuré reste substantiel au niveau secondaire, principalement en matière d'hospitalisation (min. de la Santé, 2017). Les soins de santé primaires dans le secteur privé, ainsi que les soins de santé secondaires et tertiaires assurés par des prestataires publics et privés, sont soit à la charge de l'usager, soit couverts par l'assurance maladie privée ou par l'employeur. Les travailleurs de l'économie informelle n'ont pas accès à ces deux dernières options (Phe Goursat & Pellerano, 2016, p. 17).

La principale stratégie en vue d'améliorer le financement du système de soins de santé en Zambie, telle qu'elle est décrite dans la Stratégie de financement de la santé 2017–2027, consiste à mettre en commun toutes les ressources disponibles en matière de santé, qu'elles proviennent du gouvernement, de bailleurs de fonds, de ménages ou de compagnies d'assurance, sur un unique compte afin de simplifier et de rationaliser l'ensemble du système financier en réduisant la fragmentation, les doubles emplois et les chevauchements. Il faudrait pour cela que les bailleurs de fonds délaissent le financement de projets et acceptent une approche à l'échelle du secteur (un fonds multi-donateurs pour le financement des soins de santé). Cela serait toutefois juridiquement impossible pour certains, comme les États-Unis, qui seraient contraints (à tout le moins en partie) de renoncer au contrôle de leurs ressources.

La stratégie de financement reconnaît que la Zambie ne dispose actuellement d'aucune assurance sociale et qu'à peine 3,9 pour cent de la population a contracté une assurance privée. Cela signifie que la mutualisation des risques est quasiment inexistante. Cette supposition concorde avec la conclusion du sondage d'opinion FES-DIE-OIT, selon lequel 2,3 pour cent à peine des personnes employées de manière informelle sont couvertes par l'assurance maladie. La Zambie ne dispose actuellement d'aucun système public d'assurance maladie puisque le gouvernement est en principe censé garantir la gratuité des services de santé pour l'ensemble de sa population ; la participation financière des usagers en matière de services médicaux a été supprimée en 2006. Dans la pratique, toutefois, de nombreux patients sont contraints de recourir à des services

médicaux privés en raison de l'indisponibilité ou de la piètre qualité des services gouvernementaux, laissant à leur charge des montants substantiels. Pour améliorer la situation, le Parlement zambien a adopté la loi n° 2 de 2018 sur l'assurance maladie nationale, qui a conduit à l'établissement du [National Health Insurance Scheme](#) (NHIS, caisse nationale d'assurance maladie) sous la direction de la National Health Insurance Management Authority (NHIMA, autorité nationale de gestion de l'assurance maladie). Le NHIS propose une vaste gamme de prestations ([document de 40 pages](#)) pour des services médicaux en milieu hospitalier et en ambulatoire ainsi que pour la fourniture de médicaments. Le NHIS est un régime obligatoire. Les informations suivantes peuvent être consultées sur son site Web (en anglais) :

- Les employés des secteurs informel et formel cotisent en fonction de leurs capacités financières ; la cotisation est fixée à un pour cent du salaire mensuel de base (économie formelle) ou à un pour cent du revenu moyen déclaré (économie informelle). Compte tenu des données fournies dans le Tableau 12, les opérateurs de l'économie informelle devraient donc contribuer à hauteur de 1,15 dollar É.-U. par mois.
- Les employeurs cotisent pour leurs employés et versent des cotisations à l'autorité ; ils acquittent également une part correspondant à un pour cent du salaire mensuel de base de leurs employés.
- Le gouvernement continuera de subventionner les personnes pauvres et vulnérables.

Les soins de santé peuvent être fournis par des institutions publiques et privées, à condition d'être accréditées auprès de la NHIMA. Les prestations seront étendues à la personne assurée ainsi qu'aux membres déclarés de son foyer. Le NHIS n'en est encore qu'à ses balbutiements et aucune statistique n'est disponible à l'heure actuelle en ce qui concerne ses adhérents et ses revenus.

La participation des communautés locales constitue un aspect important de la stratégie de la Zambie dans le secteur de la santé. Le gouvernement a élaboré une Stratégie de santé communautaire dédiée (et très détaillée) (Community Health Strategy 2017–2021) (min. de la Santé, 2017). Cette stratégie repose pour l'essentiel sur deux piliers :

1. La mobilisation de volontaires issus de la communauté et d'organisations communautaires aux fins de la collecte et de la transmission mobile d'informations relatives à (i) la qualité des soins, (ii) l'accès aux services de santé et (iii) la planification, la budgétisation et la mise en œuvre de mesures de santé communautaire.
2. La formation de comités de santé de quartier qui, sous la direction du personnel de santé, militent pour la prévention et le contrôle des maladies à travers la participation communautaire aux systèmes de gestion et de prestation des soins de santé.

Pour l'instant, ces comités ne participent pas à la collecte des cotisations du NHIS, mais cela pourrait changer à l'avenir.

La construction d'établissements supplémentaires et la formation et le recrutement de nouveaux personnels de santé a permis à la Zambie d'améliorer de manière considérable la disponibilité des services de santé. Dès lors qu'au niveau primaire, les soins de santé sont entièrement subventionnés par le gouvernement, la conception d'un système national d'assurance maladie ne s'est pas avérée aussi urgente que dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Toutefois, le montant apparemment élevé des sommes laissées à la charge des usagers aux niveaux secondaire et tertiaire exige un système complet de mutualisation des risques, qui a pu voir le jour grâce au lancement du NHIS (min. de la Santé, 2017, p. 17). On ne sait pas avec certitude si le NHIS est appelé à *se substituer* au système actuel de soins de santé gratuits (ce qui transformerait le système actuel de soins financés par l'impôt en un régime contributif), ou à le *compléter*. Quoi qu'il en soit, le système de santé zambien connaît une dépendance préoccupante vis-à-vis des bailleurs internationaux, dont les contributions sont pour la plupart réservées et imprévisibles, et contournent régulièrement les mécanismes de prestation proposés par le gouvernement.

3

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Le Tableau 15 fournit un aperçu et une comparaison des indicateurs relatifs à la CSU des six pays inclus dans le présent document d'introduction.

Bien que tous les indicateurs ne soient pas totalement comparables,²¹ le tableau 15 présente des différences très importantes entre les six pays. Un médecin au Bénin doit ainsi traiter plus de cinq fois plus de patients que son homologue au Kenya. Les dépenses de santé par habitant sont 3,5 fois plus élevées au Kenya qu'en Éthiopie voisine, une différence en partie imputable aux différents niveaux de PIB par habitant. Pour obtenir une couverture d'assurance maladie, un

ménage sénégalais doit contribuer neuf fois plus qu'un ménage éthiopien. Au Bénin, les sommes laissées à la charge de l'assuré sont près de six fois plus élevées qu'en Zambie.

Le montant des dépenses de santé publiques engagées par un pays en pourcentage de son PIB est un indicateur de plus en plus utilisé. Le Rapport sur la santé dans le monde 2010 a fait observer qu'il serait « difficile de se rapprocher d'une couverture universelle inférieure à 4–5 pour cent du PIB » (Jowett, et al., 2016). La Figure 5 montre que cet indicateur a légèrement diminué (en moyenne pour les six pays) ces dernières années, passant de 5,68 pour cent en 2000 à 4,81 pour cent en 2018 (Banque mondiale, 2021). Ce déclin s'explique en partie par la forte croissance économique de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne au cours de la même période. En 2018, trois pays (Côte d'Ivoire, Kenya, Zambie) ont dépassé le seuil de quatre pour cent des dé-

²¹ Dans certains pays par exemple, la caisse d'assurance maladie garantit la gratuité totale des soins tandis que d'autres ne proposent qu'une couverture partielle. Il convient d'en tenir compte lors de la comparaison des contributions financières à ces régimes.

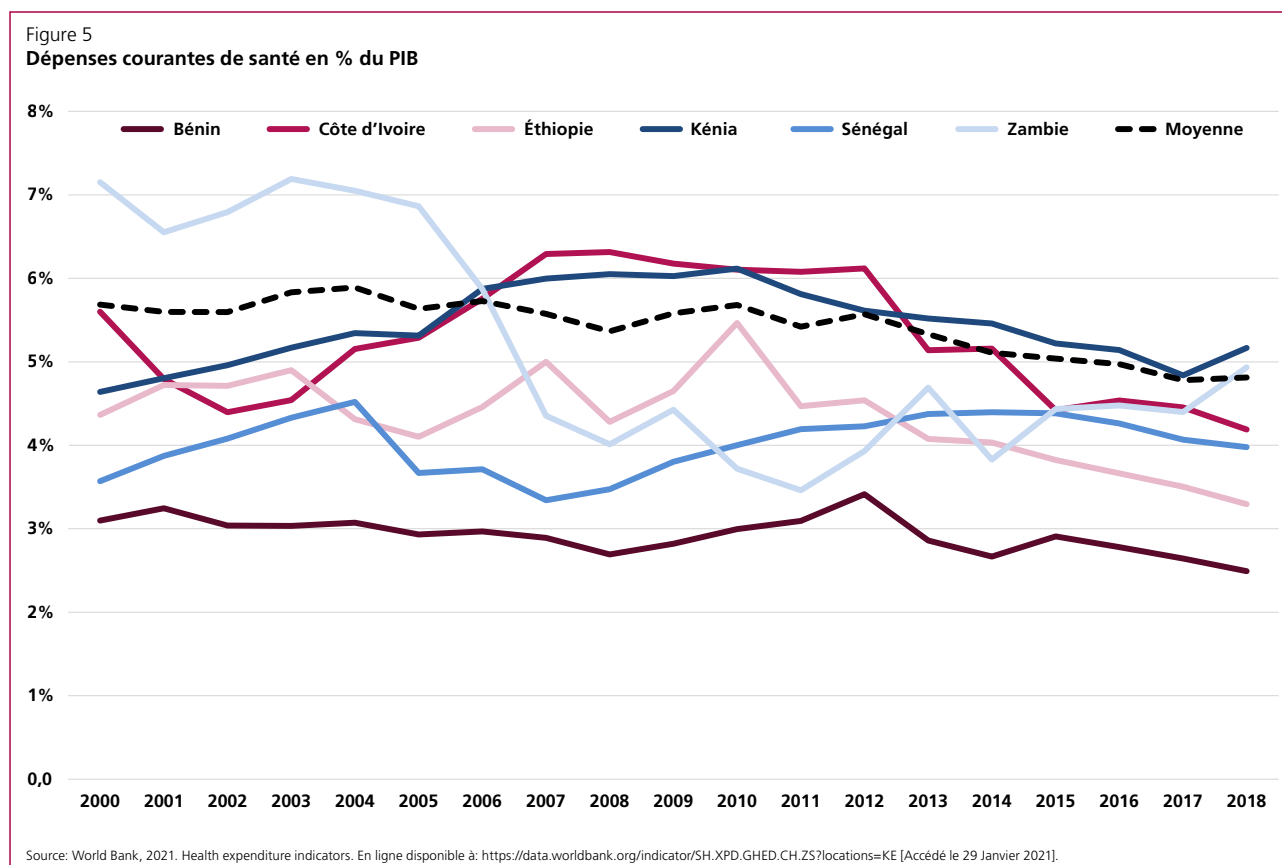


Tableau 15
Indicateurs de la CSU pour six pays d'Afrique subsaharienne (derniers chiffres disponibles, tels qu'indiqués dans les rapports de pays)

		Bénin	Côte d'Ivoire	Éthiopie	Kenya	Sénégal	Zambie	Moyenne ASS ou norme OMS
Part de l'emploi informel		92,6 %	86,7 %	86,0 %	82,7 %	93,4 %	87,5 %	89,0 %
Ratification de la convention n° 102 de l'OIT		Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	s. o.
Population par unité	Équivalents postes de santé			4 172	4 927	4 032	18 206	10 000
	Équivalents centres de santé	12 191	10 164	5 568	22 730	41 571	9 434	
	Hôpitaux	200 020	213 522	258 868	65 228	217 280	123 050	150 000
Population par agent de santé	Médecins	21 137	7 534	10 335	3 930	14 464	10 806	10 000
	Personnel infirmier	4 441	2 259	1 194	557	5 779	1 402	5 000
	Sages-femmes (par femme en âge de procréer)	3 202	1 104	3 238	–	1 925	1 302	3 000
Dépenses de santé	En pourcentage du PIB	2,5 %	4,2 %	3,3 %	5,17 %	3,98 %	4,90 %	5,08 %
	Par habitant (dollars américains)	30,90	71,90	24,23	88,39	58,90	75,99	83,25
	Sommes à la charge de l'assuré (dollars américains)	44,60	28,30	23,64	20,90	32,90	7,59	33,34
Financement de la santé	Couverture d'assurance maladie (pourcentage de la population totale)*	9 %	7,1 %	35,3 %	60,3 %	Entre 5 et 52 %	3,9 %	20,0 %
	Couverture d'assurance maladie des employés informels**	2,3 %	10,3 %	34,9 %	25,6 %	8,2 %	2,3 %	–
	Cotisation annuelle d'assurance par ménage (dollars américains)	15,6	21,96	6,86	60,0	76,9	13,8	–
	Cotisation annuelle en pourcentage du salaire minimum	1,8 %	1,7 %	0,6 %	7,2 %	4,7 %	1,1 %	s. o.
Situation Covid-19	Cas	8 100	47 600	273 900	175 200	41 900	110 300	5 016 511
	Décès (total)	102	306	4 200	3 400	1 100	1 400	134 295

Remarques: * Régimes publics et privés, emploi formel comme informel.

** Selon le sondage d'opinion FES-DIE-OIT.

Source: CDC UA (2021)

penses de santé en pourcentage du PIB, tandis que le Sénégal a chuté juste en dessous.

En conclusion de cette étude, nous confirmons que les six pays ont érigé la couverture sanitaire universelle au rang de priorité nationale. Nous constatons une convergence entre les objectifs universels (ODD, stratégies de l'OMS, instruments de l'OIT), les priorités régionales (stratégie de santé de l'Union africaine), les engagements nationaux et le soutien des bailleurs de fonds. La CSU progresse dans les six pays, mais à un rythme plus lent pour certains.

Il ressort des six rapports de pays ici présentés qu'un modèle hybride d'assurance maladie serait le plus à même de répondre à l'objectif de couverture sanitaire universelle. La notion d'« hybride » couvre deux dimensions :

- Un système hybride de gestion et de prestation, consistant à déléguer les fonctions essentielles aux communautés locales, mais sous la direction et la supervision d'une autorité centrale qui fixe des règles et des règlements standard, surveille les flux financiers et mutualise les risques.
- Un système hybride de financement, dans lequel les cotisations des ménages sont complétées par des subventions gouvernementales et, pour un laps de temps déterminé, par le soutien des donateurs.

Il est également apparu que les ménages les plus pauvres doivent être exemptés de toute contribution financière, sans quoi ils se retrouveraient exclus de la CSU. En outre, les régimes d'assurance maladie doivent devenir obligatoires pour toute personne au sein de la population, employée de l'économie formelle ou non, afin de ne pas laisser aux ménages en bonne santé la possibilité de ne pas participer.

Enfin, les conclusions des rapports de pays soulignent l'importance de la coopération sud-sud intra-africaine dans le domaine des soins et du financement de la santé. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'AMBC éthiopienne s'est inspirée du modèle rwandais – et tous deux semblent efficaces et fructueux. Le régime d'assurance maladie du Bénin, en revanche, ne semble pas avoir tiré enseignement de l'AMBC sénégalaise, en particulier en ce qui concerne les règles normalisées et la surveillance centralisée. La FES, l'OIT et d'autres partenaires pourraient jouer un rôle utile dans le lancement, la facilitation et le soutien de tels partenariats sud-sud dans le domaine de la couverture sanitaire universelle.

RÉFÉRENCES

- ACCA** (2013) : *Key health challenges for Zambia*. Londres : Association of Chartered Certified Accountants.
- ACMU** (2019) : *Performances majeures de la CMU (Agence de la Couverture Maladie Universelle)*. Disponible à l'adresse : <http://agencecmu.sn/performances-majeurs-de-la-cmu>, [Consulté le 1er février 2020].
- Anne, J. et al.** (2014) : *Measuring and Monitoring Progress toward Universal Health Coverage : A Case Study in Côte d'Ivoire*. Bethesda : Abt Associates.
- ANSD** (2020) : *Situation économique et sociale du Sénégal 2017–2018*. Dakar : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie.
- CDC UA** (2021) : *Outbreak Brief #56 : Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*. Disponible à l'adresse : <https://africacdc.org/covid-19/>, [Consulté le 13 juin 2021].
- Bakyaita, N. & Mweemba, N.** (2018) : Universal Health Coverage : A perspective of the WHO country office in Zambia, in : *Health Press Zambia Bulletin*, 2(4) : 5–16.
- Banque mondiale**
 – (2016) : *Informal Enterprises in Kenya*. Washington : Banque mondiale.
 – (2021) : *Health expenditure indicators*. Disponible à l'adresse : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?locations=KE>, [Consulté le 29 janvier 2021].
- Bekerie, A.** (2003) : *Iqub and Idir : Socio-Economic Traditions of the Ethiopians*. Disponible à l'adresse : http://www.tadias.com/v1n6/OP_2_2003-1.html, [Consulté le 14 avril 2021].
- Bissouma-Ledjou, T., Yokouidé, A., Gnamon, J. & Musango, L.** (2015) : *Suivi des progrès vers la Couverture sanitaire universelle en Côte d'Ivoire : analyse situationnelle de base*. Abidjan : OMS.
- BIT** (2021 à paraître) : *Revue générale du système de protection sociale au Sénégal et appui à la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Protection Sociale*. Dakar : BIT.
- Bosch, S.** (2019) : *Legal access rights to health care country profile : Kenya*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- CONSAMUS** (2019) : *Tableau de Bord*. Cotonou : CONSAMUS.
- CSA**
 – (2020) : *Statistical Report on the 2020 Urban Employment Unemployment Survey*. Addis-Abeba : Ethiopian Central Statistics Agency.
 – (2021) : *Sustainable Development Goals*. Disponible à l'adresse : <http://www.dataforalldemo.org/dashboard/v1/ethioinfo/ethioinfo/#>, [Consulté le 05 février 2021].
- CSO** (2008 & 2019) : *Labour Force Survey Reports*. Lusaka : Bureau central de statistique et ministère du Travail, Zambie.
- Daff, B. M.** (2021) : La CMU est un franc succès, dans : *Le Soleil* (19 mai 2021) : 24–25.
- Daff, B. M. et al.** (2020) : Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Sénégal, dans : *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2020, 98(2) : 100–108.
- DGPSSN** (2016) : *Stratégie Nationale de Protection Sociale 2016–2035*. Dakar : Présidence de la République (Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale).
- DTDA** (2020) : *Ethiopia-Labour Market Profile 2020*. Copenhague : Danish Trade Union Development Agency.
- EHIA** (2020) : *CBHI Members' Registration and Contribution 2011–2020 GC ; CBHI Bulletin September 2020*. Addis-Abeba : Agence éthiopienne d'assurance maladie.
- Fantodji, M. K.** (2018) : *Analyse du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) au Bénin*. Cotonou : Rockville MD : Projet Financement & Gouvernance de la Santé, Abt Associates Inc.
- Gbemenou, P.** (non daté) : *Les acteurs de l'économie informelle et les enjeux de l'assurance maladie au Bénin*. Cotonou : Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Gouvernement de la République du Bénin** (2021) : *Projet ARCH : Le Gouvernement généralise le volet Assurance-maladie dans les communes du Bénin*. Disponible à l'adresse : <https://www.gouv.bj/actualite/1145/projet-arch-gouvernement-generalise-volet-assurance-maladie-dans-communes-benin/>, [Consulté le 30 janvier 2021].
- Guérin, O. L. d. & Bonnet, F.** (2020) : *Diagnostic de l'économie informelle au Sénégal*. Dakar : OIT.
- INSAE** (2021) : *Principaux indicateurs de l'emploi, ERI-ESI, Bénin 2018*. Cotonou : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique.
- Institute of Economic Affairs** (2012) : *Informal Sector and Taxation in Kenya*. Issue 29.
- Jowett, M., Brunal, M., Flores, G. & J., C.** (2016) : *Spending targets for health : no magic number*. Genève : OMS.
- KNBS**
 – (1992–2020) : *Economic Surveys 1992–2020*, Nairobi : Kenya National Bureau of Statistics.
 – (1992–2021) : *Economic Surveys 1992–2021*. Nairobi : Bureau national de la statistique du Kenya.
- Koto-Yerima, A.**
 – (2016) : *La Protection Sociale au Bénin*. Cotonou : CONSAMUS.
 – (2017) : *Contribution des mutuelles de santé à la gouvernance de la santé au Bénin*. Cotonou : présentation PowerPoint.
- Lavers, T.** (2019) : Towards Universal Health Coverage in Ethiopia's 'developmental state' ? The political drivers of health insurance, dans : *Social Science & Medicine*, 228 : 60–67.
- LO/FTF** (2018) : *Labour Market Profile Benin (2018)*. Copenhague : Danish Trade Union Council for International Development.
- Masabaa, B., Moturi, J. K., Taiswa, J. & Mmusi-Phetoe, R. M.** (2020) : Devolution of healthcare system in Kenya : progress and challenges, dans : *Public Health*, 189(1) : 135–140.
- Mebratie, A. D. et al.** (2019) : The impact of Ethiopia's pilot community based health insurance scheme on healthcare utilization and cost of care, dans : *Social Science & Medicine*, 220 : 112–119.
- Mieu, B.** (2020) : *Côte d'Ivoire : la couverture maladie universelle, un immense défi pour le gouvernement*. Disponible à l'adresse : <https://www.jeuneafrique.com/mag/902959/societe/cote-divoire-la-couverture-maladie-universelle-un-immense-defi-pour-le-gouvernement/>, [Consulté le 04 février 2021].
- Ministère de la Santé du Bénin** (2017) : *Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)*. Disponible à l'adresse : <http://www.sante.gouv.bj/spip.php?article76>, [Consulté le 09 avril 2017].
- Ministère de la Santé** (2014) : *Kenya Health Policy 2014–2030*. Nairobi : ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé** (Éthiopie)
 – (2009) CE (2017) : *Health and Health-related Indicators*. Addis-Abeba : ministère de la Santé.
 – (2015) : *Health Sector Transformation Plan 2015/16–2019/20*. Addis-Abeba : ministère de la Santé.
 – (2019) : *Ethiopia Health Accounts, 2016/17*. Addis-Abeba : ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé** (Zambie)
 – (2017) : *Community Health Strategy 2017–2021*. Lusaka : ministère de la Santé.
 – (2017) : *Health Financing Strategy 2017–2027 : Towards Universal Health Coverage for Zambia*. Lusaka : ministère de la Santé.
 – (2017) : *National Health Strategic Plan 2017–2021*. Lusaka : ministère de la Santé.

Ministère du Travail et de la Fonction Publique (2017) : *Projet ARCH : Projet Assurance pour le Renforcement du Capital Humain*. Disponible à l'adresse : <http://www.travail.gouv.bj/index.php/projet-arch>, [Consulté le 15 août 2018].

MINSANTE

- (2015) : *Annuaire des statistiques sanitaires 2014*. Cotonou : ministère de la Santé.
- (2020) : *Annuaire des statistiques sanitaires 2019*. Cotonou : ministère de la Santé.

MINSAS (2020) : *Rapport annuel de suivi de la carte sanitaire*. Dakar : ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

Mohiddin, A. & Temmerman, M. (2020) : *COVID-19 exposes weaknesses in Kenya's healthcare system. And what can be done*. Disponible à l'adresse : <https://theconversation.com/covid-19-exposes-weaknesses-in-kenyas-healthcare-system-and-what-can-be-done-143356>, [Consulté le 28 janvier 2021].

MSHP

- (2013, 2019) : *Rapport annuel sur la situation sanitaire 2010–12 et 2018*. Abidjan : ministère de la Santé et de l'Hygiène publique.
- (2016) : *Plan national de développement sanitaire 2016–2020*. Abidjan : ministère de la Santé et de l'Hygiène publique.

OMS (2021) : *The Global Health Observatory*. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-financing>, [Consulté le 04 février 2021].

Phe Goursat, M. & Pellerano, L. (2016) : *Extension of social protection to workers in the informal economy in Zambia : lessons learnt from field research on domestic workers, small scale farmers and construction workers*. Lusaka : OIT.

République du Sénégal (2014) : *Plan Sénégal Emergent*. Dakar : gouvernement du Sénégal.

Rieger, M. et al. (2019) : The impact of the Ethiopian health extension program and health development army on maternal mortality : A synthetic control approach, dans : *Social Science & Medicine*, 232: 374–381.

Shigute, Z. et al.

- (2020) : The Effect of Ethiopia's Community-Based Health Insurance Scheme on Revenues and Quality of Care, dans : *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17 (8558).
- (2020) : Linking Social Protection Schemes : The Joint Effects of a Public Works and a Health Insurance Programme in Ethiopia, dans : *The Journal of Development Studies*, 56(2): 431–448.

Söderborn, M., Shiferaw, A. & Alemu, G. (2020) : *Worker turnover and job flows in the formal private sector of Ethiopia*. Disponible à l'adresse : <https://www.theigc.org/blog/worker-turnover-and-job-flows-in-the-formal-private-sector-of-ethiopia/>, [Consulté le 06 février 2021].

Tadele, F. & Kebede, S. (2015) : *Economic growth and employment patterns, dominant sector, and firm profiles in Ethiopia : Opportunities, challenges and Prospects*. Berne : Swiss Programme for Research on Global Issues for Development.

Transvie (2019) : *Pensions autrement la mutualité*. Disponible à l'adresse : <http://94.23.34.54/transviesnOld/>, [Consulté le 1er juillet 2021].

UA (2016) : *African Union Health Strategy 2016–2030*. Addis-Abeba : Département Affaires Sociales de l'Union africaine.

UEMOA (2019) : *L'Enquête Régionale Intégrée sur l'Emploi et le Secteur Informel 2017–2018*. Ouagadougou : UEMOA.

UNFPA (2021) : *World Population Dashboard Ethiopia*. Disponible à l'adresse : <https://www.unfpa.org/data/world-population/ET>, [Consulté le 12 avril 2021].

USAID (2015) : *Ethiopia's Community-based Health Insurance : A Step on the Road to Universal Health Coverage*. Addis-Abeba : USAID.

Xinhuanet (2018) : *Bénin : plus de 80 % de la population béninoise font recours à la médecine traditionnelle*. Disponible à l'adresse : http://french.xinhuanet.com/2017-11/18/c_136761112.htm, [Consulté le 30 janvier 2020].

LISTE DES TABLEAUX

- 4 Tableau 1**
Bénin : indicateurs du marché du travail
- 5 Tableau 2**
Personnel et établissements de santé au Bénin
- 7 Tableau 3**
Côte d'Ivoire : indicateurs du marché du travail
- 7 Tableau 4**
Côte d'Ivoire : personnel de santé, établissements médicaux et financement
- 9 Tableau 5**
Éthiopie : indicateurs du marché du travail
- 10 Tableau 6**
Éthiopie : établissements de santé (2016/17)
- 10 Tableau 7**
Personnel médical en Éthiopie (2016/17)
- 14 Tableau 8**
Établissements de santé au Kenya (2019)
- 14 Tableau 9**
Personnel médical enregistré au Kenya (2019)
- 16 Tableau 10**
Sénégal : indicateurs du marché du travail
- 16 Tableau 11**
Sénégal : établissements et personnel de santé (publics et privés)
- 19 Tableau 12**
Zambie : indicateurs du marché du travail
- 19 Tableau 13**
Établissements de santé en Zambie (2016)
- 19 Tableau 14**
Zambie : personnel de santé, principales catégories (2005, 2011 et 2016)
- 23 Tableau 15**
Indicateurs de la CSU pour six pays d'Afrique subsaharienne (derniers chiffres disponibles, tels qu'indiqués dans les rapports de pays)

LISTE DES FIGURES

- 11 Figure 1**
Éthiopie : assurance maladie à base communautaire – ménages membres
- 13 Figure 2**
Kenya : part de l'emploi informel dans l'emploi total (%)
- 14 Figure 3**
Kenya : Couverture d'assurance-maladie par la Caisse nationale d'assurance hospitalière (NHIF)
- 16 Figure 4**
Couverture d'assurance maladie au Sénégal
- 22 Figure 5**
Dépenses courantes de santé en % du PIB

À PROPOS DE L'AUTEUR

Jürgen Schwettmann travaille dans le domaine de la coopération internationale au développement depuis 1979 et s'est spécialisé dans le développement coopératif, l'économie sociale et solidaire, le développement rural, et les politiques axées sur la formalisation de l'économie informelle, en mettant l'accent sur l'Afrique subsaharienne. Ayant quitté l'Organisation internationale du Travail (OIT) en 2015 pour prendre sa retraite, il travaille depuis comme consultant indépendant pour diverses agences, dont la FES.

À PROPOS DE CETTE ÉTUDE

Cette publication est issue du projet *Emploi informel, sécurité sociale et confiance politique en Afrique subsaharienne*. Pour toute autre publication de ce projet, veuillez consulter le site <https://www.fes.de/referat-afrika/publikationen>.

IMPRESSION

Éditeur :
Friedrich-Ebert-Stiftung e.V.
Godesberger Allee 149
53175 Bonn
Allemagne
E-Mail: info@fes.de

No de registre : VR2392
Registre des associations de Bonn
Tribunal d'instance de Bonn

Président: Martin Schulz
Secrétaire général: Dr. Sabine Fandrych

Responsable :
Henrik Maihack | Directeur de la Section Afrique
Phone: +49-30-269-35-7456 | Fax: +49-30-269-35-9217
<https://www.fes.de/fr/section-afrique>

Commande de publications :
Janine.Kaliga@fes.de

Traduction: Hélène Boccage

Mise en page : pertext, Berlin | www.pertext.de

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas forcément celles de la Friedrich-Ebert-Stiftung. L'utilisation commerciale des médias publiés par la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) est interdite sans autorisation écrite de la FES. Les publications de la Friedrich-Ebert-Stiftung ne sauraient être utilisées à des fins de propagande électorale.

ISBN 978-3-98628-110-6

© 2022

