

Présidence de la République

Fraternité - Justice - Travail



UNITE DE COORDINATION DU PROJET ARCH



ANALYSE DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE (RAMU) AU BENIN



Août 2018

Avec l'appui de :



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**Health Finance
& Governance**
Expanding Access. Improving Health.

Le Projet Financement et Gouvernance de la Santé

Le Projet Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance HFG) de l'Agence des États-Unis pour le développement international - USAID contribue à améliorer la santé dans les pays en développement en facilitant l'accès de la population aux soins de santé. Dirigée par Abt Associates, l'équipe du projet collabore avec les pays partenaires afin d'augmenter leurs ressources intérieures pour la santé, de gérer leurs précieuses ressources plus efficacement et de prendre des décisions d'achat judicieuses. En conséquence, ce projet d'envergure mondiale de 209 millions USD d'une durée de six ans augmente l'utilisation des services de santé à la fois primaires et prioritaires, y compris les services pour le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et la santé de la reproduction. Conçu fondamentalement pour renforcer les systèmes de santé, HFG aide les pays à gérer leurs transitions économiques nécessaires à l'atteinte de la couverture maladie universelle.

Août 2018

Accord de coopération N° : AID-OAA-A-12-00080

Soumis à: l'Unité de Coordination du Projet ARCH

Citation recommandée : Fantodji Magloire K. Août 2018. *Analyse du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) au Bénin*. Rockville MD : Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.

ANALYSE DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE (RAMU) AU BENIN

AVERTISSEMENT

Les opinions de l'auteur exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou du gouvernement des États-Unis

TABLE DES MATIERES

Acronymes	v
Résumé Exécutif	vii
1. introduction.....	1
2. Justification et objectif de l'étude.....	2
3. méthode de l'évaluation	4
3.1 Nature de l'étude.....	4
3.2 Techniques et Outils de collecte et groupes cibles	4
3.3 Collecte, traitement et analyses des données	4
3.4 Difficultés rencontrées.....	4
4. le ramu : fondement, genèse et planification du processus	5
4.1 Fondement, genèse et objectifs du RAMU	5
4.1.1 Fondements du RAMU.....	5
4.1.2 Genèse du RAMU au Bénin	6
4.1.3 Objectifs du RAMU, cible et paquet de soins	7
4.2 Planification du processus.....	8
4.2.1 Création du Comité Technique Interministériel (CTI).....	8
4.2.2 Mission d'étude de faisabilité	9
4.2.3 Définition des principes de base, des orientations stratégiques et de l'architecture du RAMU	9
4.2.4 Mission P4H.....	11
4.2.5 Lancement officiel du RAMU.....	12
5. Mise en œuvre DU RAMU et réalisations de l'ANAM.....	13
5.1 Mise en œuvre du RAMU.....	13
5.1.1 Création de l'ANAM.....	13
5.1.2 Mise en place du cadre législatif et réglementaire	14
5.1.3 Création du Sous-Groupe Technique de Travail du RAMU.....	14
5.1.4 Définition des bases techniques du RAMU.....	15
5.1.5 Création du Comité Nationale de Pilotage	16
5.1.6 Lancement de la phase pilote	17
5.2 Les réalisations de l'ANAM	17
5.2.1 Réalisations sur le plan informatique.....	17
5.2.2 Réalisation sur le plan de la communication et de la sensibilisation.....	18
5.2.3 Les affiliés au RAMU	18
5.2.4 Réalisations sur le plan de l'édition et de la distribution des cartes d'assurance.....	19
5.2.5 Réalisations sur le plan de l'ouverture à l'offre des soins.....	19
5.2.6 Réalisations sur le plan législatif et réglementaire	20
5.2.7 Réalisation de documents techniques de l'assurance maladie.....	20
5.2.8 Paiement des cotisations.....	20
5.2.9 Ressources mobilisées et dépenses effectuées.....	22
6. Analyse du processus de conceptualisation et des étapes de mise en œuvre du RAMU	25
6.1 Analyse du processus de conceptualisation	25
6.1.1 Analyse des parties prenantes.....	25



6.1.2	Analyse du choix du montage institutionnel	30
6.1.3	Analyse de la loi RAMU	32
6.1.4	Analyse du choix des cibles.....	33
6.1.5	Analyse du choix du paquet de services couverts.....	34
6.1.6	Analyse du choix de la méthode de paiement des prestataires....	35
6.2	Analyse des étapes de mise en œuvre.....	37
6.2.1	Analyse de la méthode de communication.....	37
6.2.2	Analyse du choix de la zone pilote du lancement.....	39
6.2.3	Analyse du paiement des prestataires.....	39
6.2.4	Analyse des indicateurs de performance.....	40
6.2.5	Analyse du système de suivi-évaluation	42
6.2.6	Analyse de la performance.....	42
6.2.7	Analyse du système de plaintes.....	43
6.2.8	Synthèse de l'analyse du RAMU.....	43
7.	Enseignements pour la conceptualisation et la mise en œuvre de ARCH	47
7.1	Enseignements à prendre en compte pour la conceptualisation de ARCH.....	47
7.1.1	Parties prenantes.....	47
7.1.2	Montage institutionnel	48
7.1.3	Choix de la cible.....	48
7.1.4	Choix du paquet de soins.....	48
7.1.5	Méthode de paiement des prestataires	48
7.2	Enseignements à prendre en compte pour la mise en œuvre de ARCH..	48
7.2.1	Méthode de communication	48
7.2.2	Phase pilote et zone pilote de lancement	49
7.2.3	Paiement des prestataires.....	49
7.2.4	Système de suivi-évaluation et indicateurs	49
7.2.5	Système de plaintes	49
8.	Recommandations.....	50
8.1	A l'Assemblée Nationale.....	50
8.2	Au Gouvernement.....	50
8.3	A l'UCP-ARCH.....	50
9.	Conclusion	51
Annexe A : LISTE DES PERSONNES INTERVIEWÉES.....		1
Annexe B : GÉNÉRALITÉS SUR LE PROJET ARCH		2
1.	Justification, stratégies et objectifs de développement du projet ARCH	2
2.	Orientations stratégiques et principes de base du volet assurance maladie de l'ARCH	2
3.	Les composantes de l'ARCH	3
4.	Les défis du projet ARCH	4
Annexe C : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS		5
Annexe D : LES MÉCANISMES D'EXEMPTION DES SOINS DE SANTÉ AU BÉNIN		8
Annexe E : GRAPHIQUES DE L'ARCHITECTURE DU RAMU		10

Liste des Tableaux

Tableau 1: Evolution des ressources et dépenses de l'ANAM de 2012 à 2017	22
Tableau 2 : Matrice des acteurs.....	26
Tableau 3: Synthèse de l'analyse du RAMU	44

Liste des Graphiques

Graphique I : Les trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture santé universelle.....	6
--	---

ACRONYMES

ADAM	Agence Départementale de l'Assurance Maladie
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
ARCH	Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
BIT	Bureau International du Travail
CA	Conseil d'Administration
CONSAMUS	Conseil National béninois des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales
CSU	Couverture Santé Universelle
DPSCQ	Direction du Partenariat Sanitaire et de la Qualité
DPSCMR	Direction du Partenariat Stratégique, de la Communication et de la Mobilisation des Ressources
DTSFIAMU	Direction Technique chargé des Stratégies, de la Formation, de l'Ingénierie de l'Assurance Maladie Universelle
FNAM	Fonds National de l'Assurance Maladie
HFG	Financement de Gouvernance en Santé
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
MSAE	Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat
P4H	Providing for Health
PASDS	Programme Accord Santé Développement Solidaire
PRPSS	Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé
SGTT-RAMU	Sous-Groupe Technique RAMU
PIC	Plan Intégré de Communication
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
STEP/BIT	Stratégie et Technique pour l'Extension de la Protection Sociale du BIT
SWOT	Forces, Faiblesses Opportunités et Menaces
USAID	United States Agency for International Development
UCP-ARCH	Unité de Coordination du projet ARCH



RESUME EXECUTIF

Dans le cadre de la protection contre les risques financiers liés à la maladie, le gouvernement du Bénin a lancé en 2011, un mécanisme obligatoire de gestion du risque maladie appelé Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). Mais, ce régime d'assurance maladie, en principe contributif et obligatoire, a donné des résultats mitigés. L'actuel Gouvernement, au regard de la politique holistique de protection sociale, a adopté une nouvelle vision inclusive d'extension de la protection sociale dont le principal outil de mise en œuvre est « l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) ». Adopté le 3 Mai 2017 en conseil des ministres, il vise à accroître la capacité et l'accès aux services sociaux de base, ainsi qu'à favoriser les opportunités économiques de façon durable et équitable aux béninois notamment auprès des plus démunis. Dans la perspective de capitaliser les acquis du RAMU le gouvernement du Bénin, via l'Unité de Coordination du Projet (UCP-ARCH), a sollicité l'appui de l'USAID à travers le projet Financement de Gouvernance de la Santé (HFG) pour une revue analytique de cette expérience.

L'objectif général de celle-ci est de recueillir et d'analyser les informations sur le RAMU afin de nourrir la réflexion stratégique sur la conceptualisation et la mise en œuvre du pilier assurance maladie de l'ARCH.

Le régime d'assurance maladie universelle vise l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité. Il contribue également à réglementer, à réguler et à coordonner l'ensemble des mécanismes de couverture du risque maladie existant à l'échelle nationale. Trois (3) objectifs spécifiques sont assignés au RAMU : (i) contribuer à l'amélioration de l'accès financier de toute la population aux soins de santé de qualité, (ii) garantir aux patients des soins de santé de qualité, (iii) accroître la solidarité, l'équité et l'efficacité dans le système de santé.

Le processus de planification du RAMU comprend la création du comité technique interministériel, la réalisation d'études préliminaires (états des lieux), la définition des principes de base et les orientations stratégiques, la définition des paramètres techniques du RAMU, la détermination des paramètres économiques et financiers (données actuelles et coûts), l'évaluation des paramètres techniques et le lancement de la mise en œuvre avec la création de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM).

La mise en œuvre du RAMU par l'ANAM a démarré avec la mise en place du cadre législatif et réglementaire qui s'est soldé par le vote tardif de la loi sur RAMU le 29 décembre 2015. Il s'en est suivi par la création du Sous-Groupe Technique de Travail du RAMU pour animer les réflexions en vue de la mise en œuvre harmonieuse de la couverture universelle en santé puis la définition des bases techniques du RAMU. Il s'agit du *paquet des prestations de base et des taux de prise en charge*. Enfin, avant de procéder au lancement de la phase pilote du RAMU, le gouvernement a créé le Comité Nationale de Pilotage en tant qu'un instrument de gestion populaire et de contrôle périodique du citoyen de la mise en œuvre du RAMU.

Sur la base de la documentation disponible sur le RAMU et des entretiens effectués avec les personnes ressources sélectionnées, les principaux constats qui se dégagent sont les suivants :

- Une forte volonté politique doublée d'une faible capacité technique ;
- L'absence d'un document politique nationale sur la Couverture en Santé Universelle
- L'absence d'un plan stratégique de mise en œuvre du RAMU ;
- Un plan intégré de communication est élaboré mais mis en œuvre avec retard et ne couvre que la phase de mise en œuvre ;

- Le démarrage et la mise en œuvre du RAMU avant la mise en place du cadre législatif et juridique (décret portant sur la création de l'ANAM, l'adoption de la loi portant RAMU, etc.) ;
- Mise en place de comités techniques et/ou de groupes de travail technique pour mener des réflexions techniques devant permettre d'effectuer des choix éclairés ;
- La disponibilité des Partenaires Techniques et Financiers à soutenir la mise en œuvre du RAMU ;
- L'insuffisance de coordination et/ou de synergie d'actions entre les acteurs chargés de la mise en œuvre et ceux chargés de produire les réflexions techniques ;
- L'élaboration tardive des documents techniques de l'assurance maladie et des outils conçus pour l'affiliation, la prise en charge des patients RAMU, le rapportage pour le conventionnement ;
- La mise en place à l'ANAM d'infrastructures informatiques et biométriques et du matériel d'édition des cartes d'assurance maladie ;
- La faible implication du secteur privé en dépit du fait qu'il fournit 54% de la demande de soins au Bénin ;
- L'inexistence d'une base de données consolidée sur les différentes phases de mise en œuvre du RAMU ;
- Mise en place tardif d'un système de suivi-évaluation ;

Les principaux enseignements qui se dégagent sont :

- Les orientations et choix des acteurs politiques doivent être nourris par les réflexions techniques afin d'anticiper sur les difficultés qui pourraient entraver l'évolution de la mise en place de la politique de la Couverture Santé Universelle (CSU).
- Une analyse des forces et faiblesses des parties prenantes pour chaque phase du projet est indispensable : conceptualisation, mise en œuvre, et passage à l'échelle pour la distribution des rôles et responsabilité. L'absence d'une telle analyse a entraîné une mauvaise distribution des rôles et des difficultés dans la coordination du processus.
- Le développement d'un plan stratégique de mise en œuvre réaliste avec des étapes et des indicateurs de suivi permet d'éviter les dysfonctionnements constatés tels que : l'improvisation, la précipitation, le manque de réflexions, le pilotage à vue, pouvant laisser la place au politique de prendre des décisions mal éclairées.
- Une meilleure coordination des interventions des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) par la mise en place d'un plan d'appui conjoint et un mécanisme de coordination. Chaque PTF a tendance à faire passer ses priorités alors que la déclaration de Paris exige que les PTF s'alignent sur les priorités du pays. Un plan d'appui conjoint facilite la coordination des PTF, permet aux PTF de s'aligner sur les priorités nationales et le suivi et la traçabilité de leurs appuis sont plus aisés. Ainsi, la collaboration est durable.
- La coordination des interventions du gouvernement et son leadership, l'appropriation des parties prenantes, la transparence dans le processus et la bonne gouvernance sont indispensables pour assurer durablement le succès du régime.
- Le cadre législatif et réglementaire est un préalable à la mise en place du montage institutionnel. Il permet non seulement de définir les règles et principes, mais il donne un caractère légal à toute action de sorte à permettre aux parties prenantes de s'assurer que ce qui est prévu et mis en œuvre respectent les textes et lois de la république. Sa mise en place doit être effectuée dans les meilleurs délais afin de permettre au cadre institutionnel d'avoir la

légitimité qui lui revient.

- Le panier de soin doit être réaliste avec des services prioritaires, en phase avec le plateau technique et accessible à la population. Il doit être défini sur la base d'une étude actuarielle et tenir compte de la capacité financière de la population.
- La communication joue un rôle capital dans le processus de mise en œuvre de la CSU. Si elle est intégrée à toutes les étapes du processus, elle a un impact positif et efficace sur l'adhésion de la population, l'appropriation de régime d'assurance, et sur le déroulement de toutes les étapes du déploiement. Elle améliore aussi les comportements nuisibles au développement du régime d'assurance maladie. Un plan de communication intégré doit donc être développé et sa mise en œuvre doit s'appuyer sur les structures existantes. Il doit être adapté au contexte sociologique et à chaque cible pour être efficace.
- La phase pilote est primordiale pour corriger les failles éventuelles et pour la généralisation du régime. Le choix de la zone pilote doit se faire sur la base d'un certain nombre de critères pour un bon déroulement de la phase pilote.
- Le déroulement de la phase pilote doit s'appuyer sur un document conceptuel car il permet de faire des choix raisonnés et de faire une planification conséquente.
- Une bonne documentation et la collecte des données sur la phase pilote est indispensable pour les besoins de l'analyse, de gouvernance du régime et de mise à échelle.
- Il est indispensable de prévoir et de mettre en place à temps les outils de mise œuvre de l'assurance maladie ainsi que les documents techniques de l'assurance maladie. Car l'absence de ces outils ralentit le processus de paiement.

Pour améliorer la mise en œuvre du volet assurance maladie de l'ARCH, les recommandations suivantes sont formulées :

A l'Assemblée :

1. Développer et voter le cadre législatif avant le lancement pour clarifier les objectifs, stratégie de mise en œuvre, rôle des parties prenantes, et les indicateurs de performance ;

Au gouvernement :

1. Susciter l'adhésion de la population au régime ;
2. Développer une stratégie nationale de la Couverture Santé Universelle pour le volet assurance maladie de l'ARCH et un plan stratégique de mise en œuvre avec une vision donnée, les objectifs, la stratégie de mise en œuvre incluant notamment le montage institutionnel, le mécanisme de suivi-évaluation et les indicateurs de performance
3. Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication intégrée et mettre à disposition les moyens nécessaires pour sa mise en œuvre ;
4. Mettre en place une institution (mécanisme) qui gère la mise en œuvre de la phase pilote et lui accorder le pouvoir et les moyens (humain et financier) requis pour la mise en œuvre ;
5. Susciter une meilleure appropriation de l'initiative par les parties prenantes et la population à travers des dialogues inclusifs, l'inclusion de parties prenantes dans les instances de conceptualisation et mise en œuvre ;
6. Associer au tant que possible les structures d'assurance privée, les mutuelles de santé, le secteur privé de santé dans les discussions et travaux en cours, et à chaque étape du processus ;
7. Elaborer un plan d'appui détaillé des PTF et mettre en place un mécanisme de coordination.

A l'UCP-ARCH :

1. Capitaliser les acquis du RAMU : les recommandations de la mission d'étude de faisabilité, les recommandations de la mission P4H, les travaux du Sous-Groupe Technique de Travail du RAMU (SGTT-RAMU), la loi RAMU ainsi que les différents extraits entrant dans le cadre du RAMU, les réalisations de l'ANAM telles que les documents techniques d'assurance maladie, les outils conçus pour l'affiliation, la prise en charge des patients RAMU, le rapportage et pour le conventionnement, les infrastructures informatiques et biométriques, la base de données des adhérents, le matériel d'édition des cartes d'assurance maladie et les ressources humaines de l'ANAM.
2. Choisir la zone du pilote sur la base de critères connus : technique et politique – mais qui répond aux capacités de mise en œuvre du mécanisme ;
3. Proposer un paquet minimum de soins/services – qui est dans l'enveloppe financière disponible et que les prestataires publics peuvent rendre disponible avec un investissement minimal ;
4. Réaliser une analyse approfondie des parties prenantes pour assurer une meilleure distribution des rôles et une coordination conséquente du processus. Ce travail a démarré avec le dialogue mais doit être approfondi pour la phase opérationnelle.



I. INTRODUCTION

Le Bénin est un pays de plus 10 millions d'habitants situé en Afrique de l'Ouest. D'une superficie de 114763 km², il est limité au sud par l'océan atlantique, à l'ouest par le Togo, à l'ouest par le Nigéria, au nord par le Burkina-Faso et le Niger. L'organisation du système de santé au Bénin est type pyramidale à trois (3) niveaux avec une forte cohabitation entre les structures de soins publiques et privées. En 2016, le taux de couverture en infrastructure sanitaire publique est évalué à 91,6% alors que le taux d'utilisation des services de santé publique est de 45,5%. Le secteur privé capte environ 54% de la demande de soins¹. Cependant, le taux de mortalité maternelle est de 351 décès pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité infantile est de 42‰ ; le taux de mortalité juvénile est de 30‰ et le taux de mortalité infanto-juvénile est de 70‰².

Une analyse du financement de la santé révèle que les ménages contribuent à hauteur de 40% au financement des dépenses de santé³. L'étude révèle également une forte fragmentation du financement de la santé. Environ dix-neuf (19)⁴ mécanismes d'exemption et de subvention de soins existent dans le pays⁵. Selon les directives de l'OMS et dans le but d'améliorer l'accès financier des populations aux soins de santé de qualité, le Bénin a décidé en mai 2008, de rendre l'assurance maladie obligatoire à l'ensemble de la population béninoise.

Des travaux et réflexions ont conduit alors à l'avènement du RAMU. Sa mise en œuvre a été assurée par l'ANAM. Dans cette dynamique, le pays a voté le 29 décembre 2015 la loi sur le régime d'assurance maladie obligatoire, a élaboré une stratégie nationale de financement de la santé en vue de la couverture universelle de santé de 2016-2022, et a réalisé une étude pour identifier des alternatives de financements innovants pour soutenir la CSU.

Depuis 2013, en marge de toutes ces interventions, de multiples campagnes de sensibilisation ont amené des milliers de béninois à adhérer au RAMU et à s'acquitter, pour certains d'entre eux, des cotisations sociales pour eux-mêmes et leurs ayants droit. Malgré ce nouveau régime en place, les prestations de soins fournies n'ont pas été à la hauteur des attentes formulées.

Les dysfonctionnements constatés ont conduit l'actuel Gouvernement à une réflexion visant à introduire plus d'efficacité dans la réalisation de la couverture maladie universelle. Ainsi, un nouveau concept intitulé ARCH a été créé. Cette nouvelle orientation qui découle de la politique holistique relative au socle de protection sociale, élargie au-delà de la couverture du risque maladie⁶, l'accès aux services relatifs aux crédits, à la retraite et au capital humain.

Le présent rapport, après un bref rappel de la justification et l'objectif de l'étude, présente le cadre institutionnel et méthodologique de l'évaluation. Ensuite, il passe en revue le fondement, la genèse et la planification du processus RAMU ainsi que sa mise en œuvre et les réalisations de l'ANAM. Les enseignements pour la conceptualisation et la mise en œuvre de l'ARCH seront également abordés. Enfin, les recommandations pour éclairer la prise de décision seront présentées dans la dernière partie du rapport.

¹ Annuaire des Statistiques sanitaire, DPP/MS, 2015.

² Enquête Multiple Indicator Cluster Survey (MISC) 2014

³ CNS

⁴ Voir annexe D

⁵ Stratégie Nationale de Financement de la Santé 2016-2022

⁶ SOSSOU Justin A., protocole de recherche sur la CSU, IRSP Bénin, 2017

2. JUSTIFICATION ET OBJECTIF DE L'ETUDE

Le diagnostic du dispositif actuel de protection sociale montre une diversité de situations selon les couches de la population. En effet, on note une quasi-absence de mécanismes organisés à l'échelle nationale au profit des travailleurs du secteur informel (agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans, artistes, etc.), qui représentent environ 94,3% de la population active⁷. Les couches les plus pauvres de la population ont un taux de couverture des programmes avoisinant 5%⁸. En ce qui concerne les mécanismes d'exemption et de subvention pour la prise en charge du risque maladie, les dix-neuf (19) mécanismes dont dispose le Bénin ne fonctionnent pas en synergie et enregistrent des résultats mitigés.

Le niveau de mutualisation ou de la mise en commun (pooling) du risque maladie dans le pays est très faible. Seulement 8,4% de la population est actuellement couverte par l'assurance maladie. Alors que la proportion de la population active non-couverte contribue à hauteur de 68% au produit intérieur brut (PIB) et regroupe des démunis qui accèdent difficilement aux services sociaux de base. Enfin, on constate une inégalité de chance et d'accès entre retraités du secteur formel et ceux du secteur informel. La situation est même chaotique pour les personnes du troisième âge du secteur informel qui, malheureusement, n'ont quasiment pas accès aux systèmes de retraite en dehors de quelques initiatives de mutuelles sociales qui fonctionnent à une échelle réduite. Les gouvernements précédents avaient tenté d'apporter des solutions à ces différents problèmes à travers la création de la Caisse mutuelle de sécurité sociale, mais du fait du mode d'adhésion, cette initiative n'a enrôlé qu'une infime proportion de la population cible.

C'est pourquoi dans le cadre de la protection contre les risques financiers liés à la maladie, le Gouvernement du Président Yayi BONI, à la suite de la décision du conseil des ministres du 28 mai 2008, a lancé le 19 décembre 2011 le mécanisme obligatoire de gestion du risque maladie : le RAMU. Pour rendre le RAMU opérationnel, le gouvernement a créé le 8 Mai 2012 l'ANAM. Elle est l'instance de gestion, de coordination, de réglementation et de régulation du RAMU. Elle procède au suivi et à l'évaluation de l'ensemble du processus. Mais, ce régime d'assurance maladie, en principe contributif et obligatoire, peine à donner des résultats. Les populations déjà pauvres continuent de payer des dépenses de santé astronomiques les plongeant davantage dans l'extrême pauvreté⁹.

Face à ce tableau peu reluisant et dans la perspective du renforcement du capital humain et de réduction de la pauvreté, le nouveau régime a complètement modifié la logique d'intervention de l'Etat en matière de protection sociale. Des réformes institutionnelles et organisationnelles profondes ont été amorcées tant au Ministère de la santé qu'au Ministère en charge des Affaires Sociales. Ces réformes ont abouti à l'adoption d'une nouvelle stratégie intégrée et plus inclusive d'extension de la protection sociale. Le principal outil de mise en œuvre de cette stratégie est le dispositif nommé « ARCH ». Adopté le 3 Mai 2017 en conseil des ministres, le dispositif vise à accroître la capacité et l'accès aux services sociaux de base, ainsi qu'à favoriser les opportunités économiques de façon durable et équitable aux béninois.

Il constitue un paquet de quatre (4) services de protection sociale à savoir l'Assurance Maladie, la Formation, le Micro-crédit et l'Assurance retraite qui seront offerts à un guichet unique. Depuis lors, les réflexions sont en cours pour implanter cet outil et assurer un succès durable au projet ARCH. Ainsi, le gouvernement a créé par le décret 2017-362 du 12 Juillet 2017, le cadre institutionnel de

⁷ INSAE, 2016

⁸ Banque Mondiale, 2011

⁹ SOSSOU Justin A., protocole de recherche sur la CSU, IRSP Bénin, 2017

pilotage du Projet ARCH, qui est composé d'un comité de supervision et d'une UCP-ARCH. L'UCP-ARCH a pour mission de mettre en œuvre le plan d'actions adopté en Conseil des Ministres en vue de l'opérationnalisation du Projet. Le projet ARCH capitalise les expériences existantes et renforce certains programmes ayant fait leur preuve. Des études ont été identifiées et programmées afin de renseigner et compléter les éléments permettant la finalisation de la conceptualisation des quatre (4) paquets de services ainsi que le passage au pilote relatif à l'assurance maladie. Dans cette nouvelle dynamique et pour des raisons d'efficacité, d'économie d'échelle et d'équité, il est prévu que certains dispositifs publics de couverture de risque maladie soient intégrés dans le projet ARCH. Le RAMU en fait notamment partie et le document du projet de l'ARCH s'est appuyé sur les données du RAMU. Toutefois, il est apparu indispensable de tirer les enseignements du processus RAMU afin de bien concevoir le pilier assurance maladie du dispositif ARCH, objectiver les choix opérationnels qui en découlent et répondre à ce besoin d'efficacité et d'efficience. Dans cette démarche, il a été constaté une absence d'analyse sur le processus RAMU capable de fournir des éléments factuels, utiles voire vitaux pour la mise en place du dispositif ARCH. C'est donc pour prendre appui sur les leçons de cette expérience afin de nourrir la réflexion stratégique sur la conceptualisation et la mise en œuvre du pilier assurance maladie d'ARCH, que l'UCP-ARCH a sollicité l'appui de l'USAID à travers le projet HFG pour mener cette étude.

L'objectif général de la présente étude est de recueillir et d'analyser les informations sur le RAMU pour informer la conceptualisation et la mise en œuvre du pilier assurance maladie de l'ARCH.

L'objectif général est décliné en deux (2) objectifs spécifiques que sont :

1. Recueillir des informations sur le processus de conceptualisation du RAMU ;
2. Recueillir des informations sur les étapes de mise en œuvre du RAMU.

3. METHODE DE L'EVALUATION

3.1 Nature de l'étude

L'étude réalisée dans le cadre de cette mission est une étude descriptive et analytique. Elle s'appuie sur la documentation relative à la conceptualisation et la mise en œuvre du RAMU, les entretiens et tout autre document ayant un lien avec la problématique. Son caractère rapide explique que le consultant n'ait pas eu recours à des techniques d'analyse plus élaborées.

3.2 Techniques et Outils de collecte et groupes cibles

Les techniques utilisées dans le cadre de cette analyse sont la revue documentaire et l'entretien. Les outils conçus pour la collecte de données sont le guide d'entretien et le questionnaire. La revue documentaire a permis de comprendre davantage le contexte et de mieux identifier les acteurs et leur rôle afin de préparer les éléments à prendre compte dans le guide d'entretien et le questionnaire.

Les groupes cibles sont les parties prenantes impliquées dans la conceptualisation et la mise en œuvre du RAMU. Ces derniers ont été approchés durant la mission. Il s'agit des représentants du Ministère de la Santé, du Ministère de la Fonction Publique, du Ministère de l'Economie et des Finances, du Ministère de la Famille, des PTF, de l'ANAM, des sociétés d'assurance, des mutuelles de santé et des personnes ressources.

3.3 Collecte, traitement et analyses des données

La collecte des données s'est appuyée sur la documentation disponible sur le RAMU et sur les entretiens réalisés avec les représentants des parties prenantes. Une partie de la documentation a été fournie par le représentant pays de HFG. L'équipe de l'UCP-ARCH a également fourni de la documentation. Les structures telles que le Ministère de la Santé, l'ANAM ainsi que la Commission Santé ont été parcourues pour collecter des documents.

Le guide d'entretien a été administré aux représentants de quelques parties prenantes du RAMU afin de recueillir les informations qualitatives sur le processus de conceptualisation et de mise en œuvre ainsi que des propositions d'amélioration.

3.4 Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées ont trait à la disponibilité de certains acteurs durant la période des entretiens. De même, il convient de signaler que certains acteurs n'étaient plus au Bénin. Ces derniers n'ont pas été pris en compte dans l'étude.

Aussi, le retard observé dans la consolidation de la base de données des adhérents du RAMU n'a pas permis de faire les requêtes concernant le calcul de certains indicateurs bien que les informations relatives au nombre d'adhérents et de bénéficiaires soient disponibles.

4. LE RAMU : FONDEMENT, GENESE ET PLANIFICATION DU PROCESSUS

4.1 Fondement, genèse et objectifs du RAMU

4.1.1 Fondements du RAMU

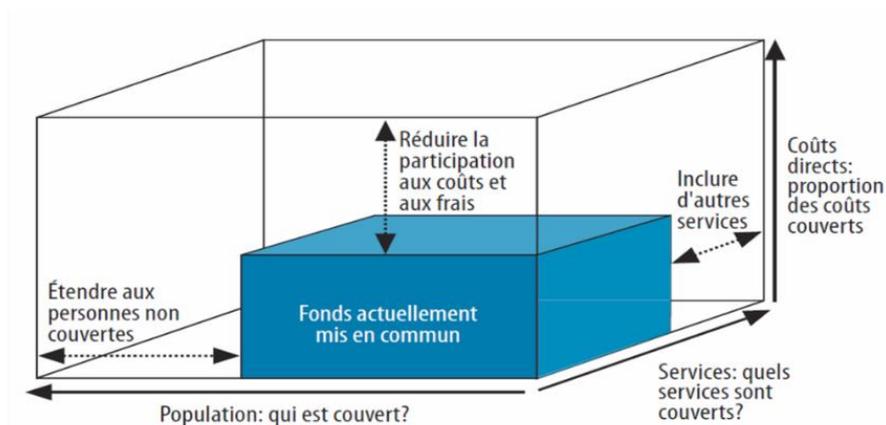
En 1995, le développement d'alternatives aux limites de l'initiative de Bamako¹⁰ s'est traduit au Bénin par l'expérience des mutuelles de santé. Depuis les années 2000, on assiste à un élan mondial en faveur de la réduction de la pauvreté à travers les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cet élan s'est réaffirmé par l'adoption des Objectifs de Développement Durable (ODD) pour la période post 2015- 2030 par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en septembre 2015. En Afrique, des initiatives ont été lancées pour accélérer l'atteinte des OMD, témoignant d'un fort engagement des dirigeants africains. La déclaration de Tunis de Juillet 2012, signée par les Ministres des Finances et de la Santé en est la preuve. Cette déclaration traduit la collaboration étroite des deux (2) objectifs en vue d'une optimisation des ressources et du développement durable.

C'est dans ce cadre qu'est apparue la nécessité d'élaborer des stratégies sur la CSU. Le rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), intitulé « *Le financement de la santé - le chemin vers la couverture universelle* », a marqué un tournant décisif dans cette perspective car il met la CSU au cœur des priorités de développement. La prise de conscience et l'engagement en faveur de la CSU furent ensuite renforcés par les déclarations de Bangkok en Janvier 2012 et de Mexico en Avril de la même année. La résolution du 12 décembre 2012 de l'ONU pour la CSU afin d'assurer l'accès aux services essentiels de santé et de réduire la pauvreté et les inégalités renforce davantage cet élan mondial.

Selon les directives de l'OMS, et pour s'inscrire dans la dynamique de l'accélération du progrès vers la CSU, les pays doivent répondre à trois défis majeurs que sont : (i) le défi lié à la protection financière, (ii) le défi lié à l'accroissement des types de services couverts et (iii) le défi lié à l'accroissement de la couverture de la population avec les principales interventions essentielles. La marche vers la CSU est un processus de prise de conscience graduelle, et répondre efficacement à ces trois (3) défis revient donc à remplir le cube ci-dessous.

¹⁰ Elle correspond à une réforme de la gestion des systèmes de santé. Ce concept a été adopté à la suite d'une réunion des ministres de la santé africains à Bamako en 1987 (37e comité régional de l'OMS).

Graphique I : Les trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture santé universelle



Au Bénin, l'article 8 de la constitution du 11 décembre 1990 légitime l'accès à un niveau adéquat de protection sociale pour tous comme un droit fondamental. Il est donc obligation à l'Etat d'assurer à ses citoyens un accès égal à la santé, l'éducation, l'information, la formation professionnelle et à l'emploi. Cette disposition constitutionnelle se justifie notamment par le fait que la santé est la pierre angulaire de tout processus de développement dans la mesure où elle contribue au bien-être individuel et collectif et assure ainsi à tout système de production, la plus précieuse des ressources à savoir le capital humain. De ce fait, la santé est un bien public qui joue un rôle économique et social indéniable.

4.1.2 Genèse du RAMU au Bénin

Le Bénin a pris l'engagement de s'inscrire dans cet élan mondial en adhérant à la plupart des conventions et accords internationaux y relatifs. Il est apparu nécessaire d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé et de nutrition comme étant l'un des domaines prioritaires du développement du capital humain. Mais de nos jours, la santé est le secteur où la demande en protection sociale est la plus forte en Afrique et au Bénin en particulier.

En effet, on note une faiblesse du système de couverture sociale en général, et de l'assurance maladie en particulier. A cela s'ajoute le fait qu'aucun des dispositifs existants ne parvient à offrir une couverture efficace du risque maladie à la majorité de la population. Tous les mécanismes disponibles ne couvrent seulement 20%¹¹ de la population.

Selon les comptes nationaux de la santé de 2015, 49% des dépenses nationales de santé sont supportées par les ménages et 76% de ces dépenses sont consacrées aux produits pharmaceutiques et autres biens médicaux. L'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité est donc un défi majeur pour le système de santé du Bénin.

Au regard de ce qui précède, la nécessité de mettre en place un système de couverture universelle du risque maladie s'impose. Les états généraux de la santé tenus à Cotonou en 2007 ont également fait cette recommandation¹².

Les premières réflexions dans la perspective de la CSU ont démarré en 2004 au niveau du Ministère de la Fonction Publique avec l'appui du Bureau International du Travail (BIT) afin de mettre en place une couverture pour les agents de l'Etat. Le processus a suivi son cours jusqu'à l'introduction en conseil des ministres d'une communication en 2008. Parallèlement, les réflexions sur le RAMU

¹¹ Point sur la mise en œuvre du RAMU, ANAM, Juillet 2015

¹² Point sur la mise en œuvre du RAMU, ANAM, Juillet 2015

avaient démarré la même année au Ministère de la Santé sans que les deux structures ne se soient concertées. Finalement, selon les échanges avec la personne interviewée au cours de l'étude qu'il s'en est suivi le retrait de la communication du Ministère du Travail et de la Fonction Publique au profit de celle du Ministère de la Santé sur le RAMU. C'est alors qu'un communiqué du Conseil des Ministres en date du 28 Mai 2008 fait état de la décision prise par le gouvernement du Bénin d'instaurer un RAMU qui serait articulé avec un système mutualiste pour les agents du secteur de la santé et les divers mécanismes de gratuité des soins. Un Comité Technique Interministériel (CTI) a été chargé par le Gouvernement pour poursuivre la réflexion et démarrer les travaux vers la couverture sanitaire universelle.

Le processus a alors abouti au développement du RAMU en 2011, avec la mise en place de l'ANAM en Mai 2012 et le vote de la loi sur le RAMU le 29 Décembre 2015 et sa promulgation le 7 Mars 2016. Il faut rappeler qu'entre 2008 et 2011, plusieurs actions ont été menées par le Ministère de la Santé et les PTF qui ont été sollicités pour appuyer le processus.

4.1.3 Objectifs du RAMU, cible et paquet de soins

RAMU est une initiative du gouvernement visant à améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité. Il vise également à réglementer, à réguler et à coordonner l'ensemble des mécanismes de couverture du risque maladie existant à l'échelle nationale. Trois (3) objectifs spécifiques sont assignés au RAMU : (i) contribuer à l'amélioration de l'accès financier de toute la population aux soins de santé de qualité, (ii) garantir aux patients des soins de santé de qualité, (iii) accroître la solidarité, l'équité et l'efficacité dans le système de santé.

Selon les dispositions de la Loi n°2015-42 portant sur l'institution RAMU en République du Bénin, chaque béninois et chaque béninoise peut bénéficier du RAMU quel que soit leur condition sociale. Néanmoins, on distingue trois (3) grandes catégories de bénéficiaires qui se présentent comme suit :

- Les indigents + acteurs du secteur informel + acteurs du secteur agricole ;
- Les agents de l'état + les membres des institutions de la république + les retraités ;
- Les acteurs du secteur privé formel.

Le processus d'affiliation a été planifié en trois (3) phases en fonction des trois (3) catégories de bénéficiaires. La phase 1 correspond à la 1^{ère} catégorie, la phase 2 à la 2^{ème} catégorie et la phase 3 à la 3^{ème} catégorie.

Selon l'article 26 de la loi RAMU, les prestations de base offertes couvrent :

- Les frais de consultation et d'hospitalisation ;
- Les frais de médicaments, de consommables médicaux et de produits sanguins labiles ;
- Les frais des examens de laboratoire et de radiologie ;
- Les actes chirurgicaux ;
- La rééducation et la réadaptation fonctionnelle ;
- Les frais de vaccins obligatoires ;
- Les frais d'appareillage orthopédique de fabrication locale ;
- Les frais de transport sur le territoire, de malades d'une formation sanitaire à une autre, en cas de référence ;
- Les frais de prestations liés à l'état de grossesse et à l'accouchement.

Il faut noter que suivant l'article 29 de la loi, certains soins ne sont pas couverts par le RAMU. Il s'agit notamment de :

- Les frais relatifs aux prestations fournies par des prestataires non conventionnés par

- l'organisme de gestion ;
- Les soins de confort ;
- Les interventions de chirurgie esthétique ;
- Les cures thermales,
- La mésothérapie ;
- La thalassothérapie ;
- Les prestations fournies à l'extérieur du territoire national ;
- Toutes les autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et des médicaments établis par décret pris en conseil des Ministres.

4.2 Planification du processus

Le processus de planification du RAMU désigne l'ensemble des travaux préparatoires à la mise en œuvre. Il comprend la création du CTI, la réalisation d'études préliminaires (états des lieux), la définition des principes de base et orientations stratégiques, la définition des paramètres techniques du RAMU, la détermination des paramètres économiques et financières (données actuelles et coûts), évaluation des paramètres techniques et lancement de la mise en œuvre. Elle a débouché sur le lancement officiel du processus par le Président de la République le 19 Décembre 2011 à Cotonou avec la remise des premières cartes par le Ministre de la Santé aux adhérents mutualistes de la Commune de Niki le 24 Avril 2012.

4.2.1 Création du Comité Technique Interministériel (CTI)

Suite aux recommandations des Etats Généraux de la Santé tenus en 2007, le Gouvernement a pris la décision d'initier la réflexion et une concertation élargie en vue d'instaurer progressivement la mise en place d'un RAMU au Bénin. Aussi, le Conseil des Ministres du mercredi 21 mai 2008 (extrait du relevé n° 19) a décidé de créer un CTI présidé par le Ministre en Charge de la Santé. Composé des principales parties prenantes du RAMU, le CTI a pour principale mission de suggérer au Gouvernement les propositions concrètes dans le domaine. Cette mission se décline ainsi qu'il suit : (i) s'enquérir des expériences réussies dans d'autres pays africains notamment celles du Rwanda, du Maroc et du Ghana, (ii) faire l'état des lieux des régimes de couverture sociale maladie existants au Bénin, (iii) réaliser la typologie des régimes envisageables au Bénin, (iv) identifier les couches sociales susceptibles d'être couvertes ainsi que leurs niveaux moyens de revenus, (v) déterminer les fourchettes de primes pour chaque catégorie sociale, (vi) déterminer le paquet minimum des prestations à couvrir par le RAMU, (vii) proposer les modalités pratiques de gestion des régimes identifiés (affiliation, collecte et gestion des primes, accréditation des prestataires...), (viii) proposer les mécanismes de prise en charge des cas spéciaux et des cas lourds, (ix) identifier les sources de financement du RAMU et préciser l'apport potentiel de chaque source et (x) proposer un mécanisme de gestion et de coordination du processus.

La création d'un CTI en soi est une bonne initiative dans la mesure où elle permet de mobiliser les principaux acteurs indispensables à la mise en place du régime d'assurance maladie. Les réflexions techniques d'un certain niveau ont eu du mal à être menées. En effet, au regard des dix (10) missions assignées à ce comité, de nos interviews, il ressort que le comité interministériel a manqué de compétences techniques nécessaires pour conduire les réflexions. En conséquence, il n'a pas bien fonctionné car les membres n'étaient pas des spécialistes de l'assurance maladie. Selon les informations recueillies durant les interviews, c'était un groupe politique. Le comité a travaillé jusqu'à l'aboutissement de l'Etude de faisabilité pour la mise en place d'un RAMU au Bénin.

Même si on doit créer un comité, il faut s'assurer que les compétences nécessaires sont réunies et qu'elles puissent fournir les intrants qui sont attendus avec des exigences données.

4.2.2 Mission d'étude de faisabilité

Dans le cadre des travaux préparatoires, une mission d'étude de faisabilité a été initiée en 2009 et s'est poursuivie en 2011. Elle s'inscrivait dans le cadre du Programme Accord Santé Développement Solidaire (PASDS) signé entre la France et le Bénin. Celle-ci a abouti à l'élaboration de :

- Note de cadrage (avril 2009) ;
- Rapport sur la Revue des expériences en système d'assurance-maladie menées dans cinq (5) pays d'Afrique : Côte d'Ivoire, Ghana, Maroc, Sénégal et Tunisie (mai 2009) ;
- Rapport sur la formulation de l'Avant-Projet Sommaire du RAMU (juillet 2009) ;
- Note de restitution de mission (décembre 2009) ;
- Note sur l'atelier de janvier 2010 ;
- Rapport de présynthèse (décembre 2010).

Les recommandations formulées en 2010 dans le cadre de la mission d'étude de faisabilité :

- Mettre en place une ANAM chargée d'assurer la conduite du processus au quotidien et préparer les sessions du CTI/RAMU. Non seulement cette recommandation est pertinente mais elle a été mise en œuvre ;
- Assurer un portage politique fort du projet. Elle est pertinente et d'actualité mais le politique a pris le pas sur les réflexions techniques. Il faut plutôt que la réflexion technique influence les décideurs à faire des choix politiques éclairés ;
- Rendre efficace la Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat (MSAE). Elle n'est pas pertinente. Le mieux étant de mettre l'accent sur les mutuelles en générale ;
- Organiser une large concertation nationale autour du concept et susciter le consensus de tous les acteurs. Cet aspect est pertinent mais il n'a pas été suffisamment mis en œuvre. Cette recommandation est encore d'actualité.
- Exécuter les phases de construction et de déploiement de façon progressive. Cette recommandation est non seulement pertinente mais elle a été mise en œuvre partiellement et est encore d'actualité ;
- Procéder à un lancement expérimental (phase pilote avant généralisation du mécanisme). Cette recommandation est incontournable et a été mise en œuvre. Elle devra être repensée et reconduite pour ARCH ;
- Prendre des dispositions pour lever les obstacles potentiels à l'instauration du RAMU. Il s'agit de : (i) la répartition de l'offre de soins et des personnels de santé inéquitable avec de fortes disparités régionales, (ii) une qualité insuffisante de l'offre de soins tant publique que privée, liée notamment au manque de motivation financière et matérielle des personnels de santé, au faible niveau de formation, (iii) une nette insuffisance des ressources financières, malgré les efforts louables observés ces dix (10) dernières années, (iv) une utilisation faible des services de santé, (v) un système d'approvisionnement et distribution des médicaments mal régulé, (vi) le partenariat public-privé assez mal négocié, (vii) diverses défaillances systémiques, notamment sur les infrastructures et équipements, (viii) le risque de résistance de certains acteurs, (ix) un processus de décentralisation encore insuffisant. Ce sont en fait les préalables à la mise en place du régime. Cette recommandation est très pertinente et est capitale pour le volet assurance maladie de ARCH mais n'a pas été mise en œuvre dans le cadre du RAMU ;
- Mettre en place des mesures connexes dans les secteurs formel et informel pour faciliter l'identification des acteurs et revenus en vue d'un élargissement rapide de la couverture : il convient de rappeler qu'il s'agit de renforcer la cohésion et la structuration du mouvement mutualiste. Comme indiqué, il s'agit de légiférer, de créer une fédération ou de donner des responsabilités à des mutuelles. La définition d'une stratégie, la désignation de chefs de file, la mobilisation de moyens par l'Etat sont indispensables pour aller dans ce sens. Bien que cette recommandation soit pertinente, elle n'a pas été prise en compte dans le RAMU et demeure d'actualité pour le nouveau d'assurance maladie ;
- Mobiliser les partenaires techniques et financiers autour du projet. Cette recommandation est pertinente et d'actualité. Mais, il y a eu des difficultés de coordination des PTF lors de la mise en œuvre du RAMU.

4.2.3 Définition des principes de base, des orientations stratégiques et de l'architecture du RAMU

Les travaux préliminaires réalisés en 2008 et 2009 avec l'appui du programme « Stratégie et Techniques pour l'Extension de la Protection Sociale » du Bureau International du Travail (STEP/BIT) ont permis la rédaction d'une note technique ainsi que la définition d'un schéma préliminaire de base, des principes de base et des orientations stratégiques du RAMU. Les 14 et 15 juillet 2009, un atelier technique sur le RAMU a été organisé par le Gouvernement pour adopter ces différents éléments. L'atelier a vu la participation de plusieurs institutions telles que les centrales syndicales, les

représentants des prestataires de soins publics et privés, des Départements publics et des Mutuelles de santé.

4.2.3.1 Les principes de base du RAMU

Les principes de base dont il s'agit sont : la couverture universelle, l'approche contributive, la solidarité nationale, la responsabilité générale de l'Etat, l'équité, la gestion participative et l'efficacité. Ces principes sont capitaux pour tout système d'assurance maladie et méritent d'être reconduits pour l'initiative ARCH.

Il faut signaler que tous ces principes constituent les principes de base de l'ARCH auquel s'est ajouté le dialogue social.

4.2.3.2 Les orientations stratégiques

L'article 10 de la loi portant RAMU définit les orientations stratégiques. Elles se déclinent de la manière suivante :

- La cohérence du RAMU avec les différents mécanismes d'appui à la solidarité nationale ;
- L'établissement d'un mécanisme adapté de financement qui prend compte tous les groupes sociaux ;
- La définition du rôle de chaque dispositif existant dans l'organisation et le fonctionnement du système d'assurance maladie ;
- La promotion des adhérents familiaux et de groupes, plutôt que les adhésions individuelles ;
- L'identification biométrique des adhérents afin de prévenir les fraudes et abus ;
- La définition du panier de soins sur la base des affections les plus courantes ainsi que celles touchant le plus grand nombre ;
- La promotion du partenariat public/privé dans la fourniture des soins et le remboursement des prestations ;
- La priorité au remboursement des médicaments essentiels ;
- L'option d'une bonne gouvernance et d'une gestion participative comme règles de mise en œuvre du mécanisme.

Ces orientations stratégiques, dans la pratique, n'ont pas été suffisamment prises en compte car l'ANAM a plutôt effectué des adhésions individuelles alors qu'il était prévu une promotion des adhérents familiaux et de groupes.

Il est indispensable d'élaborer des orientations stratégiques pour la mise en place d'une CSU. Mais celle-ci doit faire partie d'une politique nationale sur la CSU qui malheureusement n'a pas été élaborée dans le cadre du RAMU. Celle-ci devrait fournir les orientations stratégiques pour tendre vers la CSU. L'absence d'une telle politique ne permet pas de faire le lien entre les orientations stratégiques retenues et les problèmes identifiés. Une telle politique est indispensable car elle permettra de coordonner et d'aligner toutes les parties prenantes concernées afin qu'elles puissent harmoniser leurs appuis pour contribuer à l'atteinte des objectifs de la CSU.

L'ARCH s'appuie sur sept (7) orientations stratégiques qui s'apparentent à celles du RAMU. Toutefois la politique nationale et le plan stratégique ne sont pas encore finalisés.

4.2.3.3 L'architecture du RAMU

Soumis à l'appréciation des acteurs du système de santé au cours de divers ateliers, le schéma préliminaire de base adopté en juillet 2009 (voir annexe E) a été fortement critiqué et a suscité plusieurs propositions d'amendement. Une architecture alternative, moins intégratrice, a même été proposée par certains membres des groupes thématiques et participants à un autre atelier en janvier

2010 (voir annexe E) et repose sur une diversité de mécanismes de couverture aussi autonomes les uns que les autres et coordonnés par un organe de régulation. Par la suite et en prélude du forum national sur les mutuelles de santé tenu en juillet 2010, le schéma de base a été amélioré par le Comité Technique Interministériel, pour tenir compte des amendements formulés de part et d'autre sans toutefois s'écarter fondamentalement du principe intégrateur qui a prévalu à sa conception (voir annexe E). Cette réflexion a donné lieu au schéma amélioré du RAMU qui semble réaliser le consensus des acteurs. Enfin, suite à sa mission d'identification de juillet 2010, l'équipe d'experts de l'OMS, après avoir pris connaissance des différentes formules architecturales existantes et assisté au forum national sur les mutuelles de santé, a proposé une nouvelle architecture (voir annexe E) qui est une forme encore améliorée de celle adoptée par le CTI en juillet 2010.

Le schéma préliminaire a l'avantage de prévoir un fonds de solidarité nationale et une agence pour la gestion du régime. On note toutefois l'absence d'un organe de contrôle. Le schéma proposé par l'OMS met également l'accent sur un Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale et une agence de l'assurance maladie. Le mécanisme qui a été retenu par la suite comprend l'agence de l'assurance maladie mais n'a plus prévu de fonds alors que la mise en place d'un fonds est un pilier essentiel.

L'architecture du volet assurance maladie de l'ARCH n'est pas encore élaborée. Toutefois, il paraît important de privilégier l'agence de gestion du régime d'assurance comme un organe de contrôle tel qu'il est prévu.

4.2.4 Mission P4H

En Octobre 2011, le Ministère de la Santé a formulé une requête d'assistance au réseau P4H (Providing for Health), pour la mise en œuvre du RAMU. P4H est un réseau de treize (13) partenaires au développement¹³ qui cherche à promouvoir la couverture universelle en santé de manière coordonnée. Au Bénin, ce réseau est composé de l'OMS, la Banque mondiale, l'USAID, la France, la Suisse, et la Belgique. Une mission s'est alors déroulée au Bénin du 06 au 10 Février 2012. Les objectifs de ladite mission sont les suivants :

- Analyser l'architecture et la faisabilité technique du RAMU telles que proposées dans la feuille de route du Gouvernement béninois ;
- Identifier les points forts et les points faibles de l'ensemble du dispositif RAMU ;
- Identifier les besoins d'appui et élaborer un plan d'appui conjoint P4H, coordonné entre partenaires ;
- Préciser les mécanismes de coordination nécessaires au suivi de la mise en œuvre.

Cette mission a fait des constats forts à savoir :

- Forte volonté politique du pays (Gouvernement, partenaires sociaux, société civile, etc.) en faveur du RAMU, implication personnelle du Président de la République ;
- Efforts de préparation depuis plusieurs années et existence de versions provisoires de documents importants par rapport au lancement du RAMU (Rapport d'étape, avant-projet de loi et avant-projet de décret ANAM) ;
- Existence de mécanismes sur lesquels peuvent se bâtir le RAMU (Mutuelles de santé communautaires qui couvrent 49% du territoire, mécanismes de gratuité) et de techniciens ;
- Soutien des Partenaires Techniques et Financiers au processus du RAMU.

Elle a également soulevé des difficultés en ce qui concerne le pilotage du processus de mise en œuvre du RAMU, l'architecture, les aspects légaux/réglementaires et institutionnels, l'analyse des coûts/financement du RAMU, l'aspect opérationnel et l'offre de soins. La même mission a formulé un

¹³ <https://p4h.world/en/who>

certain nombre de recommandations pour l'amélioration de la situation. Celles-ci ont porté sur : (i) le pilotage du processus de mise en œuvre du RAMU, (ii) l'architecture, (iii) les aspects légaux/réglementaires et institutionnels, (iv) l'analyse des coûts/financements du RAMU, (v) les aspects opérationnels (ANAM, les gestionnaires délégués) et (vi) l'offre de services de santé. Ces travaux pourront être examinés par l'UCP-ARCH afin d'éclairer la conception et la mise en œuvre ARCH.

La mission a également identifié les besoins d'appui du Bénin dans le cadre de l'opérationnalisation du RAMU et de l'ANAM, élaboré un plan d'appui conjoint « P4H » et proposé un mécanisme de coordination pour la mise en œuvre du plan d'appui conjoint P4H. Malheureusement, le plan conjoint d'appui n'a pas été mis en œuvre et la coordination des PTF a affecté négativement le RAMU. Il est alors indispensable d'élaborer un plan d'appui conjoint des PTF et mettre en place un mécanisme de coordination.

En dehors du réseau P4H, il convient de signaler que d'autres partenaires (Suisse, Belgique et Etats-Unis) ont également appuyé le travail d'état des lieux des réseaux des mutuelles et leur capacité éventuelle à assumer certaines fonctions (immatriculation, relation avec l'offre de soins de proximité, etc.) dans le déploiement de la couverture obligatoire. La Banque Mondiale a apporté un soutien en termes de formation (ateliers sur l'assurance maladie et le financement des systèmes de santé) et d'assistance technique lors de la préparation du Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS).

Le réseau P4H a beaucoup contribué dans les réflexions RAMU sur plusieurs plans. Etant donné qu'elle cherche à promouvoir la couverture universelle en santé de manière coordonnée et son accompagnement dans la mise en œuvre du RAMU. Toutefois, la feuille de route suggérée par P4H n'a pas été mise en œuvre et au regard de la nouvelle vision, l'actuel gouvernement pourrait toujours solliciter P4H dans le cadre de l'ARCH.

4.2.5 Lancement officiel du RAMU

Le RAMU a connu plusieurs lancements. D'abord, le 19 décembre 2011, le Chef de l'Etat, Président de la République Thomas Boni YAYI, a présidé la cérémonie de lancement officiel du RAMU. Durant cette cérémonie, la Ministre de la Santé, Dorothee Akoko KINDE GAZARD, a expliqué le but du RAMU. Elle a présenté les objectifs de ce régime d'assurance maladie ainsi que ses caractéristiques et les prochaines étapes de mise en œuvre. La Ministre de la Santé a insisté sur le chronogramme de la mise en œuvre du RAMU. Il s'étend de cette date de lancement jusqu'en avril 2012 avec notamment, la mise en place des outils de gestion, la formation du personnel et la finalisation des textes législatifs (Janvier à Mars 2012) puis l'ouverture du droit aux prestations du RAMU qui était prévue pour avril 2012. Ainsi, le 24 avril 2012 a eu lieu à Nikki, le lancement de la phase opérationnelle, puis le 19 décembre 2012 a eu lieu la remise des cartes. La signature de convention avec les formations sanitaires à quant à elle eut lieu le 18 Mars 2013. Enfin, le 04 Octobre 2013, s'est déroulé le lancement de la campagne de sensibilisation.

5. MISE EN ŒUVRE DU RAMU ET REALISATIONS DE L'ANAM

5.1 Mise en œuvre du RAMU

La phase de mise en œuvre du RAMU correspond à la mise en place du cadre juridique (législatif et réglementaire) des organes d'exécution et de coordination et le déroulement de la phase pilote. Au-delà de la phase pilote, la mise en œuvre du RAMU s'est poursuivie avec la prise en charge sanitaire des pauvres extrêmes. Toutefois, il est important de signaler que le RAMU n'a pu passer à la phase d'extension en raison du vote tardif de la loi.

5.1.1 Création de l'ANAM

La mise en œuvre du RAMU a démarré le 24 Août 2011 avec la nomination en Conseil des Ministres du Directeur Général et de la Directrice Générale Adjointe. Ils sont appuyés par le Comité Technique Interministériel qui relève du Secrétariat Général du Ministère de la Santé. Ce n'est que bien plus tard que l'ANAM a été créé officiellement par décret. Il s'agit du décret N°2011-089 du 9 Mai 2012 portant sur la création, l'attribution, l'organisation et le fonctionnement de l'ANAM.

Créée sous la tutelle du Ministère de la Santé, l'ANAM assure la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle en République du Bénin, conformément aux visions et politiques du gouvernement ainsi qu'aux dispositions législatives et réglementaires en la matière. L'ANAM comprend six (6) directions que sont : (i) la direction des opérations informatiques et biométriques (DOIB), (ii) la direction du partenariat stratégique, de la communication et de la mobilisation des ressources (DPSCMR), (iii) la direction technique chargée de la stratégie, de la formation et de l'ingénierie de l'assurance maladie universelle (DTSFIAMS), (iv) la direction administrative et financière (DAF), (v) la direction des affaires juridiques (DAJ) et (vi) la direction des prestations sanitaires, du contrôle et de la qualité (DPSCQ).

L'ANAM est administrée par un conseil d'administration de quinze (15) membres et dirigée par un directeur général assisté d'un directeur général adjoint qui le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

Le conseil d'administration est l'organe de décision de l'ANAM. Il est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'agence ou autoriser tout acte ou opération relatifs à son objet social et délibérer sur toutes les questions relatives au fonctionnement de ladite agence. Le Ministre de la santé (ou son représentant) assure la présidence du conseil d'administration. Le ministre de l'économie et des finances ainsi que le ministre du travail ou leur représentant assurent respectivement les positions de Vice-président et de deuxième Vice-président. Toutefois, il convient de noter que ce conseil d'administration n'a jamais été mis en place en dépit du fait que les représentants des différentes structures membre dudit Conseil aient été désignés. Aussi, les antennes départementales de l'assurance maladie n'ont pas encore été installées.

La mise en place des antennes départementales du RAMU est une bonne initiative même si elle est restée inachevée. L'ARCH semble allée au-delà en prévoyant que les services seront offerts sur toute l'étendue du territoire à travers des antennes départementales et communales.

La création de l'ANAM devrait répondre en priorité au souci de gestion du régime. Les attributions de l'ANAM prennent en compte aussi bien la gestion du régime d'assurance maladie que la gestion des ressources du régime. Suivant le principe de la séparation entre le financement (payeur) et le prestataire cette double fonction doit être évitée dans le cadre de l'ARCH.

5.1.2 Mise en place du cadre législatif et réglementaire

Cette étape consiste à l'adoption de la loi portant sur le RAMU et à la prise des textes d'application qui en découlent à savoir décrets et arrêtés.

Sous l'impulsion du Ministère de la Santé, avec l'appui des PTF, les actions engagées par l'ANAM ont permis dans un premier temps de proposer un cadre législatif et institutionnel. Il s'agit du projet de Loi instituant le RAMU dont la transmission à l'Assemblée Nationale a été régulièrement assurée durant la 5ème législature. L'atelier parlementaire devant engager les discussions préalables programmées par la 5ème législature a été reporté à la 6ème législature¹⁴, ce qui explique pourquoi cette loi n'ait pas été votée avant le 29 Décembre 2015 par les députés, puis promulguée par le Chef de l'Etat le 7 Mars 2016.

Avant le vote de la loi, la phase opérationnelle du RAMU avait déjà démarré avec l'ANAM alors qu'en principe, les travaux devraient précéder le vote de la loi. En effet, le décret portant sur la création de l'ANAM a été signé le 8 Mai 2012 permettant ainsi à l'institution de démarrer ses activités. Ensuite, ont été signés le 09 Juillet 2013 les arrêtés portant respectivement sur :

- L'identification des formations sanitaires et centres de diagnostic à conventionner dans le cadre du RAMU,
- L'institution d'un panier de soins dans le cadre du RAMU,
- L'institution d'une liste indicative de médicaments remboursables dans le cadre du RAMU.

Il apparaît clairement que la mise en place du cadre institutionnel n'était pas à son terme avant que les activités aient démarrées en dépit du fait qu'il constitue un préalable à la mise en place du régime. Cette erreur doit être évitée dans le cadre de la mise en place du nouveau régime d'assurance maladie.

5.1.3 Création du Sous-Groupe Technique de Travail du RAMU

Dans le cadre de la mise en œuvre du RAMU, les autorités avaient mis en place un Comité Interministériel composé de cadres nationaux de différents secteurs d'activité et de représentants des partenaires sociaux. Par la suite, en raison notamment de l'absence de compétence technique au sein du comité, il a été créé par arrêté N°2013-140 du 09 Juillet 2013 au Ministère de la Santé, un Sous-Groupe pour animer les réflexions en vue de la mise en œuvre harmonieuse de la couverture universelle en santé. Il s'agit du SGTT-RAMU. Le SGTT-RAMU a pour vocation de :

- Doter l'ANAM d'une procédure scientifique de : (i) détermination des coûts des divers risques couverts par le RAMU, (ii) fixation des cotisations des adhérents au RAMU en fonction des différents sous-groupes ;
- Développer un mécanisme d'extension progressif du RAMU aux différents groupes-cibles visés ;
- Doter l'ANAM d'une stratégie de financement pérenne du RAMU ;
- Doter l'ANAM d'une technique de simulation financière du coût qui repose sur des hypothèses réalistes d'extension et de financement ;
- Préciser le rôle spécifique des antennes départementales de l'agence nationale d'assurance maladie (ADNAM) dans la gestion du RAMU ;
- Clarifier la conduite à tenir pour les adhérents au RAMU déjà membres d'une mutuelle de

¹⁴ Depuis le Renouveau Démocratique de février 1990, le Bénin est à sa 6ème législature à l'issue des élections législatives du 30 avril 2011. 83 députés ont été élus sur toute l'étendue du territoire.

santé ;

- Définir le circuit du bénéficiaire des prestations RAMU dans la pyramide sanitaire ;
- Définir les modalités et le circuit financier en de cas de paiement d'un ticket modérateur par l'assuré RAMU au sein des formations sanitaires et officines pharmaceutiques ;
- Définir l'organisation, le fonctionnement et l'attribution du tiers-payant dans la mise en œuvre du RAMU ;
- Doter l'ANAM d'un manuel de procédure de remboursement des prestataires de soins.

Ce groupe comprend les représentants des Ministère de la Santé, Ministère de la Famille, Ministère du Développement, Ministères des Finances, Ministère du Travail et de la Fonction Publique, les représentants de l'ANAM, le représentant des mutuelles de santé, les PTF et les représentants d'ONGI5.

La création de ce sous-groupe technique n'aurait pas été nécessaire si les acteurs du RAMU avaient pris le temps nécessaire pour mener les réflexions en vue de définir clairement les structures appropriées pour le pilotage du processus, ainsi que les synergies d'actions qui devraient exister entre elles. L'absence d'un document conceptuel de mise en œuvre du RAMU est à la base de cette situation. Toutefois, les réflexions de ce sous-groupe ont permis de produire plusieurs extraits utiles pour le RAMU. Mais, ces rapports n'ont été exploités pour la mise en place de ce régime d'assurance maladie. Il est souhaitable que l'UCP-ARCH examine ces travaux.

5.1.4 Définition des bases techniques du RAMU

La définition des bases techniques constitue une des étapes cruciales de la mise en place d'un régime d'assurance maladie universelle. Pour ce faire, il a élaboré un paquet de prestations de base ; le panier de soins à couvrir pour tous et la liste indicative de médicaments remboursables. Mise en vigueur par les arrêtés interministériels N°137 et 138/MS/MTFP/MFASSN du 9 Juillet 2013, le panier de soins est destiné à orienter le prestataire, le prescripteur, le dispensateur de médicaments dans leurs prestations aux bénéficiaires. Dans le cadre du RAMU, il a été retenu que ces biens et services de santé seraient accessibles dans les formations publiques dans le respect de la politique nationale (référence et contre référence, médicaments essentiels à titre de premier choix, etc.). Cette option permet aux autorités d'examiner la façon d'intégrer progressivement le secteur privé de la santé dans le processus. Toutefois, aucune feuille de route n'a été définie. La mise en œuvre de l'ARCH doit alors s'accompagner d'une feuille de route pour intégrer progressivement les structures privées de santé tout en prévoyant également des critères d'éligibilité. Il faut signaler que dans le cadre de l'ARCH, il est prévu que le mandat de gestion de l'agence nationale de la protection sociale sera probablement délégué à des compagnies d'assurance privée.

Des taux de prise en charge ont également été définis en termes de tickets modérateurs pour éviter l'abus dans la consommation de soins (0% au niveau du périphérique, 10% au niveau intermédiaire et 20% au national de la pyramide sanitaire nationale). Néanmoins, certaines catégories de bénéficiaires jugés économiquement faibles ou particulièrement démunis (citoyens vivant en dessous d'un certain seuil économique, indigents...) seront exemptées du ticket modérateur et pourront bénéficier d'une prise en charge intégrale (à 100%). Le principe de solidarité nationale est ainsi pris en compte. Ce principe est également pris en compte au niveau de l'ARCH puisqu'il est prévu que l'Etat subventionne les primes des plus démunis afin de leur permettre d'accéder au paquet de soins. Ainsi, l'Etat prendra en charge 100% des primes pour les pauvres extrêmes et 40% pour les pauvres non-extrêmes. Dans le cadre de la nouvelle initiative, son opérationnalisation pourrait connaître beaucoup de difficultés si les personnes considérées comme pauvres extrêmes ne sont pas bien

¹⁵ Voir décret 2013 N°140/MS/DC/SGM/CTJ/ANAM/SA en annexe pour la liste complète.

définies et bien identifiés. Il est impératif qu'un mécanisme de contrôle et de détection efficace de fraude soit mis en place.

Par contre, les employeurs du secteur privé et les non-pauvres du secteur informel pourront souscrire leur assurance maladie et celle de leur personnel auprès des compagnies d'assurance de leur choix et paieront les primes correspondantes.

Des simulations financières ont également été réalisées en vue de la détermination du coût du panier de soins, du coût global de mise en œuvre ainsi que le gap à combler par les pouvoirs publics. Les travaux réalisés ont permis de situer le coût du panier de soins à 10 000 FCFA par bénéficiaire. Les frais de gestion du régime reviendront à 2 000 FCFA. Au total, il a été retenu que l'Etat injecte chaque année un montant de 16.2 milliards FCFA pour la gestion et le fonctionnement du RAMU. Ce montant élevé a conduit les acteurs du RAMU à envisager des sources de financement alternatives. Les réflexions sur le financement du RAMU ont été menées par les Ministères de la Santé et des Finances, d'un représentant d'association de défense des consommateurs de soins et d'un expert indépendant. Ainsi, après avoir passé en revue les potentialités existantes et tenu compte des expériences en cours dans d'autres pays, et au regard du contexte national, il a été suggéré que le RAMU soit financé à partir des sources suivantes : (i) Budget général de l'Etat (réallocation des ressources du secteur santé...), (ii) Budget des Collectivités Locales (avec un accent sur les villes à statut particulier), (iii) contribution des affiliés et des employeurs (primes/cotisations et autres souscriptions), (iv) apport des Partenaires Techniques et Financiers (ressources exceptionnelles), (v) ressources spécifiques: taxes sur des biens spécifiques (téléphonie mobile, certains types de carburant tels que le kérosène, boissons alcoolisées, tabac, taxes d'embarquement à l'aéroport, etc.), (vi) dons et legs. La question du financement du coût du panier de soins, de la contribution des adhérents et de l'état sont des questions très importantes qui ont été abordées dans le cadre de la conception du RAMU et qui permettront d'éclairer l'ARCH. Toutefois l'appréciation de ces questions nécessite des travaux additionnels qui ne pourront être réalisés dans le cadre de cette analyse. Il est souhaitable que ces simulations soient entièrement reprises dans le cadre de l'ARCH pour avoir des éléments factuels sur la base d'hypothèses irréfutables en vue de permettre au politique de faire des choix éclairés.

Enfin, il faut préciser que des dispositions administratives étaient en cours pour l'élaboration du plan stratégique de développement du RAMU, de la nomenclature des actes et des codes des affections et des prestataires. Toutefois c'est en 2017 que la nomenclature des actes et les codes des affections et des prestataires ont été élaborés par l'ANAM. Quant au plan stratégique de développement du RAMU, il n'a pu être élaboré en raison notamment de l'agenda politique et du changement de vision.

5.1.5 Création du Comité Nationale de Pilotage

Dans cette dynamique, un Comité Nationale de Pilotage du RAMU a été créé par le décret N°2014-361 du 16 Juin 2014 et officiellement installé le 2 Juin 2014. Ce comité est, selon l'article 2 dudit décret, « un instrument de gestion populaire et de contrôle périodique du citoyen de la mise en œuvre du RAMU ». Sa tâche essentielle est d'appuyer l'ANAM dans l'opérationnalisation du RAMU. Ainsi, au cours de la période du 17 au 25 Juillet 2014, le Comité a procédé à l'installation des six (6) Comités départementaux. Il devait suivre l'installation des structures communales et d'arrondissement, mais celles-ci n'ont finalement pas eu lieu.

La mission de ce comité est très proche de celle du SGTT qui a été créé une année auparavant. En effet, selon l'arrêté N°2013-140 du 09 Juillet 2013, le SGTT-RAMU a pour mission d'animer les réflexions en vue de la mise en œuvre harmonieuse de la couverture universelle en santé. Bien que la mission de ce comité soit à un niveau plus élevé que celle du SGTT, il n'est pas logique de créer deux (2) structures ayant des rôles similaires. Avant sa création, on aurait pu sursoir au fonctionnement du SGTT.

La création d'un comité national de pilotage du RAMU est utile et même indispensable pour le processus. Sa mission aurait pu être de s'assurer que la stratégie nationale de mise en œuvre de la CSU se met en place conformément aux orientations stratégiques adoptées. En conséquence, sa création devrait intervenir plus tôt

et s'inscrire dans le cadre de ladite stratégie. Malheureusement, cette stratégie nationale de mise en œuvre de la CSU n'a pas été élaborée et du coup toutes les structures créées dans le cadre de l'initiative n'ont pas pu travailler en synergie.

5.1.6 Lancement de la phase pilote

La phase pilote du RAMU s'est déroulée en deux (2) volets. Le premier volet concerne les indigents, les acteurs du secteur informel, les acteurs du secteur agricole, les artisans, les conducteurs de taxi-moto, les dockers et manutentionnaires. Quant au second volet, il concerne les pauvres extrêmes. Le volet I de la phase pilote a été lancé avant le vote de la loi RAMU et s'est déroulé dans six (6) zones sanitaires. Il s'agit de : Cotonou 6, Niki-Kalalé-Pèrès, Covè-Winhi-Zandjannando, Porto-Novo-Sèmè-Aguégoué, Bassila, et Comè-Bopa-Houéhougbé.

Après le vote de la loi, le second volet de la phase pilote a été lancé en Août 2016 avec l'appui de la Banque Mondiale. Elle concerne cette fois-ci les pauvres extrêmes et a couvert huit (8) zones sanitaires. Il s'agit de : Lokossa-Atiémé, Ouidah-Pomassè-Tori, Porto-Novo-Aguégoué-Sèmè, Adjohoun-Bonou-Dangbo, Zogbodomey-Bohicon-Zakpota, Covè-Whinhi-Zandjannado, Banikoara, et Kérou-Kouandé-Péhunco. Il faut souligner que ce choix s'inscrivait dans la logique de la continuité des actions de la Banque Mondiale qui menait déjà des actions dans ses zones sanitaires à travers le PRSS.

Au total, le lancement du volet de la phase pilote est intervenu avant le vote de la loi RAMU. Ceci doit être évité dans le cadre de l'ARCH.

5.2 Les réalisations de l'ANAM

Le principal objectif du RAMU est d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité. Cet objectif est décliné en trois (3) objectifs spécifiques que sont : (i) contribuer à l'amélioration de l'accès financier de toute la population aux soins de santé de qualité, (ii) garantir aux patients des soins de santé de qualité, (iii) accroître la solidarité, l'équité et l'efficacité dans le système de santé. Tous les efforts fournis dans le cadre de cette initiative devraient s'orienter dans la perspective d'atteindre ces objectifs. Mais, en raison de l'absence d'un cadre de mesures du rendement en liaison avec les objectifs, il n'est pas possible d'apprécier les résultats du RAMU. De même, le processus de mise en œuvre n'est pas allé à son terme puisqu'il n'a pas dépassé la phase pilote. En conséquence, les réalisations de l'ANAM ont été présentées et analysées afin de dégager des enseignements pour l'ARCH.

5.2.1 Réalisations sur le plan informatique

Au début du processus de mise en œuvre du RAMU, la direction informatique de l'ANAM n'était pas opérationnelle pour conduire des travaux sur le plan informatique car l'agence était en cours d'installation. Une cellule informatique a donc été mise en place afin de conduire les opérations dans les six (6) zones sanitaires pilotes, portées ensuite à quatorze (14), puis à vingt (20). Un consultant en informatique et biométrie a été mis à la disposition de l'ANAM grâce à l'appui financier du PRSS. Dans le cadre de la supervision des opérations d'affiliation, l'ANAM a recruté 56 agents de collecte qui ont été formés et déployés dans les zones sanitaires pilotes. Ensuite, 45 ordinateurs portatifs dotés de webcam ont été acquis et mis à disposition de la cellule informatique. Des kits de connexion Internet MTN et Moov ont également été acquis pour permettre aux agents de collecte d'assurer le transfert quotidien des données d'affiliation depuis leur lieu de travail à la cellule informatique. Également, deux (2) superviseurs techniques ont été recrutés pour la consolidation des données.

Par ailleurs, dans le cadre de l'installation du système informatique de l'ANAM, deux études ont été commanditées par le PRSS au profit de l'ANAM. Lesdites études ont porté sur :

- I. Le cahier des charges pour la mise en place d'un logiciel de gestion des feuilles de soins et de paiement des prestataires dans le cadre du RAMU et,

2. L'analyse de l'existant et élaboration du cahier des charges pour la mise en place d'un système d'identification biométrique.

Malgré tous ces efforts, l'ANAM n'a pas encore de base de données consolidée sur le RAMU. Celle-ci est pourtant très utile et indispensable pour la gouvernance du régime d'assurance maladie.

Des infrastructures informatiques ainsi qu'une base de données doivent être mises en place par l'ARCH. Il est important qu'elles soient opérationnelles avant la mise en œuvre effective.

5.2.2 Réalisation sur le plan de la communication et de la sensibilisation

Sur le plan de communication et de la sensibilisation, l'ANAM a réalisé avec l'appui du PRPSS, un plan intégré de communication. Sur cette base, les principales actions suivantes ont été réalisées. Il s'agit de :

1. La sensibilisation des élus locaux dans les soixante-dix-sept (77) communes du Bénin,
2. La sensibilisation des prestataires de soins et des dispensateurs de médicaments dans les six (6) départements originels,
3. La sensibilisation des confédérations et organisations syndicales,
4. Des séances de travail avec le patronat du Bénin,
5. La participation aux foires nationales couplées avec l'enrôlement des cibles,
6. La réalisation de spots publicitaires, téléfilms documentaires et documents (flyers, dépliants, kakémono, bâches, tee-shirts et casquettes),
7. La conception et réalisation de l'hymne du RAMU,
8. L'organisation de caravanes et,
9. L'organisation d'une tournée nationale de sensibilisation par une équipe d'artistes (environ 100).

L'UCP-ARCH pourrait actualiser le diagnostic posé dans le cadre de l'élaboration du Plan Intégré du Communication avant d'élaborer un nouveau PIC.

5.2.3 Les affiliés au RAMU

L'affiliation au RAMU est prévue de se dérouler en un processus à trois (3) phases :

1. La phase 1 prend en compte les indigents, les acteurs du secteur informel, les acteurs du secteur agricole, les artisans, les conducteurs de taxi-moto, les dockers et manutentionnaires.
2. La phase 2 prend en compte les agents de l'état, les membres des institutions de la république et les retraités.
3. La phase 3 quant à elle concerne les acteurs du secteur privé formel, les acteurs des professions libérales et les indépendants.

Le processus avait effectivement démarré par la phase 1, plus précisément par l'affiliation des indigents et des acteurs des secteurs informel et agricole. Une cellule informatique avait été mise en place afin de conduire des opérations dans les zones sanitaires pilotes.

Au bout de cette expérience d'affiliation qui a duré six mois (juin à décembre 2013) et trois mois en 2014, le résultat suivant a été obtenu : 48.817 affiliés dont 5170 dockers, 32.354 acteurs des secteurs informel et agricole, 11293 Indigents. Ce nombre d'affiliés obtenu représente 3% de la population de toutes les communes concernées (1 535 553 d'habitants selon le RGPH).

En ce qui concerne le second volet de la phase pilote, relative aux pauvres extrêmes, le nombre d'affiliés est de 145 480 personnes et représentent 37 900 ménages. On y dénombre 61 942 hommes

contre 68 109 femmes et 15 429 personnes pour lesquelles la répartition par sexe n'a pas pu s'effectuer. Cet effectif des pauvres extrêmes représente une proportion de 6% de la population des localités concernées (2 296 191 d'habitants selon le RGPH4). Toutefois, il faut signaler qu'il y a eu beaucoup d'irrégularités dans les données ce qui explique que 15 429 personnes n'ont pas pu être réparties selon leur sexe. Ces derniers représentent 11% de l'effectif des pauvres extrêmes affiliés. La question de la base de données se pose également à ce niveau et mérite que l'UCP-ARCH s'y penche particulièrement.

Il faut noter qu'au cours du second volet de la phase pilote, certains affiliés ont renouvelé le paiement de leur cotisation mais les requêtes pour obtenir ces informations sont demeurées infructueuses à cause de l'état de la base de données. En conséquence, il n'a pas été possible d'effectuer le calcul du taux de renouvellement afin d'apprécier la proportion la capacité de rétention de bénéficiaires d'une période à une autre.

5.2.4 Réalisations sur le plan de l'édition et de la distribution des cartes d'assurance

En ce qui concerne la distribution des cartes, elle a été d'abord assurée par des agents recrutés et déployés par binômes dans les 77 communes du Bénin. Ensuite, par manque de ressources financières, l'ANAM a organisé elle-même la distribution par zone sanitaire. Durant cette étape, l'ANAM a pris l'initiative de faire élaborer le « Plan stratégique du développement du RAMU » avec l'appui financier du PRPSS. Le processus d'appel à candidature pour la distribution des cartes a été enclenché jusqu'à la sélection du mieux-disant. Pour des raisons jusque-là non élucidées, le marché n'a pas été notifié au consultant. Dans le même cadre, les engagements du projet PASS-SOUROU pour l'élaboration de ce même document sont restés à l'étape de promesse.

Au total, sur un effectif de 48 817, 3 892 cartes RAMU ont été éditées et distribuées au profit des affiliés du volet I de la phase pilote, ce qui correspond à un taux de distribution de 8%. Le nombre de cartes utilisées s'élèvent à 486 représentant un taux d'utilisation des cartes de 12%.

Concernant la situation des pauvres extrêmes affiliés, 66 891 cartes ont été éditées pour effectif total de 145 480, soit un taux d'édition de 46%. Un peu plus de mille cartes ont été utilisées (1094) ce qui représente un faible taux d'utilisation de 2%. Cette situation amène aux questions suivantes : est-ce ces personnes sont réellement des pauvres extrêmes ou bien ont elles eu des difficultés pour avoir accès au soin? La réponse à ces questions n'est pas possible puisque l'ANAM ne dispose pas de l'exhaustivité des données concernant cette catégorie de bénéficiaires. Elles sont plutôt au niveau du Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS).

Toutefois, l'ARCH doit œuvrer pour que les pauvres extrêmes soient bien identifiés.

5.2.5 Réalisations sur le plan de l'ouverture à l'offre des soins

Dans la perspective d'assurer une offre de soins aux adhérents du RAMU, l'ANAM a conçu et édité dix-sept (17) outils dont deux (2) pour l'affiliation, dix (10) pour la prise en charge des patients RAMU, trois (3) pour le rapportage et un (1) pour le conventionnement. A cela, s'ajoute l'élaboration d'un guide de remplissage des outils de prise en charge, la formation de formateurs sur le remplissage des outils à l'intention d'une trois centaines (300) d'agents de santé et gestionnaires des services de santé chargés de répliquer la formation dans les 20 zones sanitaires. L'agence a procédé à la signature de convention avec toutes les zones sanitaires à travers les Bureaux de Zones et les Directeurs d'hôpitaux de zone. Au total, vingt-huit (28) hôpitaux de zone, six cent soixante-quinze (675) centres de santé complets, trente-deux (32) dépôts pharmaceutiques tous du secteur public et deux (2) hôpitaux privés ont signé de convention avec l'ANAM. Il faut noter que des séances de travail ont eu lieu avec l'organisation faîtière des hôpitaux confessionnels du Bénin en parallèle avec d'autres hôpitaux prêts à signer la convention.

Les outils conçus pour l'affiliation, la prise en charge des patients RAMU, le rapportage et pour le conventionnement sont indispensables pour la gestion d'un régime d'assurance maladie. L'ARCH peut bien s'en inspirer.

Que ce soit pour les affiliés du volet I de la phase pilote ou pour les pauvres extrêmes, le taux d'affiliation au RAMU demeure très faible. En ce qui concerne les pauvres extrêmes, le faible niveau du taux d'utilisation des services de soins est lié en partie au fait que l'ANAM n'a pas la complétude des informations sur les outils de paiement puisque ces derniers sont détenus par le PRPSS. En conséquence, l'effectif des pauvres extrêmes admis aux soins n'est pas exact.

Dans le cadre du nouveau régime d'assurance en cours de préparation, il importe donc de mettre en place un mécanisme pour connaître et comprendre les raisons qui motivent les populations à ne pas avoir recours aux soins bien qu'elles soient assurées.

5.2.6 Réalisations sur le plan législatif et réglementaire

Sur le plan législatif et réglementaire, l'ANAM a conduit le processus d'élaboration et du vote de la loi sur le RAMU. Elle a également assuré l'élaboration des projets de onze (11) textes d'application de ladite loi.

Ce processus a connu beaucoup de retard si bien que la loi n'a pas été votée au moment opportun. L'UCP-ARCH doit alors œuvrer pour que la loi sur l'ARCH soit votée dans le délai requis.

5.2.7 Réalisation de documents techniques de l'assurance maladie

Afin d'assurer une prise en charge sanitaire décente aux bénéficiaires du RAMU, l'ANAM a procédé à la réalisation de documents techniques d'assurance maladie. Ces documents se présentent ainsi qu'il suit :

- Le code des praticiens des établissements sanitaires et dispensaires de médicaments ;
- Le code des formations sanitaires, des pharmacies, des dépôts pharmaceutiques et des prestataires de soins applicables dans le cadre de l'assurance maladie universelle ;
- La liste des médicaments remboursables par l'ANAM ;
- Les protocoles et procédures d'étude et de validation des feuilles de soins ;
- L'actualisation des prix de cession publique des médicaments applicables dans le cadre de la prise en charge des pauvres extrême ;
- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des paramédicaux du Bénin (NGAPB) ;
- La Nomenclature des actes de biologie médicale du Bénin ;
- Le manuel de procédures de gestion des sinistres santé de l'ANAM ;
- La stratégie d'affiliation des cibles du RAMU,
- Le Document des indicateurs et outils de suivi-évaluation de la prise en charge des pauvres extrêmes et autres bénéficiaires de l'assurance maladie universelle.

Ces documents, bien qu'ils soient indispensables pour le régime d'assurance maladie, ont été élaborés seulement en 2017, alors que le RAMU a démarré plus tôt. Ils peuvent être utiles pour l'ARCH.

5.2.8 Paiement des cotisations

Le montant global de cotisations collectées au cours du volet I de la phase pilote s'élève à 23 447 700 FCFA au titre de l'année 2015. En 2016 et 2017, le montant des cotisations s'élève respectivement à 23 000 000 FCFA et 8 886 000 FCFA. Le faible niveau des cotisations en 2017 est lié au fait que beaucoup d'affiliés n'ont pas renouvelé leur cotisation. Individuellement, le montant payé se situe entre 1000 FCFA à 81 000 FCFA. Malgré que les paiements s'effectuent dans les recettes perceptions des localités concernées, les affiliés ont rencontré plusieurs difficultés pour payer leurs cotisations. Une des premières difficultés rencontrées concerne le montant élevé des charges récurrentes qui a démotivé certains malgré la volonté de s'acquitter de ces charges. Egalement,

aucune ligne budgétaire n'était prévue dans la loi des finances pour autoriser la collecte de ces ressources si bien que les guichets de recette-perception du trésor ne savaient pas quelle imputation effectuée.

En conséquence, il semble que les cotisations ne sont pas à la hauteur des espérances au regard du nombre d'affiliés et du nombre qui ont effectué le paiement. En effet, sur les 48 817 affiliés, 3076 ont réellement payé leur cotisation, soit un faible taux de paiement des cotisations qui s'élevait à 6% en 2015. Pour avoir une idée précise du montant des cotisations et obtenir un rapprochement comptable du montant reçu et du montant réellement collecté, l'ANAM a effectué des démarches au ministère de l'économie et des finances qui sont restées sans succès. Aussi, en raison du retard accusé dans le vote de la loi RAMU, il n'a pas été possible d'explorer les autres sources de financements identifiés.

5.2.9 Ressources mobilisées et dépenses effectuées

En ce qui concerne les ressources, elles proviennent de plusieurs sources dont les subventions de l'Etat et les appuis des PTF. Elles sont répertoriées dans le tableau ci-après :

Tableau I: Evolution des ressources et dépenses de l'ANAM de 2012 à 2017

LIBELLES	Montant en Million FCFA						Observations
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Subventions allouées par le Budget National	300	940,80	450	675	500	500	Sur les 940,8 reçus en 2013, 300 Millions sont passés par le SIGFIP ¹⁶ et 640,8 millions sous forme d'Ordre de Paiement
Appui PRPSS		355	427	246,865	187,868		
Appui de la coopération Suisse, Banque Mondiale et l'UNFP	107						Fonds gérés par la Régie Centrale du ministère de la santé
Cotisations des affiliés au RAMU collectées par le trésor Public et reversée à l'ANAM				23,44	23	8,8	
Total subvention	407	1 295,80	450	698,44	450	315	
Dépenses							
Remboursement des prestataires de soins					14	1,013	
Achats de biens et services		54,46	76,82	25,02	153,69	93,71	
Services extérieurs							
A ¹⁷		119,03	57,4	27,56	58,71	19,58	

¹⁶ Système Intégré de Gestion des Finances Publiques

¹⁷ Représentent les dépenses relatives à l'entretien et à la réparation, aux charges locatives, location de salle de conférence/séminaire, maintenance d'équipement, assurance véhicule, contrat publicitaire

B ¹⁸		57,94	70,47	28,61	111,97	91,57	
Autres charges		25,88	60,91	70,77	95,15		
Salaires		119,49	175,74	126,45	156,77		
Dépenses effectuées sur appui PRPSS		36,38					
Dépenses effectuées par la Régie centrale	294	273					
Charges locatives supportées par la coop Suisse, la Bq Mondiale et l'UNFP	107						
Total des dépenses	401	686,18	441,32	278,420	576,31	204,86	
SOLDE	6	609,62	8,68	420,2	-53,18	295,1	

Source : ANAM 2018

¹⁸ Représentent les dépenses relatives aux honoraires, divers frais d'actes, sécurisation et gardiennage, frais de mission, recrutement de personnel.

De l'analyse des ressources et des dépenses effectuées au cours de la période (2012-2017), il ressort que c'est seulement en 2016 que l'ANAM a eu un solde négatif de 53 millions FCFA. Ce résultat est lié notamment à la baisse des subventions et à la hausse des salaires.

Les ressources de l'ANAM sont composées des subventions du budget national, de l'appui du projet PRPSS, de l'appui des PTF et des cotisations des affiliés au RAMU. Sur les 900 millions FCFA de subventions de l'Etat prévu par le décret définissant l'attribution, organisation et fonctionnement de l'ANAM, ce n'est seulement qu'en 2013 que l'état a versé 940 millions FCFA. Cette subvention est passée à 500 millions FCFA en 2016 et 2017.

Les cotisations des affiliés au RAMU ont été collectées par le trésor Public en 2015 et reversées à l'ANAM pour un montant de 23,44 millions FCFA. En 2017, le montant des cotisations a atteint un faible niveau de 8,886 millions FCFA du fait que beaucoup d'affiliés n'ont pas renouvelé leur cotisation.

Les PTF ont mis à disposition des ressources financières de l'ordre de 107 millions FCFA en 2012. Ces fonds ont été gérés par la régie centrale du Ministère de l'Economie et des Finances. Ils ont également mis à disposition des équipements informatiques. Toutefois, les documents relatifs aux équipements ainsi que les copies des pièces justificatives des dépenses effectuées par le MEF n'ont pas été transmis à l'ANAM pour faciliter la traçabilité dans la comptabilité. Ces difficultés qui relèvent du manque d'organisation de l'initiative en général, posent la problématique du financement de l'assurance maladie par les PTF et amènent à revoir en conséquence le mode de financement des partenaires.

En ce qui concerne les dépenses, c'est en 2013, l'année où les subventions de l'état ont atteint leur apogée que les dépenses étaient le plus élevées, soit 686,18 millions FCFA. Le poste remboursement des prestataires de soins est resté très marginal dans les dépenses effectuées. Il a même chuté en 2017 passant de 9,1 millions FCFA en 2015 à 1,013 millions FCFA. Cette évolution à la baisse des remboursements effectués est liée au fait que la prise en charge des pauvres extrêmes était assurée par le projet PRPSS jusqu'à la fin du mois de Juin 2017. Ce n'est qu'à partir du 1er Juillet 2017 que leur prise en charge est assurée par l'ANAM. A cela s'ajoute le fait que beaucoup n'ont pas bénéficié de soins puisqu'ils n'ont pas renouvelé leur cotisation. En revanche, les dépenses relatives aux charges salariales demeurent élevées, soit une moyenne de 144,615 millions FCFA de 2013 à 2016.

6. ANALYSE DU PROCESSUS DE CONCEPTUALISATION ET DES ETAPES DE MISE EN ŒUVRE DU RAMU

6.1 Analyse du processus de conceptualisation

Cette analyse vise l'appréciation du processus de conceptualisation des éléments suivants : les parties prenantes, le choix du montage institutionnel, la loi RAMU, le choix des cibles, le choix du paquet de service couvert et le choix de la méthode de paiement des prestataires.

6.1.1 Analyse des parties prenantes

La mise en place d'un régime d'assurance maladie nécessite l'intervention conjointe et simultanée de plusieurs ministères, des prestataires de soins de santé, des bénéficiaires, des employeurs et des donateurs. Dans le cadre de la conception et la mise en œuvre du RAMU, les principales parties prenantes impliquées ainsi que leur rôle sont retracés dans la matrice ci-après :

Tableau 2 : Matrice des acteurs

Principaux acteurs	Principaux rôles joués	Pertinence	Rôle approprié
Assemblée nationale	Examen et vote du projet de loi	Pertinent	Examen et vote du projet de loi
Ministère de la santé	Superviser l'avancement du processus, rend des comptes au gouvernement et assure la tutelle de l'ANAM Animer les réflexions en vue de la mise en œuvre harmonieuse du RAMU Définir le paquet des prestations de base (panier de soins minimal) à couvrir dans le cadre du RAMU ; Définir la liste indicative des médicaments à rembourser dans le cadre du RAMU Proposer une catégorisation, et/ou segmentation des cibles du RAMU, de sorte à prendre en compte toutes les couches et catégories sociales ; Proposer des fourchettes de primes et/ou cotisations (plancher et plafond) pour chaque catégorie de cible ; Définir les modalités pratiques d'affiliation des populations (adhésion, enrôlement...) ; Proposer un mécanisme de prise en charge des cas spéciaux et des cas lourds Identifier les sources de financement du RAMU et déterminer l'apport potentiel de chaque source ; Proposer le processus de mise en place et de déploiement du RAMU en précisant, à chaque étape, les dispositions pratiques à prendre ; Proposer un mécanisme de coordination et de gestion de l'ensemble du processus. Proposer les modalités d'accréditation et de conventionnement avec les différents prestataires (prestataires de soins, organismes de remboursement...) ; Proposer les avant projets de textes législatifs sur le RAMU.	Pertinent mais la supervision aurait dû être faite par le Comité National de Pilotage	Membre du comité national de pilotage
Ministère de l'économie et des finances	Animer les réflexions en vue de la mise en œuvre harmonieuse du RAMU Identifier les sources de financement du RAMU et déterminer l'apport potentiel de chaque source ; Proposer le processus de mise en place et de déploiement du RAMU en précisant, à chaque étape, les dispositions pratiques à prendre ; Proposer un mécanisme de coordination et de gestion de l'ensemble du processus.	Pertinent	Membre du comité national de pilotage
Ministère du développement	Animer les réflexions en vue de la mise en œuvre harmonieuse du RAMU	Pertinent mais pas suffisant	Présidence du comité de pilotage du régime
Ministère de la famille	Animer les réflexions en vue de la mise en œuvre harmonieuse du RAMU	Pertinent	Membre du comité national de pilotage
Ministère du travail	Animer les réflexions en vue de la mise en œuvre harmonieuse du RAMU	Pertinent	Membre du comité national de pilotage

Ministère de l'enseignement supérieur	Proposer les modalités d'accréditation et de conventionnement avec les différents prestataires (prestataires de soins, organismes de remboursement...) ; Proposer les avant projets de textes législatifs sur le RAMU.	Pertinent	Membre du comité national de pilotage
ANAM	Assurer l'opérationnalisation du RAMU Animer les réflexions en vue de la mise en œuvre harmonieuse du RAMU Proposer les avant projets de textes législatifs sur le RAMU	Pertinent mais elle a joué plusieurs rôles à la foi	Mise en œuvre
Le Ministère en charge de l'intérieur	Contribution aux discussions	Pertinent	Membre du comité national de pilotage
Le secteur privé à but non lucratif (confessionnel et associatif) a été associés au processus.	Contribution aux discussions	Rôle pertinent mais marginal	Membre du comité national de pilotage, contribution aux réflexions et à l'offre de soins
Formations sanitaires	Prise en charge des bénéficiaires	Pertinent mais associer les formations sanitaires au début du processus	Prise en charge des malades et sensibilisation des agents de santé
Ministère de la décentralisation	Contribution aux discussions	Pertinent	Membre du comité national de pilotage et contribuer à la mise en place des instances départementales du régime
Sociétés d'assurance	Animer les réflexions en vue de la mise en œuvre harmonieuse du RAMU Identifier les sources de financement du RAMU et déterminer l'apport potentiel de chaque source ; Proposer le processus de mise en place et de déploiement du RAMU en précisant, à chaque étape, les dispositions pratiques à prendre ; Proposer un mécanisme de coordination et de gestion de l'ensemble du processus. Proposer les modalités d'accréditation et de conventionnement avec les différents prestataires (prestataires de soins, organismes de remboursement...) ; Proposer les avant projets de textes législatifs sur le RAMU.	Pertinent	Membre du comité national de pilotage Contribution aux réflexions et à l'opérationnalisation du régime d'assurance maladie
Partenaires sociaux	Participation aux réflexions	Non pertinent	Participation au Dialogue et mobilisation de la population
Le patronat et les différents ordres professionnels de la santé	Participation aux réflexions	Pertinent	Participation aux réflexions et assurer le respect des normes et protocoles et de

			la déontologie professionnelle
Associations de défense des consommateurs de soins	La réflexion sur les sources de financement	Non pertinent	Participation au Dialogue et mobilisation de la population
Consumus (Conseil National béninois des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales)	Animer les réflexions en vue de la mise en œuvre harmonieuse du RAMU	Pertinent	Participation au Dialogue et mobilisation de la population, Membre du comité national de pilotage
BORNE Fonden	Animer les réflexions en vue de la mise en œuvre harmonieuse du RAMU	Pertinent	Mobilisation de la population
Bureau International du Travail : programme (STEP)	Travaux préparatoires, appui au fonctionnement du CTI/RAMU : Etat des lieux des mécanismes de couverture du risque maladie au Bénin, note technique sur le RAMU, principes de base et orientations stratégiques, schéma préliminaire de base, atelier de juillet 2009, paquet des prestations de base, liste des médicaments remboursables, fonctionnement du GT 1 sessions du CTI/RAMU.	Pertinent	Alignement sur la vision du gouvernement et appui technique et financier
Coopération Française : programme « PASDS »	Appui à la réalisation de l'étude de faisabilité : revue des expériences en système d'assurance maladie menées dans (5 pays d'Afrique, avant-projet sommaire sur le RAMU, quelques paramètres techniques et financiers, fonctionnement des GT 2, 3, et 4, atelier de janvier 2010, production de 4 rapports de mission	Pertinent	Alignement sur la vision du gouvernement et appui technique et financier
Coopération Suisse : Programme « Appui Suisse aux Mutuelles de Santé et au RAMU	Sensibilisation, appui institutionnel, renforcement de capacités : Ateliers d'échanges avec les acteurs du système de santé, dotation du SP/RAMU en matériel informatique et bureautique, partage d'expériences avec d'autres pays, renforcement des capacités des membres du SP et du SSC/DNPS	Pertinent	Alignement sur la vision du gouvernement et appui technique et financier
Banque Mondiale : « Projet de renforcement de la performance du système de santé »	Appui à la mise en place du RAMU : appui institutionnel, sécurisation (déploiement du système informatique et biométrique, mise à disposition d'experts)	Pertinent	Alignement sur la vision du gouvernement et appui technique et financier
OMS	Appui technique à l'ensemble du processus, y compris la faisabilité financière : mission exploratoire effectuée à Cotonou du 19 au 23 juillet 2010, démonstration sur l'outil SIMINS, production d'un rapport sur le thème : « analyse du financement de la santé et réflexion sur le régime d'assurance maladie universelle au Bénin	Pertinent	Alignement sur la vision du gouvernement et appui technique et financier
P4H	Appui technique à l'ensemble du processus, y compris les missions du 06 au 12 février 2012 et celle du 09 au 18 décembre 2013		
USAID	Financement du voyage d'étude au Ghana	Pertinent	Alignement sur la vision du gouvernement et appui technique et financier

La matrice des acteurs montre que les acteurs clés de la mise en place d'une CSU étaient impliqués dans la conception et la mise en place du RAMU. C'est d'ailleurs ce qui est souhaitable pour pouvoir permettre à chaque partie de contribuer puis de susciter l'adhésion massive de la population. Le caractère multisectoriel de l'assurance maladie a donc été pris en compte. Toutefois, ces acteurs n'ont pu influencer sensiblement les décideurs à faire des choix éclairés.

En dépit de cet effort de mobilisation des parties prenantes, on déplore le faible degré d'implication des acteurs du secteur privé de santé. En effet, le secteur privé de la santé n'était pas suffisamment représenté au même titre que le secteur public de la santé alors qu'il assure environ 54% de la demande de soins au Bénin. Le secteur privé fournit donc plus de la moitié des soins, de même ce secteur est le principal dispensateur de médicaments à travers les officines de pharmacies. Ce faible niveau d'implication du secteur privé de santé dans les réflexions sur le RAMU va en contradiction du principe de l'inter-sectorialité de la CSU. Or, l'assurance maladie universelle est une réforme publique et non une réforme pour le secteur public de la santé.

Il est souhaitable que les réflexions anticipent sur l'exploitation du potentiel de ce secteur dans le cadre la mise en œuvre de l'ARCH.

En ce qui concerne les structures du secteur public, un faible engagement a été remarqué à divers niveaux alors que le succès de la CSU requiert le soutien de tous les acteurs. En effet, les personnes interviewées ont souligné un faible engagement du Ministère du Développement et du Ministère de l'Economie et des Finances. Alors que ces deux ministères, compte tenu de leur poids dans le processus de croissance, de développement du pays et de prise de décision, devraient s'impliquer davantage dans le processus RAMU. Ils sont mieux placés pour aborder les questions relatives au financement en général, au financement innovant en particulier et à la mobilisation des ressources.

Le Ministère de la Santé a assuré le rôle de chef de file et de coordination du processus. Mais au regard de l'absence d'une vision partagée et concertée, la coordination du processus a connu des problèmes.

De même, l'engagement des maires et des élus locaux qui pourtant était indispensable pour les actions de mobilisations, a été faible durant la mise en œuvre. Un renforcement du rôle du ministère de la décentralisation est nécessaire dans la perspective de l'ARCH. Mais globalement, le degré d'appropriation du RAMU par tous les acteurs et parties prenantes était faible.

Aussi, à la phase de mise en œuvre, les agents de santé "indélicats" constituaient, dans une certaine mesure un frein à l'initiative. Cette situation est corroborée par le fait que dans les centres de santé, les agents étaient à la base des rançonnements, des ventes illicites de médicaments ou attendaient d'être soudoyés avant de prendre en charge les affiliés. Ce comportement désobligeant a été souligné par les personnes interviewées et a même été mis en évidence dans le plan intégré de communication de l'ANAM.

Les entretiens ont permis de constater que certaines parties prenantes ne maîtrisaient pas la problématique de l'assurance maladie. En conséquence, la perception des orientations et des objectifs du RAMU n'était pas la même pour tous. Il a fallu donc informer suffisamment les parties prenantes et définir les responsabilités de tous. Ce problème trouve son origine dans l'absence d'une politique nationale du RAMU, d'un plan stratégique de mise en œuvre du RAMU et d'un manque d'appropriation du RAMU. Pour ceux qui avaient une maîtrise de la problématique, leurs propositions n'ont pas toujours été prises en compte. C'est le cas des mutuelles de santé, des représentants des sociétés d'assurance et des PTF. Pourtant, les critères de choix des parties prenantes souvent évoqués par les personnes interviewées concernaient notamment l'expérience dans le domaine de l'assurance maladie ou d'intervention afin de pouvoir influencer certains déterminants de l'assurance maladie. Il est vrai que l'assistance technique avait fait un certain nombre de suggestions au gouvernement qui sont restées sans suite.

En ce qui concerne les PTF, ils ont contribué par l'appui technique et financier, en présentant leur vision de l'assurance maladie au regard de l'expérience dans leur pays, en mettant à disposition des compétences techniques et des ressources financières. Leur rôle a été diversement apprécié. En effet, les échanges ont permis de constater que ce sont les PTF qui, ayant remarqué l'absence de

dialogue, ont suscité la création du SGTT et la nécessité d'impliquer les acteurs en fonction de leur besoin. De même, tous les PTF avaient sollicité l'attention du gouvernement sur la nécessité de mettre à disposition des ressources humaines compétentes et qualifiées. Ils en ont fait une condition indispensable pour justifier l'accompagnement financier du processus.

Aussi, en dépit des efforts des uns et des autres, la pression politique et la précipitation n'ont pas permis d'avancer à un rythme régulier et de faire des choix conséquents. En effet, toutes les personnes interviewées ont déploré le fait que le politique soit trop immiscé dans le processus et ont dénoncé l'accaparement du RAMU à des fins purement politiques et électoralistes. Qui plus est, compte tenu de l'influence du Chef de l'Etat, personne n'était en mesure de dénoncer les déviations du processus. Or, si les rôles avaient été clairement définis et respectés, chaque partie aurait eu une meilleure connaissance de ses responsabilités et la façon de les assumer. Ceci aurait pu être retracé dans une stratégie nationale de couverture santé universelle. Cette dernière devait permettre également de coordonner et d'aligner toutes les parties prenantes afin qu'elles puissent harmoniser leurs appuis pour contribuer à l'atteinte de l'objectif de la CSU. Malheureusement, ce n'était pas le cas et toutes les personnes interviewées l'ont d'ailleurs confirmé. A cela, il faut ajouter que le processus n'a pas été piloté sur la base d'un plan d'actions conséquent. Il est donc indispensable d'élaborer une stratégie nationale de mise œuvre de l'ARCH assortie d'un plan d'actions.

Enfin, l'absence de dialogue surtout après la création de l'ANAM, couplé au manque de leadership et l'insuffisance de coordination du processus, auxquels se sont ajoutés la pression politique, la précipitation, les orientations et propositions des parties prenantes telles que les PTF, le SGTT, les acteurs privés de l'assurance maladie ainsi que les représentants des mutuelles de santé n'ont pas été prises en compte.

Il est alors indispensable d'assurer un leadership conséquent et une bonne coordination, dans un contexte de dialogue avec les parties prenantes et où le politique fait des choix éclairés sur la base des orientations techniques irréfutables, afin d'assurer un succès pour le volet assurance maladie de l'ARCH. Déjà, il faut noter que les réflexions sont en cours pour le dialogue social, une meilleure coordination avec un leadership approprié du gouvernement.

6.1.2 Analyse du choix du montage institutionnel

La typologie requise pour un montage institutionnel d'une CSU comprend trois (3) acteurs à savoir : (i) un Comité d'orientation stratégique, (ii) un fond national de l'assurance maladie et (iii) un organe de gestion du régime. Cette architecture s'appuie sur trois (3) principes de base que sont : (i) la séparation entre les orientations stratégiques et la tutelle de l'organe de gestion du régime, (ii) la séparation entre la fonction de financement du régime et la gestion du régime, et (iii) la séparation de la tutelle du fonds de l'organe de gestion du régime.

Dans le cadre du RAMU, le montage institutionnel proposé comprend un régulateur, un payeur et un organe de coordination et de gestion. Le régulateur est le Comité National de pilotage dont la présidence était assurée par le Ministre d'Etat chargé de l'Education Nationale. Le payeur est l'ANAM et est également l'organe de coordination et de gestion du régime. Il apparaît que les trois (3) principes de base évoqués ci-dessus ne sont pas respectés alors qu'ils sont essentiels pour la réussite d'une CSU.

Le premier principe est basé sur la séparation entre les orientations stratégiques et la tutelle de l'organe de gestion du régime. Etant donné qu'un régime d'assurance maladie universelle revêt une dimension multisectorielle, il est important que son pilotage stratégique soit effectué par une instance ministérielle située au carrefour des stratégies de développement. Dans le cas du Bénin, c'est le ministère du développement qui répond en principe à cette exigence mais dans le cadre du RAMU, c'est le Ministère de l'Enseignement Supérieur qui avait été choisi bien qu'il ne soit pas au carrefour des stratégies de développement. Ce choix pourrait expliquer en partie le faible engagement observé au niveau du ministère du développement. Il importe donc que ceci soit corrigé dans le cadre de l'ARCH.

En ce qui concerne le deuxième principe, l'un des motifs qui explique le choix de la création d'un fond national de l'assurance maladie, est la séparation de la fonction de financement du régime de la gestion. Aussi, la nécessité de disposer d'un instrument financier capable de rechercher, de mobiliser les ressources financières et de réaliser des placements militent en faveur de ce choix. Enfin, s'ajoute le souci d'éviter la segmentation des instruments de mobilisation des ressources financières relatives à la protection sociale et l'obligation de mutualiser toutes les ressources financières nécessaires au financement du régime d'assurance maladie. Les ressources du fond proviendront des cotisations des bénéficiaires et de diverses taxes dédiées. Ce deuxième principe n'a pas été respecté dans le cadre du RAMU puisque l'ANAM seule assure le paiement des prestataires, et est à la fois l'organe de coordination et de gestion du régime. Nulle part dans la loi, il n'est prévu un fond national de l'assurance maladie. Il est juste indiqué à l'article Article 49 de la loi RAMU que le RAMU est financé principalement par l'état, les collectivités locales, le secteur privé et les bénéficiaires. Mais dans la pratique, l'ANAM reçoit les financements ainsi que des cotisations des adhérents à travers un compte domicilié au trésor public et effectue les paiements. D'ailleurs, d'après l'article 51 de la loi RAMU, il est indiqué que les ressources affectées au RAMU sont gérées par l'ANAM conformément aux manuels de procédures de gestion administrative, comptable et financière. Eu égard à tout ce qui précède, il en découle que l'ANAM a eu joué plusieurs rôles contrairement à ce qui est prévu.

D'un autre côté, dans l'architecture proposée, l'ANAM est sous la tutelle du Ministère de la Santé, mais le Ministère de la santé, qui exerce la tutelle de l'ANAM, n'a pas d'expertise en matière de gestion d'un instrument financier de capitalisation. Or, il existe déjà au Ministère des Affaires sociales, un fond de solidarité nationale. Dans la perspective d'élaboration du socle de protection sociale, ce fond pourrait être transformé en un fond d'assurance maladie pour éviter la segmentation des fonds sociaux. A terme, ce fond doit fédérer toutes les initiatives et mesures de subventions ou de gratuité destinées aux dépenses des soins.

Quant au troisième principe, il suppose la séparation de la tutelle du fond de l'organe de gestion du régime. La gestion du régime doit être assurée par un organe de gestion. Dans le cadre du Bénin, l'ANAM a géré le régime et le fond. Elle ne pourra pas et n'a d'ailleurs pas pu gérer convenablement les deux responsabilités. Au niveau du régime, il faut rappeler que la gestion de la base de données du RAMU ainsi que le paiement des prestataires ont posé problème. Il en est de même pour la mise à disposition des outils de mise en œuvre du régime d'assurance maladie qui ont accusé du retard. Dans la gestion de l'ARCH, les échanges en cours vont dans le sens de la séparation des fonctions. Ainsi, il est prévu, la création d'une entreprise à capitaux publics dénommée ANPS. Le mandat de gestion sera donné à une compagnie d'assurance privée. Ce qui permet d'éviter à l'avenir ces problèmes.

L'organe de gestion doit avoir des démembrements au niveau départemental de sorte à assurer le relais et la gestion des risques. Toutefois, les démembrements de l'ANAM prévus à cet effet n'ont pas été rendus opérationnels.

Par ailleurs, les échanges avec les personnes interviewées ont révélé que l'USAID a financé une mission d'étude au Ghana, un pays très avancé sur l'assurance maladie universelle. Bien que le voyage ait abouti à l'élaboration d'une feuille de route par l'ANAM, celle-ci n'a pas été mise en œuvre. Ce voyage aurait pu permettre à la partie béninoise de s'appuyer des pratiques Ghanéenne en matière d'assurance maladie universelle et de faire des propositions en faveur du montage institutionnel d'une CSU en connaissance de cause. De même, la non-séparation du prestataire et du payeur n'augure pas d'une bonne gouvernance. Le vote tardif de la loi a créé un vide juridique et est source de dérives et d'incohérences. Toutes les personnes interviewées ont déploré ce vide juridique dans lequel le RAMU a évolué depuis le lancement des travaux en 2011 par le Chef de l'Etat. Ils ont mentionné que le vote et l'adoption de la loi et des textes réglementaires n'étaient pas en phase avec l'évolution du processus RAMU. Il est capital que la loi soit votée avant le démarrage des activités du régime d'assurance maladie. Aussi, le montage institutionnel doit privilégier la séparation des fonctions.

Les personnes interviewées sont partagées quant à la cohérence entre le choix du montage institutionnel et les objectifs du RAMU. Du point de vue des orientations politiques du RAMU, certains pensent qu'il est en harmonie, mais pour d'autres, ce choix est totalement en déphasage du

point de vue technique. Il a été souligné également que les difficultés du cadre institutionnel trouvent leur source dans la politisation du système qui n'a pas permis de mettre la réflexion technique au service du RAMU.

Eu égard à tout ce qui précède, le choix du cadre institutionnel opéré par les autorités a entraîné des problèmes de gouvernance du régime qui ont affecté aussi bien le processus de conceptualisation que la mise en œuvre. Dans tous les cas de figure, le montage qui sera choisi pour l'ARCH doit privilégier la séparation des fonctions telles que : la fourniture des services de soins, l'organisation de la demande, le contrôle, le financement du régime etc.

6.1.3 Analyse de la loi RAMU

Dans un processus de mise en place de la CSU, le vote d'une loi est l'un des préalables indispensables. Non seulement elle définit le cadre légal et réglementaire des activités associées à la CSU mais également, donne une base juridique à cette initiative. En conséquence, elle doit être disponible avant le démarrage des principales activités entrant dans le cadre de la CSU.

Selon l'Article 98 du titre II de la constitution (11 Déc. 1990), sont du domaine de la loi les règles concernant :

- La citoyenneté, les droits civiques et les garanties fondamentales accordés aux citoyens en leur personne et leurs biens ;
- La création des catégories d'établissements publics ;
- L'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toute nature.

Le même article précise que, la loi détermine les principes fondamentaux :

- Du droit du travail, de la sécurité sociale, du droit syndical et du droit de grève ;
- De la mutualité et de l'épargne.

Ainsi, durant la phase conceptuelle du RAMU, les autorités béninoises ont introduit à l'Assemblée Nationale, un projet de Loi RAMU. Après un long processus, ladite loi RAMU a été finalement votée le 29 Décembre 2015 et adoptée le 9 Mars 2016. Elle comprend 104 articles répartis en 5 Titres :

1. Titre 1 : Dispositions générales ;
2. Titre 2 : De la prise en charge ;
3. Titre 3 : De la coordination et de la gestion du RAMU ;
4. Titre 4 : Du contrôle, du contentieux et des sanctions ;
5. Titre 5 : Des dispositions transitoires et finales.

La loi contient des idées forces telles que :

- Le RAMU est un régime obligatoire. Il couvre les risques liés aux Maladies, aux accidents non professionnels et à la maternité ;
- Le RAMU couvre une gamme assez large de prestations allant de la simple consultation à l'état de grossesse et de l'accouchement en passant par l'hospitalisation, les médicaments, l'appareillage, etc...
- Il est prévu l'enrôlement biométrique des assujettis, pour sécuriser le régime et réduire les cas de fraude et d'abus ;
- Le RAMU est financé principalement par l'Etat, les collectivités locales, le secteur privé et les bénéficiaires.

Alors que la mise en œuvre du RAMU a démarré un peu plus tôt par la création de l'ANAM en mai 2012, le vote de la loi n'est intervenu qu'en Mars 2016, accusant ainsi un énorme retard de près de quatre (4) ans, et empêchant la loi de définir un cadre légal et réglementaire nécessaire pour

encadrer le processus RAMU au moment de sa mise en œuvre. Dans le cadre du volet assurance maladie de l'ARCH, il est souhaitable que la loi soit votée à temps pour non seulement assoir les bases juridiques de l'initiative mais définir le cadre légal et réglementaire dans lequel sa mise en œuvre doit s'effectuer. En effet, selon la Constitution, les actions visées par l'ARCH sont du ressort de la loi.

Il faut aussi signaler qu'il y a eu beaucoup d'incohérences dans la loi qui ont notamment été soulevées par les PTF mais n'ont pas été prises en compte. En effet, la loi RAMU est restée muette sur la valorisation de l'existant en matière d'assurance-maladie au Bénin. La loi RAMU ne fait nullement allusion aux sociétés d'assurance et mutuelles de santé. Le vocable « mutuelle de santé » y est absent, de même que les autres modèles de protection contre le risque maladie telles que les mutuelles corporatives et les assurances privées commerciales. *Déjà, on note que l'ARCH va s'appuyer sur ces mécanismes. Il est prévu de réviser la loi sur le RAMU avant sa mise en œuvre pour y inclure les particularités de l'ARCH.*

Par ailleurs, la loi fait obligation à tout citoyen de s'affilier au RAMU (art.2) mais elle n'indique pas comment opérationnaliser le caractère obligatoire du RAMU et comment reconnaître et sanctionner un citoyen non affilié au RAMU. De même, la loi ne précise pas si les individus qui disposent déjà d'un mécanisme d'assurance maladie doivent s'affilier au RAMU.

Le projet de loi ne respecte pas le principe de séparation des fonctions de gestion, de régulation et de contrôle. Il attribue au contraire plusieurs fonctions à un seul organe alors que dans un système de bonne gouvernance, les fonctions de gestion et de contrôle doivent être strictement séparées.

Dans le processus de mise en place d'une couverture santé universelle la loi est un aspect très important et sensible qui doit être bien approfondie. Pour s'assurer que les contours de la loi sur l'ARCH soient étudiés et cernés il faut que celle-ci soit votée par l'Assemblée Nationale au moment opportun.

6.1.4 Analyse du choix des cibles

La loi N° 2015-42 du 7 Mars 2016 portant institution du RAMU en République du Bénin a défini en son article 5, les différents types de population devant être couverts par l'assurance maladie universelle. Il s'agit de :

- Les agents de l'administration publique, quel que soit leur statut ;
- Les membres des institutions de la république ;
- Les travailleurs salariés du secteur parapublic, quel que soit leur statut ;
- Les travailleurs salariés du secteur privé, quel que soit leur statut ;
- Les travailleurs indépendants, quels que soient le domaine et la nature de leur activité ;
- Les titulaires d'une pension ou d'une rente, quel que soit leur régime d'affiliation ;
- Les élèves et étudiants non couverts à titre d'ayant droit.

Peuvent également être assujettis au RAMU à titre volontaire, les béninois vivant en permanence hors du territoire, les béninois ne se trouvant pas dans l'une des catégories énumérées ci-dessus, les étrangers et travailleurs indépendants résidant sur le territoire de la République du Bénin. Outre ces personnes, bénéficient également des prestations du RAMU, les béninois économiquement faibles, les réfugiés résidant sur le territoire national et les apatrides résidant sur le territoire national et en règle vis-à-vis des lois de la République.

La catégorisation des cibles telle que présentée, permet, en théorie, d'élaborer des stratégies spécifiques d'affiliation. Par contre le fait de privilégier les pauvres permet de faire jouer la solidarité nationale. Une fois identifié, chaque citoyen est obligé d'adhérer au RAMU puisque la loi en fait une obligation pour toutes les couches et catégories sociales du pays. Mais au début du processus de conceptualisation du RAMU, il n'y avait pas de distinction entre les différentes catégories sociales. C'est à la suite des échanges avec les spécialistes de l'assurance maladie sur les implications d'une

telle option, que les autorités ont pris conscience de la situation. En effet, il n'y avait pas de réflexion visant la catégorisation des cibles en raison du caractère obligatoire du régime pour toute la population. Les acteurs du secteur informel ont été par la suite privilégiés en raison de l'absence d'un dispositif national de couverture du risque maladie. Même si ce privilège leur a été accordé, les autorités n'ont pas pour autant précisé les modalités. C'est à la suite d'une sortie du chef de l'Etat qu'il a déclaré que les enfants de 0-18 ans paieront 1000 FCFA par an et les adultes paieront eux 1000 FCFA par mois que les réflexions ont commencé. Ces réflexions ont amené les spécialistes de l'assurance maladie à adapter l'élaboration du modèle au choix opéré par le chef de l'Etat. L'évaluation des implications du choix du chef de l'Etat par les spécialistes de l'assurance maladie a amené le gouvernement à constater que ce choix n'est pas judicieux à cause du gap financier important qu'il entraîne. C'est alors que les autorités ont opté pour un régime contributif pour l'ensemble de la population.

Dans le cadre de l'ARCH, les autorités ont prévu que ce serait un régime contributif et obligatoire. Ce choix apparaît comme une option satisfaisante car elle permet à l'ensemble de la population d'adhérer au régime, de contribuer selon ses capacités mais aussi de mutualiser le risque maladie. L'Etat subventionne les primes des plus démunis afin de leur permettre d'accéder au paquet de soins de base. C'est déjà une avancée par rapport RAMU mais il importe de bien identifier les plus démunis et bien déterminer la contribution de chaque catégorie de la population en fonction de ses capacités financières. Il faut toutefois reconnaître que le PRPSS a permis de prendre en charge les pauvres extrêmes. Toutefois, l'équipe de l'ANAM n'a pas accès à la base de données relative à la prise en charge de cette catégorie de la population. Il n'a donc pas été possible d'apprécier cette expérience.

Malgré que le RAMU ait privilégié les indigènes en premier lieu, il y a eu certaines difficultés dans sa mise en œuvre. Il aurait été plus judicieux de commencer par les agents du secteur formel et l'étendre progressivement au secteur informel. Cette approche permet de capitaliser l'existant. Dans le cadre de l'ARCH, le fait d'avoir prévu un traitement à part pour les pauvres extrêmes, permet de faire face aisément aux autres catégories de la population. Néanmoins, il serait utile d'élaborer une segmentation de la population comme dans le cadre du RAMU et d'approfondir ensuite la question de l'ordre d'intégration pour éviter les erreurs du RAMU.

Le choix des cibles du RAMU est en harmonie avec les objectifs du régime. Il est alors souhaitable que la catégorisation des cibles de l'ARCH soit également en harmonie avec ses objectifs. Toutefois, certaines personnes pensent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des cibles dans la mesure où le gouvernement a déclaré que l'assurance soit obligatoire pour toute la population. Egalement, il ne serait pas admissible qu'il y ait l'assurance maladie gratuite et qu'il faudrait que chaque citoyen contribue. Il est capital d'avoir un régime contributif et de catégoriser la population pour mutualiser le risque et pour un meilleur suivi du régime, car dans un contexte d'assurance maladie où il n'y a pas de contribution ni de cibles, on assiste à des dérives qui sont de nature à compromettre la viabilité du régime. Ceci renforce l'option du gouvernement d'avoir un régime contributif et obligatoire dans le cadre de l'ARCH.

6.1.5 Analyse du choix du paquet de services couverts

Dans le cadre de la mise en place d'un RAMU en République du Bénin, il a été développé un panier de soins dénommé « paquet des prestations de base ». C'est un panier de soins minimums garanti par le régime d'assurance maladie universelle pour chaque adhérent, quelle que soit sa condition sociale. Le contenu du paquet des prestations de base se présente comme suit :

- La consultation, les soins et l'hospitalisation ;
- Les médicaments, les consommables médicaux et les produits sanguins labiles ;
- Les examens de laboratoires, de radiologie et d'imagerie médicale ;
- Les vaccins obligatoires, à l'exception de ceux couverts par les programmes de gratuité ;
- L'appareillage assuré par les appareils légers, indispensables pour le maintien de la santé du patient et de fabrication locale ;

- Le transport des malades, vers la formation sanitaire ou d'une formation sanitaire à une autre, avec les moyens fournis ou homologués par le système de santé (ambulance) ;
- Les prestations liées à l'état de grossesse et à l'accouchement, à l'exception de celles prises en charge par les programmes de gratuité.

Contrairement au choix des cibles, un processus a été mis en place pour le choix du paquet de services couverts. Toutefois, il faut signaler qu'il y avait un paquet de services au début des travaux mais ce dernier ne reposait pas sur une base factuelle. La philosophie initiale étant une assurance couverte à 100%. C'est à la suite de la mise en place du SGTT que les réflexions sur le choix du paquet se sont appuyées sur une base factuelle avec les intrants de l'étude CREDES. Ces réflexions ont été renforcées par la mission P4H, puisque celle-ci a constaté l'absence d'études actuarielles et de simulations financières, et qu'elle a recommandé la réalisation d'une telle étude sur la base du modèle SiMins. Les travaux d'évaluation des coûts effectués par le SGTT ont permis au gouvernement de se rendre compte que la proposition initiale était irréaliste. Ses travaux ont permis de définir un paquet de soins, qui bien qu'ayant été validé au niveau du SGTT, n'a pas été pris en compte par l'ANAM. De son côté, l'ANAM a aussi élaboré son paquet de soins. Les difficultés de collaboration entre l'ANAM et le SGTT n'ont permis d'avoir une proposition consensuelle. Finalement, c'est le paquet de services proposé par l'ANAM qui a été retenu par l'arrêté interministériel cité plus haut.

Le paquet de services retenu est un panier complet et satisfaisant sur le plan social puisqu'il donne l'occasion à chaque couche de la population d'avoir accès à un certain nombre de soins. Néanmoins, il ne prend pas suffisamment en compte les contraintes financières et le plateau technique. Plusieurs arguments militent en faveur de cette faiblesse. Pour ce qui est de la contrainte financière, le coût du paquet n'a pas été apprécié par rapport à la capacité contributive des ménages. Ensuite, s'agissant du plateau technique, il est limité et l'accès est difficile. A cela, s'ajoute l'insuffisance de personnel de qualité. Ces faiblesses ne remettent pas en cause la nécessité et l'urgence d'assurer une couverture sanitaire pour la population en particulier pour les personnes démunies, ont souligné les personnes interviewées.

Par ailleurs, on pourrait alors s'inspirer des propositions du SGTT. Selon la proposition du SGTT, 20% des malades viennent des zones sanitaires qui seront référés au Centre Hospitalier de District et 20% des CHD seront référés au CHU. Au-delà du niveau périphérique, la mise en œuvre de ce paquet de soins a connu beaucoup de difficultés. En effet, la plupart des personnes interviewées ont estimé que le paquet de soins retenu dans la loi était trop large et ne pourra donc pas être couvert sur toute l'étendue du territoire national. En raison de la faible capacité contributive des ménages et de la disparité du plateau technique sur l'ensemble du territoire, les personnes interviewées pensent également que le paquet n'était pas accessible à la population bien qu'il soit en harmonie avec les objectifs du RAMU.

Il est alors indispensable que l'étude actuarielle en cours d'élaboration dans le cadre du volet assurance maladie de l'ARCH prenne suffisamment en compte les contraintes financières et le plateau technique. L'idéal serait d'avoir un panier de soins plus réaliste et en phase avec les services prioritaires et qui s'élargi progressivement au fur et à mesure que le plateau technique s'améliore.

6.1.6 Analyse du choix de la méthode de paiement des prestataires

Les principaux modes de paiement des soins de santé sont : la rémunération à l'acte, le salaire, la capitation, la rémunération au cas, le budget par type de dépense, le budget global et la rémunération à la performance. Chaque mode de paiement a ses caractéristiques. Mais, la rémunération à la performance peut être combinée avec chacune des méthodes décrites ci-dessus afin de récompenser les prestataires qui atteignent des objectifs quantifiables.

Dans le cadre du RAMU, c'est le paiement direct de la formation sanitaire par l'ANAM qui est retenu. Dans la typologie décrite, il correspond à la rémunération à l'acte. Le paiement direct du RAMU est caractérisé par :

- Une fréquence de paiement mensuel ;

- Un délai de remboursement mensuel ;
- Le remplissage des outils de gestion par poste de santé et transmission au médecin chef au plus tard le 05 du mois échu ;
- La validation par le médecin chef et transmission au Médecin coordinateur parallèlement au plus tard le 07 suivant le mois échu ;
- La compilation par le bureau de zone et transmission à l'ADAM au plus tard le 10 suivant le mois échu ;
- Le contrôle par l'ADAM ;
- La pré-validation et transmission à l'ANAM au plus tard le 20 du mois échu ;
- La validation et paiement (chèque, virement, etc.) par l'ANAM aux postes de santé au plus tard le 25 suivant le mois échu ;
- Et enfin, le positionnement du compte de la formation sanitaire au plus tard le 30 suivant le mois échu.

C'est le SGTT qui a proposé ce mécanisme de paiement des prestataires. Ce mécanisme a été validé au comité de direction du ministère de la santé en présence du Ministre de la Santé. Les directeurs départementaux de la santé, ainsi que toutes les personnes qui étaient appelées à recevoir les prestataires, étaient impliqués dans le choix de cette méthode de paiement. Ce travail est le fruit d'un travail technique collégial et participatif avec l'appui technique de l'OMS et l'USAID sous la coordination du président du SGTT. Le mécanisme retenu pour l'acheminement des feuilles de soins et les délais de transmission a été défini lors d'un atelier organisé par l'ANAM avec toutes les parties prenantes.

Le mécanisme de paiement proposé ne prend pas compte la performance. Il est indispensable d'intégrer la performance dans le mécanisme de paiement des prestataires pour amener les agents qui interviennent dans la chaîne de paiement à être plus efficaces et plus efficients. Le fait de prévoir des délais ne suffit pas pour qu'ils soient respectés. Il faut plutôt prendre des mesures ou prévoir des mécanismes d'incitation pour amener les agents à se conformer à ce qui est prévu. De même, les nouvelles technologies de l'information et de la communication ne sont pas suffisamment intégrées de sorte à éliminer les travaux manuels, à sécuriser et à accélérer le processus. La dématérialisation de ce mécanisme est indispensable au regard du nombre de personnes que le RAMU est appelé à couvrir. Dans le cadre de l'ARCH, étant donné qu'il s'agira d'une maîtrise d'ouvrage déléguée, ces problèmes seront gérés par ce dernier.

On note l'absence d'un mécanisme de gestion des coûts d'un régime d'assurance maladie. On entend par gestion des coûts, l'opération par laquelle les dépenses engagées par le régime sont gérées et vérifiées. Il est essentiel de gérer les coûts de manière efficace si l'on veut viabiliser le régime d'assurance maladie. Il faut notamment gérer le régime selon les règles prudentielles. Par conséquent les ratios d'équilibre financier et les indicateurs de suivi devraient être élaborés et renseignés régulièrement pour permettre de s'assurer d'une bonne gestion des coûts. C'est dans ce cadre que l'ANAM a élaboré un document sur les indicateurs et outils de suivi-évaluation de la prise en charge des bénéficiaires du RAMU. Ces indicateurs méritent d'être revus et améliorés pour les besoins de l'ARCH et pris en compte dans le contrat de performance annuelle du maître d'ouvrage délégué dont la gestion du régime d'assurance relèvera.

Par ailleurs, dans le mécanisme de paiement, il n'est pas prévu d'apprécier le taux d'utilisation des soins. Ce taux a une forte probabilité d'augmenter lorsqu'un régime d'assurance maladie est mis en place. D'une part en raison de l'aléa moral qui se manifeste, et d'autre part à cause de la diminution du coût des soins de santé pour la population. L'apparition de l'aléa moral est inéluctable lorsqu'un service, qui est d'habitude coûteux et pour lequel existe une demande latente, devient financièrement abordable. Etant donné qu'il est très difficile de prévoir l'ampleur de l'aléa moral que génère un nouveau régime d'assurance maladie, il est capital de contrôler les dépenses dès le démarrage du régime.

6.2 Analyse des étapes de mise en œuvre

6.2.1 Analyse de la méthode de communication

La mise en œuvre d'un mécanisme d'assurance santé universelle en général, et du RAMU en particulier, suppose une campagne d'information et de sensibilisation de l'ensemble des couches sociales du pays. La communication sur le régime d'assurance maladie vise plusieurs objectifs. Elle sert tout d'abord à informer la population sur le régime d'assurance et l'inciter à y souscrire (marketing). Elle sert également à informer les bénéficiaires des prestations auxquelles ils ont droit, les modalités de sollicitation du régime, et leurs droits au titre de ce dernier. Aussi, est-elle d'une utilité pour les parties prenantes.

Dans cette perspective, l'ANAM a sollicité l'appui financier du PRPSS pour la réalisation d'un plan de communication. Un spécialiste en communication a alors été commis pour élaborer un Plan Intégré de Communication (PIC) sur le RAMU (2014-2018). Ce plan a été validé en Août 2014. C'est sur cette base que les activités de communication ont été menées durant la phase opérationnelle du RAMU. Dans ce cadre, tous les acteurs ont été rencontrés de sorte à assurer la prise en compte de leurs besoins de communication. Il faut rappeler que, lors de la phase conceptuelle, la mission P4H avait recommandé de concevoir et de mettre en œuvre un vaste plan de communication et de sensibilisation.

Le principal enjeu de la stratégie de communication élaborée est d'amener les populations cibles à adhérer massivement au RAMU. De l'analyse de la situation qui a abouti à la stratégie de communication, il ressort qu'un certain nombre de défis restent à relever. Il s'agit de :

- Comment amener la population à s'affilier au RAMU malgré la pauvreté ambiante qui la caractérise ?
- Comment impliquer efficacement les acteurs tout au long du processus d'opérationnalisation ?
- Comment susciter la mobilisation sociale et des ressources autour de la vision de l'assurance maladie.

La vision de la stratégie de communication est : « A l'horizon 2018, le RAMU est connu, visible et accessible à toutes les couches de la population ». Le but de cette stratégie est de susciter l'adhésion des populations et les partenaires au RAMU en vue de l'atteinte des OMD relatifs à la santé.

Les objectifs du Plan Intégré de Communication se situent à deux niveaux à savoir interne et externe. Au plan interne, il s'agit de renforcer les capacités de l'équipe de pilotage¹⁹ du RAMU à avoir une compréhension commune des concepts et terminologies utilisés en matière d'assurance maladie universelle. Au plan externe, les objectifs définis sont : (i) promouvoir un environnement favorable à l'appropriation et à la coordination efficace de la mise en œuvre du RAMU et (ii) amener la population cible à avoir une connaissance suffisante du RAMU et à y adhérer.

Les acteurs concernés par le plan de communication se situent au plan interne et au plan externe.

Au plan interne, on retrouve :

- Les personnels de l'ANAM et des Agences Départementales de l'Assurance Maladie (ADAM) : ceux-ci doivent partager la vision de l'ANAM et s'approprier le plan de communication en vue de l'atteinte des objectifs du RAMU ;
- Le comité national de pilotage du RAMU.

Au plan externe, les acteurs sont :

¹⁹ Il s'agit des personnels de l'ANAM et des ADAM ainsi que les membres du comité national de pilotage du RAMU

- Les formations sanitaires et centres de diagnostics conventionnés ;
- Les pharmacies conventionnées ;
- Les mutuelles de santé ;
- Les comités des soins sanitaires ;
- Les administrations (pouvoirs publics, les services administratifs, les collectivités locales, les chambres de commerce, d'agriculture et des artisans, les organisations syndicales) ;
- Les leaders d'opinion ;
- Les associations et groupements ;
- La presse ;
- Les partenaires techniques et financiers.

La méthode de communication retenue à travers le PIC, est partie d'un diagnostic du processus de communication autour du RAMU depuis le démarrage de la phase opérationnelle. En principe, pour être complet et efficace, le diagnostic devrait également couvrir la phase conceptuelle comme ce qui se fait avec l'ARCH. Une telle approche aurait permis de renforcer l'adhésion des parties prenantes et de parvenir à un consensus sur la forme à donner au régime.

Les outils de communication développés s'articulent autour de la formation, de l'IEC/CCC, de la communication participative, traditionnelle, moderne, et du partenariat. Ceci a permis de mener un certain nombre d'activités déjà citées dans les réalisations de l'ANAM. Mais, au-delà d'informer, il faut donner l'occasion à chaque partie de s'exprimer. Le Ministère de la Culture a été associé au développement dudit plan de communication, par contre celui de la communication ne l'a pas été. Des artistes ont même été sollicités pour communiquer sur le RAMU dans les principales villes du pays. A titre d'exemple, on peut citer la tournée des artistes sur le RAMU qui, selon le directeur du partenariat stratégique, de la communication et de la mobilisation des ressources, a suscité beaucoup d'adhésion. De nombreux communiqués ont été diffusés sur les radios communautaires, à travers des sketches et des émissions.

En dehors du PIC, d'autres outils de communication ont été conçus tel que le document intitulé « le RAMU en 10 questions ». De même, des plaquettes d'information ont également été développées ainsi que d'autres supports de communication.

Malgré tous ces efforts, le niveau d'adhésion au RAMU est faible, soit 3% de la population des localités concernée qui est de 1 535 553 selon le RGPH4, pour un effectif des affiliés de 48 81720. Le niveau de mise en œuvre du PIC est également faible avec pour conséquence une faiblesse de la communication autour de RAMU. Ceci est dû notamment au manque de ressources financières et d'implication de la politique dans le processus de mise en œuvre du RAMU. Selon les informations recueillies lors des entretiens, on note que les actions de communication ont porté leur fruit au regard de la cible. Mais, une bonne partie de la population ne s'est pas affiliée.

Par ailleurs, les échanges ont révélé que le plan de communication a connu d'autres formes de difficultés. Celles-ci concernent les recrutements prévus dans le cadre de la campagne de communication. Il a fallu adapter la communication à une population analphabète. Les personnes rencontrées pensent qu'il est souhaitable de mettre à disposition des ressources humaines et financières suffisantes et qu'il y ait assez de communication en langues locales. Pour obtenir une bonne mobilisation et une abondante adhésion de la population au RAMU, il est indispensable que tous les médias du pays soient associés à cette initiative.

6.2.2 Analyse du choix de la zone pilote du lancement

Le lancement de la phase pilote du RAMU s'est déroulé en deux (2) volets. Le 1er volet s'est déroulé dans six (6) zones sanitaires que sont : Cotonou 6, Niki-Kalalé-Pèrès, Covè- Zandjannando-Ouinhi, Porto-Novo-Sèmè-Aguégué, Bassila, et Comè-Bopa-Houéhougbé. Le second volet quant à lui concernait les pauvres extrêmes et s'est déroulé dans huit (8) zones sanitaires. Il s'agit de : Lokossa-Athiémé, Ouidah-Pomassè-Tori, Porto-Novo-Aguégué-Sèmè, Adjohoun-Bonou-Dangbo, Zogbodomey-Bohicon-Zakpota, Covè-Whinhi-Zandjannando, Banikoara, et Kérou-Kouandé-Péhunco.

Pour le 1er volet, bien que les zones sanitaires choisies soient celles qui ont déjà une certaine tradition de mutuelles de santé et, devraient permettre d'exploiter le potentiel que constituent celles-ci pour la mise en place du RAMU. Il a été constaté que le dispositif opérationnel de mise en œuvre dans ces zones n'a pas été bâti sur les acquis des mutuelles, et que c'est un dispositif parallèle qui a été mis en place. Par conséquent, l'impact que ce choix a eu sur le nombre d'affiliés était limité étant donné que leur effectif ne représentait que 5% de la population totale. En ce qui concerne particulièrement Nikki, il faut signaler que cette ville a la plus vieille expérience en matière de mutuelle de santé, soit plus de dix-sept (17) ans.

Bien que la non performance ne soit corrélée avec le critère utilisé, il importe de relever que ce dernier n'a pas pris en compte les préoccupations telles que la densité de la population, les indicateurs épidémiologiques, le niveau de vie de la population ainsi que la qualité du plateau technique. D'autres critères tels que la proportion de la population assurée, le niveau de fréquentation des services de santé, ainsi que les difficultés d'accès aux soins de santé sont à prendre en compte. Ces éléments sont de nature à permettre de choisir la zone pilote qui offre plus de potentialité de succès et qui est à même d'avoir un effet d'entraînement sur l'ensemble de la population.

Dans le cadre de l'étude, les personnes rencontrées à l'ANAM ont signalé qu'il y avait eu des réflexions sur le choix de la zone de la première phase pilote. Toutefois, il n'y a pas de critères pour le choix de la zone pilote, ce choix ayant fait par département. L'idée de base était de faire un test, et si le test s'avérait concluant, la généralisation suivrait, tout en prenant soin de corriger les dysfonctionnements et irrégularités enregistrés.

Le second volet de la phase pilote a été lancé avec l'appui du PRPSS. Il n'y a pas eu de critère pour le choix des zones a priori. Le seul critère connu était basé sur les zones d'intervention du PRPSS. Ce choix ne répond à aucun principe ni à un objectif spécifique. Même si les ressources du PRPSS ont été mis à la disposition de l'ANAM, ça ne justifie pas le fait que systématiquement les zones d'intervention du PRPSS soit un critère de choix. Des critères bien définis comme ceux évoqués ci-dessus doivent militer en faveur du choix de la zone pilote.

Par ailleurs, il faut signaler que les deux volets de la phase pilote se sont déroulés sans un document conceptuel. Alors que ce document d'orientation est indispensable pour opérationnaliser une phase pilote pour justifier davantage le choix de zone opérés, les outils, les moyens et le calendrier de mise en œuvre. En outre, une bonne préparation est indispensable pour réussir la phase pilote. Il est également important de prévoir une base de données sur la phase pilote pour le besoin de l'analyse après sa mise en œuvre. Ces insuffisances ont caractérisé la phase pilote du RAMU. Elles doivent donc être évitées dans le cadre du volet assurance maladie de l'ARCH.

6.2.3 Analyse du paiement des prestataires

En dehors de l'Agent Comptable, la DAF et la Direction du Partenariat Sanitaire, du Contrôle et de la Qualité (DPSCQ) de l'ANAM sont impliquées dans le paiement des prestataires. Dans le cadre de ses activités, l'ANAM a formalisé un partenariat avec les acteurs et professionnels de santé par la signature de convention de partenariat avec les formations sanitaires. Au cours de la première phase pilote, l'Etat a subventionné l'assurance des indigents. Lors de la seconde phase pilote, étant donné que la cible est composée essentiellement de pauvres extrêmes, ceux-ci n'ont effectué aucun paiement avant de bénéficier du RAMU.

Le mécanisme de paiement des prestataires défini dans le cadre du RAMU a connu des difficultés à la mise en œuvre. En effet, il est prévu que le remplissage des outils de gestion par poste de santé et

leur transmission au médecin chef doit se faire au plus tard le 05 du mois échu, mais la transmission passive des feuilles de soins n'est pas toujours respectée par les formations sanitaires. En conséquence, le délai de remboursement mensuel n'a pas été respecté par l'ANAM. Cela s'est répercuté sur le processus qui finalement n'a plus fonctionné. Ce faisant, l'ANAM a changé d'approche en procédant à une collecte active des feuilles de soins par ses agents. En contournant la difficulté du non acheminement des feuilles de soins et du retard causé dans le traitement, l'ANAM expose ses agents aux accidents de circulation. *Ces problèmes ne doivent plus se poser avec l'ARCH dans la mesure où la gestion du régime sera assurée par un maître d'ouvrage délégué.*

Les échanges avec l'ANAM ont révélé que durant le processus d'étude et de validation des feuilles de soins, le prix des médicaments variait d'un centre de santé à un autre et d'une zone sanitaire à une autre. Il en est de même pour la tarification des actes médicaux. Ces dysfonctionnements sont liés à l'absence de barème des prix des prestations et médicaments. Ce manquement peut être corrigé par l'élaboration d'une nomenclature des actes.

Les personnes interviewées sur le volet paiement des prestataires ont également souligné le non-respect du protocole de prise en charge des maladies. A cela, s'ajoute le mauvais remplissage des feuilles de soins et des tentatives de fraudes. En ce qui concerne les fraudes, elles étaient maîtrisées en raison notamment de l'effectif réduit des adhérents et des zones de mise en œuvre du RAMU.

Ces dysfonctionnements confirment à nouveau l'empressement et le manque de préparation qui ont caractérisés le processus de conceptualisation et de mise en œuvre du RAMU. Pour corriger les failles constatées, l'ANAM a produit en 2017, un certain nombre de documents techniques. Ces documents techniques pourraient être utiles à l'ARCH.

Dans le cadre de la prise en charge des affiliés du volet I de la phase pilote, 486 bénéficiaires du RAMU ont été admis aux soins. Le nombre de facture éligibles étaient 478 contre 8 factures non éligibles. Quant au montant de remboursement au titre des factures de soins, il s'élève à 9 106 510 FCFA. Il se dégage un taux d'inéligibilité de l'ordre de 2%. Le coût moyen unitaire de prise en charge d'un malade est de l'ordre de 19 051 FCFA. Si les données étaient disponibles sur le nombre de malades pris en charge par zone sanitaire, le coût unitaire de prise en charge par zone sanitaire d'un malade serait calculé.

Du côté des remboursement des factures des prestataires de soins et des dispensateurs de médicaments aux pauvres extrêmes, le montant s'élève à 5 869 276 FCFA. Au titre de l'année 2017, le nombre de pauvres extrêmes qui ont été pris en charge par les formations sanitaires des huit (8) zones sanitaires couvertes s'élève à 1094 dont 554 femmes et 540 hommes. Le coût moyen par pauvres extrêmes s'élève à 5 365 FCFA.

Ces éléments de coût paraissent raisonnables mais, en l'absence d'une base de données consolidée sur le RAMU on ne pourrait procéder à une analyse approfondie. Il est également important de mesurer le délai moyen de paiement des prestataires, le délai d'acheminement des feuilles de soins ainsi que le délai de traitement. Mais, en raison d'absence de données, ces indicateurs dont la pertinence se justifie amplement, n'ont pu être calculés.

6.2.4 Analyse des indicateurs de performance

La mise en place d'un régime d'assurance maladie universelle s'accompagne d'une série d'indicateurs qu'on peut classer en trois (3) catégories à savoir :

1. Les indicateurs de l'efficacité administrative : ils renseignent sur la vitalité du régime d'assurance. On regroupe dans cette catégorie les indicateurs de souscription et les indicateurs de prestations et rémunérations ;
2. Les indicateurs de rendement financier : ces indicateurs servent à mesurer la capacité du régime d'assurance maladie à s'autofinancer sur le long terme au moyen de ses seules recettes ;
3. Les indicateurs d'effet : les effets du régime d'assurance peuvent être appréhendés en mesurant les changements qu'ils induisent sur l'état de santé, la protection contre le risque

financier, l'accès aux soins de santé, l'efficacité de la prestation de services et la qualité des soins, sans oublier la satisfaction du public.

Ces indicateurs sont utiles pour les exploitants, les gestionnaires et les évaluateurs des régimes d'assurance maladie pour en analyser le fonctionnement et en mesurer les avancées. De ce fait, ils sont indispensables pour prendre des décisions factuelles qui améliorent le fonctionnement du régime.

Après le lancement officiel du RAMU en 2011, puis le démarrage de la phase opérationnelle en 2013, c'est seulement en 2017 que les indicateurs et outils de suivi-évaluation de la prise en charge des bénéficiaires de l'assurance maladie universelle et des pauvres extrêmes ont été élaborés et validés. Il apparaît que ces indicateurs et outils de suivi-évaluation ont accusé sept (7) ans et quatre (4) ans de retard respectivement par rapport au lancement officiel et au démarrage de la phase opérationnelle. En principe, leur élaboration devrait se faire au cours de la phase conceptuelle de sorte à être exploités durant la mise en œuvre. Le retard ainsi accusé prouve une fois encore que la phase opérationnelle du RAMU n'avait pas été suffisamment préparée. L'absence d'indicateurs s'est accompagnée également d'absence de cadre de mesure du rendement en liaison avec les objectifs et résultats attendus du RAMU. Il est souhaitable que ce processus soit conduit autrement dans le cadre de l'ARCH. Cela suppose que les indicateurs, le cadre de mesure du rendement et les outils de suivi-évaluation sont élaborés avant la mise en œuvre.

Les indicateurs élaborés en 2017 pour le suivi-évaluation du RAMU comprennent :

1. Les indicateurs d'affiliations/adhésions,
2. Les indicateurs de prestation de soins,
3. Les indicateurs de gestion financière,
4. Les indicateurs de performance,
5. Les indicateurs pour la gestion de la prise en charge des pauvres extrêmes et
6. Les indicateurs des prestations offertes aux pauvres extrêmes.

Au regard de la typologie d'indicateurs requise pour analyser le fonctionnement et en mesurer les avancées de l'assurance maladie, les indicateurs d'effet ne sont pas pris en compte. Ces indicateurs sont très importants pour l'évaluation des effets du régime d'assurance maladie. Les différents types d'effets produits se déclinent comme suit : (i) le taux de morbidité, (ii) proportion de la population ayant une incapacité à long terme due à une maladie prise en charge par le RAMU, etc.

Les parties prenantes au RAMU ont toutefois participé à l'élaboration de ces indicateurs au travers d'un atelier. Compte tenu du nouveau contexte à savoir la perspective de mise en œuvre de l'ARCH, l'ANAM a adapté les indicateurs de sorte à prendre en compte les pauvres extrêmes. Ces éléments peuvent éclairer les travaux sur l'ARCH.

L'absence de plan stratégique avant le lancement du RAMU en amont et qui à ce jour, n'est toujours pas développé, ne permet pas d'établir de liens entre les options stratégiques et les indicateurs proposés. Cela pose le problème de cohérence entre ces indicateurs et les objectifs du RAMU. Ce travail doit être entièrement repris dans le cadre la mise en œuvre du volet assurance maladie de l'ARCH.

Aussi, on note une absence de tableau de bord pour le RAMU. Le tableau de bord doit être fondé sur quelques indicateurs clés pour permettre d'avoir une vue globale de l'évolution de la mise en œuvre du régime d'assurance. Les indicateurs inclus dans le tableau de bord doivent être produits impérativement et systématiquement à une fréquence relativement courte (trimestrielle). Ceci permettra de constater et de corriger dans un bref délai toutes irrégularités et dysfonctionnements constatés.

Enfin, il est important de souligner que les indicateurs retenus au plan mondial pour assurer des comparaisons à l'échelle internationale, ne figurent pas dans la liste des indicateurs définis par l'ANAM. Ces indicateurs qui figurent dans le rapport sur « La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial : cadre, mesures et objectifs » (OMS/Banque Mondiale, mai 2014).

Au regard de ce qui précède, il convient de retenir que l'élaboration des indicateurs et des outils de suivi-évaluations est une étape cruciale du processus. Elle doit donc intervenir avant la mise en œuvre et être la plus exhaustive possible.

6.2.5 Analyse du système de suivi-évaluation

Dans le cadre de la mise en place d'une CSU, il est admis que l'étude de faisabilité de la mise en œuvre constitue la clé de voute de l'ensemble, alors que le mécanisme de suivi et l'évaluation constitue les fondements. Le suivi implique notamment (i) l'établissement d'indicateurs, (ii) la mise en place de systèmes de collecte d'informations en lien avec ces indicateurs, (iii) la collecte et l'enregistrement de l'information, et (iv) l'analyse des informations, l'interprétation et l'utilisation des résultats. L'évaluation quant à elle permet de vérifier que le régime d'assurance maladie produit ses effets escomptés. L'évaluation détermine aussi si les démarches adoptées sont les plus économiques.

En dépit des avantages et de l'importance de la mise en place d'un système de suivi-évaluation dans le cadre de la CSU, elle ne s'est pas encore concrétisée à l'ANAM. Les réflexions sont pour le moment arrêtées au stade de la formulation des indicateurs en 2017. Tout comme les indicateurs, le système de suivi-évaluation devrait être élaboré avant la phase opérationnelle du RAMU. Ce système de suivi-évaluation s'il était élaboré, devrait être en harmonie et en relation avec toutes les composantes du régime d'assurance maladie.

En raison de l'absence de système de suivi-évaluation, les informations sont collectées à travers les activités de l'ANAM. Les outils de suivi disponibles à l'ANAM sont le Plan de Travail Annuel (PTA) et les rapports d'activités. Les données de routine sont issues de l'étude des feuilles de soins et de l'affiliation.

En ce qui concerne l'évaluation, les échanges à l'ANAM ont permis de noter que le PTA est évalué par trimestre et par semestre. Aussi, des revues à mi-parcours du PTA sont organisées ainsi que l'évaluation externe au niveau du cabinet du Ministre. Dans la mesure du possible, les rapports d'évaluation sont exploités au fur et à mesure pour corriger les insuffisances constatées. Il faut aussi signaler que l'ANAM a élaboré un rapport d'autoévaluation chaque année depuis 2013.

Un système de suivi-évaluation bien organisé avec les responsabilités et les échéances à respectés n'est pas encore mis en place à l'ANAM. Ce qui a affecté sensiblement la collecte des données sur le RAMU et a eu des conséquences sur la gouvernance du régime d'assurance. Aussi, l'absence d'une base de données consolidés à l'ANAM ne permet pas n'ont plus de bâtir un système de suivi-évaluation du RAMU. Il importe donc que le nouveau régime d'assurance maladie se penche particulièrement sur la problématique de la base de données et le système de suivi-évaluation afin qu'ils soient mis en place à temps pour permettre d'assurer à terme une gouvernance plus responsable de l'ARCH.

6.2.6 Analyse de la performance

L'analyse de la performance devrait se faire en confrontant les résultats atteints avec ceux attendus et les moyens mis en œuvre. Elle suppose le calcul d'un certain nombre d'indicateurs identifiés dans le protocole de l'étude. Malheureusement, les données disponibles au niveau de l'ANAM ne permettent de calculer ces indicateurs. En effet, les données disponibles ne permettent que d'effectuer les calculs ci-dessous :

Sur les 48 817 affiliés du volet I de la phase pilote, 11% sont des dockers, 66% sont des acteurs du secteur informel et 23% sont des indigents. Par rapport à la population, les affiliés représentent 0,5% de la population totale.

La proportion de ceux qui ont bénéficié des soins par rapport à ceux qui sont détenteurs de la carte RAMU est de l'ordre de 12%. En ce qui concerne les pauvres extrêmes, la proportion de ceux qui ont bénéficié de soins est très marginale, soit 2%.

Ces indicateurs de performance restent limités en qualité et quantité étant donné l'absence d'une base de données consolidées au niveau de l'ANAM sur le RAMU.

6.2.7 Analyse du système de plaintes

L'ANAM n'a pas encore mis en place un système de plaintes. Néanmoins, il y avait une petite cellule destinée à recevoir les plaintes des agents. Le manque de système de plainte est également lié au fait que le régime n'a pas été déconcentré. En conséquence, lorsque les adhérents rencontrent des difficultés, ils se rendent directement au siège de l'agence pour se plaindre.

Il est important que cette faiblesse soit corrigée au niveau du volet assurance maladie de l'ARCH.

6.2.8 Synthèse de l'analyse du RAMU

Cette section présente une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (SWOT) de la conceptualisation et de la mise en œuvre du RAMU. L'environnement interne est composé de toutes les parties prenantes impliquées dans le processus, depuis la phase conceptuelle ou la phase de la mise en œuvre. L'environnement externe quant à lui regroupe toutes les parties prenantes qui n'étaient pas impliquées dans la mise en œuvre du RAMU. Sur cette base, les forces et les faiblesses ainsi que les menaces et les opportunités ont été identifiées. Tous ces éléments sont synthétisés dans le tableau ci-après :

Tableau 3: Synthèse de l'analyse du RAMU

	Force	Faiblesse	Menaces	Opportunité
Parties Prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de comités et groupes techniques de travail avec des objectifs bien définis ; - La volonté politique - Disponibilité des compétences techniques nationales, - Soutien technique et financier des PTF ; - La plupart des acteurs étaient impliqués ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les parties prenantes ne savaient pas de quoi il s'agissait - Manque de cohérence et de synergie d'actions entre les comités et groupes techniques créés ; - Précipitation et pression politique à divers niveaux - Faible appropriation par les parties prenantes - Absence d'une analyse des parties prenantes dans une perspective à court, moyen et long termes - Faible engagement du Ministère des finances et du Ministère du développement - Faible engagement des maires et des élus locaux - Difficultés de coordination du processus en général et des PTF en particulier ; - Les nominations des personnes qui n'ont pas les connaissances et compétences sur l'assurance maladie - Mauvaise répartition des rôles ; - Absence de dialogue sociétal 		<ul style="list-style-type: none"> - Les mutuelles de santé constituent un relais pour instaurer l'assurance maladie universelle - Existence de mécanismes sur lesquels peuvent se bâtir le RAMU (mutuelle de santé communautaire qui couvrent 49% du territoire et mécanisme de gratuité de soin) - Le secteur privé de santé - Disponibilité des PTF à financer le RAMU
Montage Institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Fort engagement de l'Etat - La constitution est respectée dans une certaine mesure - Cohérence du montage institutionnel avec les objectifs du RAMU du point de vue des orientations politiques ; - Organe de gestion avec des démembrements au niveau départemental 	<ul style="list-style-type: none"> - Le Comité National de Pilotage n'a pas fonctionné - Le Ministère de la Santé a joué deux rôles (prestataires de soins et gestion du régime) ; - Faible ancrage institutionnel ; - Les principes de base qui doivent régir le cadre institutionnel d'une CSU ne sont pas respectés ; - Difficultés de collaboration entre l'ANAM le SGTT ; - absence d'un fond de l'assurance maladie ; - Dysfonctionnement du mécanisme de mobilisation des ressources ; - Mise en place partielle du montage institutionnel ; - Vote tardif de la loi sur le RAMU ; 		<ul style="list-style-type: none"> - Voyage d'étude au Ghana et expérience des autres en matière de l'assurance
Loi RAMU	<ul style="list-style-type: none"> - Certains aspects de la loi sont pertinents 	<ul style="list-style-type: none"> - La vote tardif de la loi ; - La loi est muette sur la valorisation de l'existant en matière 'assurance maladie au Bénin - La loi ne respecte pas le principe de séparation des fonctions de gestion, de régulation et de contrôle 		<ul style="list-style-type: none"> - Les compétences existent pour élaborer un bon projet de loi - D'autres pays ont fait des progrès dans la mise en œuvre de la CSU

	Force	Faiblesse	Menaces	Opportunité
Choix Des Cibles	<ul style="list-style-type: none"> - Une bonne partie de la population n'est pas couverte par une assurance maladie - L'harmonie est assurée avec l'objectif du RAMU ; - Régime contributif et obligatoire ; - Principe de solidarité nationale est pris en compte 	<ul style="list-style-type: none"> - L'ordre d'intégration des cibles choisies a perturbé le déploiement du RAMU 	<ul style="list-style-type: none"> - L'implication trop poussé du politique 	<ul style="list-style-type: none"> - Les techniciens de l'assurance maladie existent pour mieux faire le travail
Choix Du Paquet De Services Couverts	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les sensibilités ont contribué - Panier complet et satisfaisant sur plan social - Harmonie avec les objectifs du RAMU 	<ul style="list-style-type: none"> - Les contraintes financières et le plateau technique ne sont pas suffisamment pris en compte ; - Déséquilibre financier - Paquet très large par rapport à la capacité contributive des ménages 	<ul style="list-style-type: none"> - Plateau technique limité 	<ul style="list-style-type: none"> - Réforme du secteur de la santé en cours - Appui des PTF
Choix De La Methode De Paiement Des Prestataires	<ul style="list-style-type: none"> Toutes les parties prenantes indispensables ont participé au processus du choix ; Les étapes proposées sont raisonnables 	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité de contrôle des services de soins fournis très mince 		
Methode De Communication	<ul style="list-style-type: none"> - Un plan intégré de communication a été élaboré ; - Appui de la Banque Mondiale - Diagnostic du processus de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Le plan de communication ne couvre que la phase de mise en œuvre du RAMU ; - Faible niveau de mise en œuvre du PIC ; - Manque de ressources financières et humaines pour la mise en œuvre du PIC ; - Le ministère de la communication n'est pas associée ; - Absence de dialogue social ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Implication du politique ; - Comportements nuisibles à l'adhésion du RAMU tant du côté de la population que des agents de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui des PTF - Plusieurs outils et moyens de communication existent
Zone Pilote Du Lancement	<ul style="list-style-type: none"> - Choix des zones sanitaires du volet 1 de la phase pilote approprié 	<ul style="list-style-type: none"> - Retard dans la mise en place des outils de mise en œuvre et de suivi-évaluation ; - Absence de document conceptuel pour la phase pilote et de feuille de route de mise en œuvre ; - Choix des zones sanitaires du volet 2 de la phase pilote n'est pas approprié. - Critères de choix de la zone pilote restrictifs ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Pression politique - Précipitation et improvisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui du Projet PRPSS

	Force	Faiblesse	Menaces	Opportunité
		- Les outils de mise en œuvre n'étaient pas finalisés avant le lancement		
Paiement Des Prestataires	<ul style="list-style-type: none"> - Conventions ont été signées - Assistance technique - Séance d'échange avec les prestataires de soins et dispensateurs de médicaments - Formations sur l'utilisation des feuilles de soins - Formations sur le remplissage des outils de mise de la prise en charge gratuite des pauvres extrêmes 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement tardif de protocoles et prix standards ; - Retard dans l'acheminement des feuilles de soins - Difficultés dans la collecte des feuilles de soins - Les engagements ne sont pas respectés - Non-respect du protocole de prise en charge des malades - Le secteur privé n'est pas pris en compte ; - Absence de barème des prix des prestations et médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> - Tentative de fraude - Les agents de santé n'ont pas adhéré au processus 	<ul style="list-style-type: none"> - Le potentiel du secteur privé - Les NTIC
Indicateurs De Performance	<ul style="list-style-type: none"> - Les parties prenantes ont été associées à l'élaboration ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Les outils ont été élaborés trop tardivement - Difficultés pour renseigner les indicateurs - Pas de lien entre le cadre stratégique du RAMU et les indicateurs - Absence de tableau de bord - Les bases de données ne sont pas logées à l'ANAM - Les activités prévues ne sont pas réalisées - Les indicateurs ne permettent pas de faire des comparaisons à l'échelle internationale ; - Absence de plan stratégique 		<ul style="list-style-type: none"> - Les ressources humaines sont disponibles pour faire le travail
Systeme de Suivi-Evaluation		<ul style="list-style-type: none"> - retard dans la mise en place des indicateurs et outils de mise en œuvre et de suivi-évaluation ; - Absence d'un système de suivi-évaluation - Retard dans la consolidation de la base de données sur la RAMU - Absence de plan stratégique 		
Performance		<ul style="list-style-type: none"> - Les données nécessaires pour le calcul des indicateurs ne sont pas disponibles - Retard dans la mise en place des indicateurs et outils de mise en œuvre et de suivi-évaluation ; - Retard dans la consolidation de la base de données sur la RAMU - Absence de plan stratégique 		
Systeme de Plaintes		<ul style="list-style-type: none"> - Aucun système de plaintes n'est mis en place 		

7. ENSEIGNEMENTS POUR LA CONCEPTUALISATION ET LA MISE EN ŒUVRE DE ARCH

7.1 Enseignements à prendre en compte pour la conceptualisation de ARCH

Au regard de l'analyse du processus de conceptualisation et de de mise en œuvre du RAMU et des orientations du volet assurance maladie de l'ARCH, les enseignements qu'il convient de tirer pour concevoir et conduire cette initiative se présentent ainsi qu'il suit :

7.1.1 Parties prenantes

- Faire une analyse des forces et faiblesses des parties prenantes pour chaque phase du projet : conceptualisation, mise en œuvre, et passage à l'échelle. L'absence d'une telle analyse a entraîné une mauvaise distribution des rôles et des difficultés dans la coordination du processus.
- Associer systématiquement le secteur privé dans la conceptualisation et mise en œuvre. Le secteur privé fourni près de 54% de soin de santé au Bénin et possède un grand potentiel. Son implication permettra d'exploiter ce potentiel et éviter que ces acteurs ne deviennent un blocage pour le processus.
- S'assurer de l'adhésion et de la prise en compte de toutes les parties prenantes et de la population via le plan de communication au début du processus. Une forte adhésion des parties prenantes durant tout le processus garantira un bon déroulement de toutes les phases. Lorsque la population est acquise à la cause, le niveau d'affiliation, de paiement et de renouvellement des cotisations seront élevés. Ceci garantie la durabilité du régime et la solidarité nationale a de fortes chances d'aboutir. Tout ceci demande un investissement dans la communication.
- Développer un plan stratégique de mise en œuvre réaliste avec des étapes et des indicateurs et faire le suivi de sa mise en œuvre. L'absence d'un tel plan est source de plusieurs dysfonctionnements notamment l'improvisation, la précipitation, le manque de réflexion, le pilotage à vue, laissant ainsi la place au politique de prendre de décisions mal éclairées. Sans le suivi de la mise œuvre, on ne peut garantir l'atteinte des résultats et corriger les dysfonctionnements ou perturbations qui pourraient subvenir.
- Assurer une meilleure coordination des interventions des PTF par la mise en place d'un plan d'appui conjoint et un mécanisme de coordination. Un plan d'appui conjoint facilite la coordination des PTF, permet aux PTF de s'aligner sur les priorités nationales et le suivi et la traçabilité de leurs appuis sont plus aisés.
- La coordination des interventions du gouvernement et son leadership, l'appropriation des parties prenantes, la transparence dans le processus et la bonne gouvernance sont indispensables pour assurer durablement le succès du régime.
- La volonté politique doit être présente et permanente à temps pour contrer les difficultés qui pourront ralentir et bloquer l'évolution de la mise en place de la place de la CSU.

7.1.2 Montage institutionnel

- La réflexion technique doit être mise au service du choix du cadre institutionnel de sorte à permettre au politique de prendre des décisions éclairées.
- Le cadre législatif et réglementaire est un préalable à la mise en place du montage institutionnel. Il permet non seulement de définir les règles et principes, de définir l'architecture institutionnelle du régime qui sera mise en place. Sa mise en place ne doit se faire dans les meilleurs délais pour permettre au cadre institutionnel d'avoir la légitimité qui lui revient.
- Les mauvais choix opérés en matière de montage institutionnel affectent tout le processus et sont source d'échec. En conséquence, la mise en place du cadre institutionnel doit privilégier un organe de gestion du régime d'assurance maladie, un organe de régulation et un fond pour assurer le financement du régime. Avec cette architecture, les trois (3) acteurs d'une CSU sont en place et les trois (3) principes de base à savoir (i) la séparation entre les orientations stratégiques et la tutelle de l'organe de gestion du régime, (ii) la séparation entre la fonction de financement du régime et la gestion du régime, et (iii) la séparation de la tutelle du fonds de l'organe de gestion du régime, sont respectés.

7.1.3 Choix de la cible

- L'étude actuarielle est incontournable pour réussir la mise en place d'une CSU. Elle permet de faire des choix raisonnés en ce qui concerne le ciblage de la population par rapport à la contribution de chaque catégorie.
- Le privilège accordé aux pauvres permet de faire jouer la solidarité nationale à leur profit.

7.1.4 Choix du paquet de soins

Le panier de soins doit être réaliste avec des services prioritaires, en phase avec le plateau technique et accessible à la population. Il doit être défini sur la base d'une étude actuarielle et tenir compte de la capacité contributive de la population.

7.1.5 Méthode de paiement des prestataires

Il est indispensable d'intégrer la performance dans le mécanisme de paiement des prestataires pour amener les agents qui interviennent dans la chaîne de paiement à être plus efficaces et plus efficaces. Le fait de prévoir des délais ne suffit pas pour qu'ils soient respectés. Il faut plutôt prendre des mesures ou prévoir des mécanismes d'incitation pour amener les agents à se conformer à ce qui est prévu.

7.2 Enseignements à prendre en compte pour la mise en œuvre de ARCH

7.2.1 Méthode de communication

La communication joue un rôle capital dans le processus de mise en œuvre de la CSU. Si elle est intégrée à toutes les étapes du processus, elle a un impact positif et efficace sur l'adhésion de la population, l'appropriation du régime d'assurance, et sur le déroulement de toutes les étapes du déploiement. Elle améliore aussi les comportements nuisibles au développement du régime d'assurance maladie. Un plan de communication intégré doit donc être développé et sa mise en œuvre doit

s'appuyer sur les structures existantes. Il doit être adapté au contexte sociologique et à chaque cible pour être efficace.

7.2.2 Phase pilote et zone pilote de lancement

- La phase pilote est primordiale pour corriger les failles éventuelles en vue de la généralisation du régime. Mais le choix de la zone doit se faire sur la base d'un certain nombre de critères pour un bon déroulement de la phase pilote.
- Le déroulement de la phase pilote doit s'appuyer sur le document conceptuel car il permettra de faire des choix raisonnés et de faire une planification conséquente.
- Une base de données et une bonne documentation de la phase pilote est indispensable pour les besoins d'analyse, et de gouvernance du régime en vue d'un passage à échelle.

7.2.3 Paiement des prestataires

- Il est indispensable de prévoir et de mettre en place à temps les outils de mise œuvre de l'assurance maladie. Car l'absence de ces outils ralentit le processus de paiement.
- Dès lors que les agents de santé maîtrisent les procédures et mécanismes de paiement et adhèrent au régime d'assurance, le paiement des prestataires bute à moins de difficultés.

7.2.4 Système de suivi-évaluation et indicateurs

La mise en place d'un régime d'assurance maladie universelle ne doit s'offrir de l'absence d'un mécanisme de suivi évaluation. En l'absence d'un système de suivi-évaluation, la gouvernance du régime est vouée à l'échec. Elle doit s'appuyer notamment sur une base de données régulièrement mise à jour, des indicateurs et des acteurs clés qui assurent la collecte, le traitement des données, la production régulière de rapport de suivi, et une prise en compte des conclusions de ces rapports dans la gouvernance du régime. La mise en place doit intervenir au début du processus. Les indicateurs retenus doivent permettre de mesurer les effets du régime.

7.2.5 Système de plaintes

Un système de plainte proche de la population est indispensable pour corriger au fur et mesure les dysfonctionnements du régime d'assurance maladie.

8. RECOMMANDATIONS

8.1 A l'Assemblée Nationale

1. Développer et voter le cadre législatif avant le lancement pour clarifier les objectifs, la stratégie de mise en œuvre, le rôle des parties prenantes, et les indicateurs de performance ;

8.2 Au Gouvernement

1. Susciter l'adhésion de la population ;
2. Développer une stratégie nationale de la Couverture de Santé Universelle pour le volet assurance maladie de l'ARCH et un plan stratégique de mise en œuvre avec une vision donnée, des objectifs, une stratégie de mise en œuvre incluant notamment le montage institutionnel, le mécanisme de suivi-évaluation et indicateurs de performance
3. Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication intégrée et mettre à disposition les moyens nécessaires pour sa mise en œuvre ;
4. Mettre en place une institution (mécanisme) qui gère la mise en œuvre de la phase pilote et lui accorder le pouvoir et les moyens (humain et financier) requis pour la mise en œuvre ;
5. Susciter une meilleure appropriation de l'initiative par les parties prenantes et la population à travers des dialogues inclusifs, l'inclusion de parties prenantes dans les instances de conceptualisation et mise en œuvre ;
6. Associer autant que possible les structures d'assurance privée, les mutuelles de santé, le secteur privé de santé dans les discussions et travaux en cours et à chaque étape du processus ;
8. Elaborer un plan d'appui détaillé des PTF et mettre en place un mécanisme de coordination.

8.3 A l'UCP-ARCH

1. Capitaliser les acquis du RAMU : les recommandations de la mission d'étude de faisabilité, les recommandations de la mission P4H, les travaux SGTT, la loi RAMU ainsi que les différents entrants dans le cadre du RAMU, les réalisations de l'ANAM telles que les documents techniques d'assurance maladie, outils conçus pour l'affiliation, la prise en charge des patients RAMU, le rapportage et pour le conventionnement, les infrastructures informatiques et biométriques, la base de données des adhérents, le matériel d'édition des cartes d'assurance maladie et les ressources humaines de l'ANAM.
2. Choisir la zone du pilote sur la base de critères connus : technique et politique – mais qui répondent aux capacités de mise en œuvre du mécanisme ;
3. Proposer un paquet minimum de soins/services – qui est dans l'enveloppe financière disponible et que les prestataires publics peuvent rendre disponible avec un investissement minimal ;
4. Réaliser une analyse approfondie des parties prenantes pour assurer une meilleure distribution des rôles et une coordination conséquente du processus. Ce travail a démarré avec le dialogue mais doit être approfondi pour la phase opérationnelle.

9. CONCLUSION

L'analyse de la conception et de la mise œuvre du RAMU a permis de constater que le gouvernement était décidé à implémenter une couverture sanitaire pour la population. C'est un besoin réel, important et urgent pour la population béninoise. Le processus avait bien démarré, mais la précipitation, les problèmes de coordination, de gouvernance, la mauvaise distribution des rôles, le vote tardif de la loi et la politisation de l'initiative ont conduit à des résultats peu reluisants.

L'assurance maladie universelle demeure une urgence pour la population béninoise. Sa réussite dépend d'une bonne préparation, organisation, planification et d'un bon pilotage de sa mise en œuvre. La capitalisation de cette expérience permettra de baliser un meilleur dispositif pour le projet ARCH.

ANNEXE A : LISTE DES PERSONNES INTERVIEWÉES

Nom	Prénom	Structure
Prof. KINDE-GAZARD	Dorothee	Ministère de la Santé
SOSSOU	Justin	Ministère de la Santé
KANGNIDE	Cosme	Ministère de la Fonction Publique
Dr BONI	Sonia	DG/ANAM
TCHIBOZO	Hugues	DGA/ANAM
Dr. HOUANGNI	Corneille	ANAM
DANHOUEGBE	Edmond	ANAM
LODJOU	Christian	ANAM
TOHOUNGODO	Dominique	ANAM
KINNENON	Richard	ANAM
SAGBO	Agnès	ANAM
AGBOHOLA	Rachidatou	ANAM
NAGoba	Hugues	ANAM
HAZOUME	Serge	NSIA
MISSIHOUN	Ricardo	USAID
KOULETIO	Michelle	USAID
SOGLOHOUN	Pascal	HFG
HEUTS	Marie	Ambassade de Belgique
KOTO	Yérima	CONSAMUS
Prof SOSSOU	Gilles	Université d'Abomey Calavi

ANNEXE B : GÉNÉRALITÉS SUR LE PROJET ARCH

I. Justification, stratégies et objectifs de développement du projet ARCH

Dans la perspective du renforcement du capital humain et de réduction de la pauvreté, le « gouvernement de la rupture » a complètement modifié la logique d'intervention de l'État en matière de protection sociale. Cette modification de la logique d'intervention a abouti à l'adoption le 3 Mai 2017, en conseil des ministres, du projet ARCH. Ce projet vise à accroître la capacité et l'accès aux services sociaux de base ainsi qu'aux opportunités économiques de façon durable et équitable aux béninois notamment les plus démunis. Le dispositif ARCH est le principal outil de mise en œuvre de la stratégie de protection sociale au Bénin. Il constitue un paquet de quatre (4) services de protection sociale (Assurance Maladie, formation, Micro-crédit et Assurance retraite) qui seront offerts à un guichet unique.

L'ARCH est essentiellement destiné aux couches les plus démunies des secteurs de l'agriculture, du commerce, du transport, de l'artisanat, de l'art et de la culture ainsi qu'aux personnes démunies sans activité. L'assurance maladie en est le volet principal.

Il est prévu que l'État assurera la prise en charge totale de l'assurance maladie des pauvres extrêmes et la prise en charge partielle des pauvres non extrêmes. Comme par le passé, l'assurance maladie sera rendue obligatoire par la loi pour toute personne résidant au Bénin. Afin de permettre aux employés d'en bénéficier, l'État, les employeurs du secteur privé et les professionnels individuels seront tenus de souscrire au minimum à une assurance maladie de base. Il en sera de même pour toutes les personnes du secteur informel n'entrant pas dans la catégorie de population prise en charge par l'État.

La mise en œuvre de l'ARCH sera assurée par une entreprise à capitaux publics dénommée Agence Nationale de Protection Sociale (ANPS). Des antennes départementales et communales seront installées pour assurer les services de l'ARCH sur toute l'étendue du territoire béninois. Compte tenu de la réglementation en vigueur, l'ANPS disposera d'un agrément de la CIPRES pour l'exercice de l'activité d'assurance maladie. L'ANPS sera habilitée à fournir l'assurance maladie de base à tous ceux qui le désirent. Un mandat de gestion de l'ANPS sera donné à une compagnie d'assurance du secteur privé.

2. Orientations stratégiques et principes de base du volet assurance maladie de l'ARCH

Le volet Assurance maladie de l'ARCH est régi par huit (8) principes de base et sept (7) orientations stratégiques.

Les huit (8) principes de base du service d'assurance maladie de l'ARCH sont : (i) la couverture universelle, (ii) l'approche contributive, (iii) la solidarité nationale, (iv) la responsabilité générale de l'État, (v) l'équité, (vi) la gestion participative, (vii) l'efficacité, (viii) le dialogue sociétal.

En ce qui concerne les orientations stratégiques, elles se présentent de la manière suivante : (i) la construction d'un système de couverture sanitaire universelle qui prend en compte les mécanismes de couverture du risque maladie déjà opérationnels dans le pays, (ii) l'option des adhésions familiales et de groupes, plutôt que les adhésions individuelles, (iii) l'option d'une identification biométrique des adhérents, afin de limiter les fraudes et abus, (iv) la définition d'un panier de soins accordant la priorité aux affections les plus courantes ainsi que celles affectant le plus grand nombre, (v) la promotion du partenariat Public/Privé dans la fourniture des prestations et le remboursement des prestataires ainsi que la gestion du dispositif, (vi) l'établissement d'une liste de médicaments remboursables basée en priorité sur les médicaments essentiels, (vii) l'institutionnalisation de la bonne gouvernance et de la gestion participative comme règles d'or de la mise en œuvre de l'ARCH.

Aussi, il faut noter que le service « Assurance Maladie » sera délivré sur la base d'un panier de soins, d'une liste de médicaments préalablement établie, d'une nomenclature des actes ainsi que de procédures claires d'accès, de délivrance et de paiement des prestations. Par ailleurs, il est prévu que certains dispositifs publics de couverture de risque maladie seront intégrés dans le projet ARCH pour des raisons d'efficacité, d'économie d'échelle et d'équité. Au nombre de celles-ci, on peut citer : le Fonds dédié à la protection sociale des artistes, la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale pour les acteurs du secteur informel, le Programme de la gratuité de Prise en Charge du paludisme des femmes enceinte et des enfants de 0 à 5 ans, le Programme National de Lutte contre le Paludisme, le Programme National de la Gratuité de la Césarienne, les Vaccinations obligatoires, Etc.

Par contre, les programmes spéciaux, dont le financement et le mode d'intervention correspondent à des logiques spécifiques d'intervention, suivants seront maintenus parallèlement à ARCH. Ces programmes sont : Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), Programme National de Lutte contre la Tuberculose, Programme Elargi de Vaccination (PEV), Programme National de Planning Familial, Mécanisme de prise en charge des dialysés.

3. Les composantes de l'ARCH

Le projet ARCH est subdivisé en trois (3) composantes qui se présentent ainsi : (i) Composante 1 : Système d'information et de gestion, (ii) Composante 2 : Fourniture des services, (iii) Composante 3 : Coordination suivi et évaluation et renforcement des capacités institutionnelles.

Composante 1 : Système d'information et de gestion. Pour avoir accès aux services de l'ARCH, le point de départ est l'enrôlement des adhérents. Il vise la distribution des cartes biométriques aux ménages ou aux bénéficiaires enrôlés sur différents sites.

Composante 2 : Fourniture des services. Cette composante vise la constitution de ressources financières. Ces ressources serviront de : (i) fonds de subvention pour primes d'assurance maladie des pauvres extrêmes et pauvres, pour leur garantir un accès aux différents services de ARCH, (ii) contribution à la constitution de fonds de pension pour le Volet Retraite de l'ARCH, (iii) fonds de subventions pour les activités de programme de formations pratiques et professionnelles ciblées en faveur des adhérents, (iv) fonds de roulement pour les activités de micro-crédits (dons ou lignes de crédits à des taux concessionnels) destinés notamment au financement d'activités génératrices de revenus au profit des plus vulnérables. Seront également financés par cette composante, le paiement des frais de gestion des différentes prestations par les partenaires de mise en œuvre durant les premières années.

Pour ce qui concerne de façon spécifique le volet Assurance de ARCH, il est prévu la sélection d'un assureur ou un consortium d'assureurs par appel à compétition pour assurer sa gestion professionnelle.

Composante 3 : Coordination suivi-évaluation et renforcement des capacités

institutionnelles. Au niveau de la composante 3, il sera mis en place un système de gestion et de suivi efficace pour le projet ARCH. La vocation de ce système est de faciliter et soutenir la création, la structuration et la mise en route de la société chargée de la fourniture du paquet de service de protection sociale. Les ressources affectées à cette composante seront affectées aux financements du coût de fonctionnement de l'équipe d'appui à la gestion du Projet, les activités de supervision et la mise en place et le fonctionnement du système de suivi et d'évaluation du Projet. Seront du ressort de cette composante, le renforcement institutionnel de la société d'économie mixte chargé de mettre en œuvre les activités du projet. Dans cette perspective, ses ressources serviront à ((i) la construction et la réhabilitation d'infrastructures d'accueil de la Direction Générale de la société ARCH, de ses agences départementales et cellules communales et (ii) le renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre et des bénéficiaires du Projet.

4. Les défis du projet ARCH

Les principaux défis de l'ARCH sont les suivants :

- L'amélioration de l'accès aux services sociaux de base.
- L'amélioration du niveau de vie des ménages les plus pauvres :
- La consolidation des régimes de sécurité sociale.
- L'extension de la sécurité sociale, notamment par le développement de la branche Assurance maladie et la couverture des acteurs du secteur informel et du monde rural.
- Renforcement du cadre législatif et réglementaire, des capacités institutionnelles et du financement de la protection sociale.

ANNEXE C : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

N°	Titre	Auteur
1	Rapport de la mission conjointe du réseau P4H (Providing for Health) Du 5 au 10 Février 2012	Ministère de la Santé et Providing for Health, Mars 2002
2	Mémo: Mission de suivi de la mise en œuvre des recommandations de la mission P4H de février 2012	Associates, Abt Associates Décembre 14, 2012
3	Décret n°2016-711 du 25 Décembre 2016, portant création, attribution, fonctionnement et organisation du comité technique de la conception et de l'élaboration du document du Projet ARCH	Présidence de la République
4	Note conceptuelle sur la communication et les dialogues inclusives Projet ARCH	UCP-ARCH
5	Document de projet : Dispositif de protection sociale des plus démunis	Avril 2017
6	Etude de faisabilité pour la mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) au Bénin	C. Penicaud, CREDES, 2011
7	Etude sur l'état des lieux et les perspectives de protection sociale au Bénin – Auteurs : A. Hodges, D. Médédji, JJ. Mongbo, Cl. O'Brien (2010) – Oxford Policy Management	UNICEF, Juillet 2011
8	Etude sur les mécanismes d'exemptions et de subvention soins au Bénin	Léon KESSOU, médecin économiste de la Santé Isidore SIELEUNOU, médecin économiste de la Santé, AEDES Belgique, Novembre 2011
10	Catégorisation des cibles, affiliation, immatriculation, financement des cas spéciaux	Ministère de la Santé, Janvier 2010
11	Sources de financement et gestion du régime d'assurance maladie universelle	Ministère de la Santé, Janvier 2010
12	Rapport d'étape RAMU	Hugues B. M. TCHIBOZO, Aristide ATEMENOU, Emmanuel EDON, Marcellin Ayi, Timothée ADEROMOU, Novembre 2011
13	Stratégie d'affiliation des cibles du RAMU	Ministère de la Santé/ AGENCE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE Mai 2016
14	Indicateurs et outils de suivi-évaluation de la prise en charge des bénéficiaires de l'assurance maladie universelle et pauvres extrêmes	Ministère de la Santé/ AGENCE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE Mai 2016
15	Rapport de restitution de la mission d'appui conjointe Cotonou (6 -10 février 2012)	Providing For Health (P4H)

17	Les Actes de l'Atelier N° 2 du SGTT/RAMU : Prise en Charge immédiate des détenteurs de la Carte RAMU, mode de Fonctionnement des Antennes Départementales de l'Agence National pour l'Assurance Maladie (ADANAM) et Mécanisme de Remboursement des prestations RAMU	Ministère de la Santé, Secrétariat Général du Ministère, Octobre 2013
18	Les Actes de l'Atelier N° 2 du SGTT/RAMU : Prise en Charge immédiate des détenteurs de la Carte RAMU, mode de Fonctionnement des ADANAM et Mécanisme de Remboursement des prestations RAMU.	Ministère de la Santé, Secrétariat Général du Ministère, Octobre 2013
19	Les Actes de l'Atelier N° 3 du SGTT/RAMU : Le Régime Assurance Maladie Universel au Bénin, conditions de mise en œuvre et de succès.	Ministère de la Santé, Secrétariat Général du Ministère, Février 2014
20	Le Régime Assurance Maladie Universel au Bénin : conditions de mise en œuvre et de succès.	Ministère de la Santé, Secrétariat Général du Ministère, Avril 2014
21	Point sur la mise en œuvre du RAMU	Ministère de la Santé, Secrétariat Général du Ministère, ANAM, Juillet 2015
22	N°2013-140 du 09 Juillet 2013 au Ministère de la Santé, un SGTT-RAMU	Ministère de la Santé, Secrétariat Général du Ministère, Juillet 2013
23	Stratégie nationale sur la couverture santé universelle Madagascar	Ministère de la Santé Publique de Madagascar, Décembre 2015
24	Rapport de la Mission d'appui technique sur les modalités de mise en œuvre du dispositif d'assurance santé à Madagascar	Evariste Lodi Okitombahe, Adanmavokin Justin Sossou, Virgile Pace, François Boillot, 2016
25	Loi N° 2015-42 du 07 Mars 2016 portant institution du RAMU en République du Bénin	Présidence de la République, 2016
26	Arrêté interministériel N° 139/MS/MTFP/MFASSNHPTA/DC/SMG/CTJ/DG-ANAM/SA portant identification des formations sanitaires et centres de santé de diagnostic à conventionner dans le cadre du RAMU du 09 Juillet 2013	Ministère de la Santé, Ministère du Travail et de la Fonction Publique, Ministère de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes du Troisième Age, 2013
27	Arrêté interministériel N° 138/MS/MTFP/MFASSNHPTA/DC/SMG/CTJ/DG-ANAM/SA portant institution de la liste de médicaments remboursables dans le cadre du RAMU	Ministère de la Santé, Ministère du Travail et de la Fonction Publique, Ministère de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes du Troisième Age, 2013
28	Décret N°2011-089 du 08 Mai 2012, portant création de l'ANAM	Présidence de la République, 2012
29	Arrêté interministériel N° 137/MS/MTFP/MFASSNHPTA/DC/SMG/CTJ/DG-	Ministère de la Santé, Ministère du Travail et de la Fonction

	ANAM/SA portant institution d'un panier de soins dans le cadre du RAMU	Publique, Ministère de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes du Troisième Age, 2013
30	Arrêté 2011 N°0008/MS/SGM/DRFM/SA	Ministère de la santé, 2012
31	Guide d'information et de sensibilisation sur le RAMU	Ministère de la santé, ANAM, 2013
32	Plan Intégré de Communication sur le RAMU (2014-2018)	Ministère de la santé, ANAM, 2014
33	Manuel sur l'assurance maladie : comment l'opérationnaliser.	L'Agence des États-Unis pour le développement international. Projet Health Systems 20/20
34	RGPH4 : Que retenir des effectifs de population en 2013 ?	Institut Nationale de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE)

ANNEXE D : LES MÉCANISMES D'EXEMPTION DES SOINS DE SANTÉ AU BÉNIN

Les différents mécanismes d'exemption/subvention en place au Bénin.

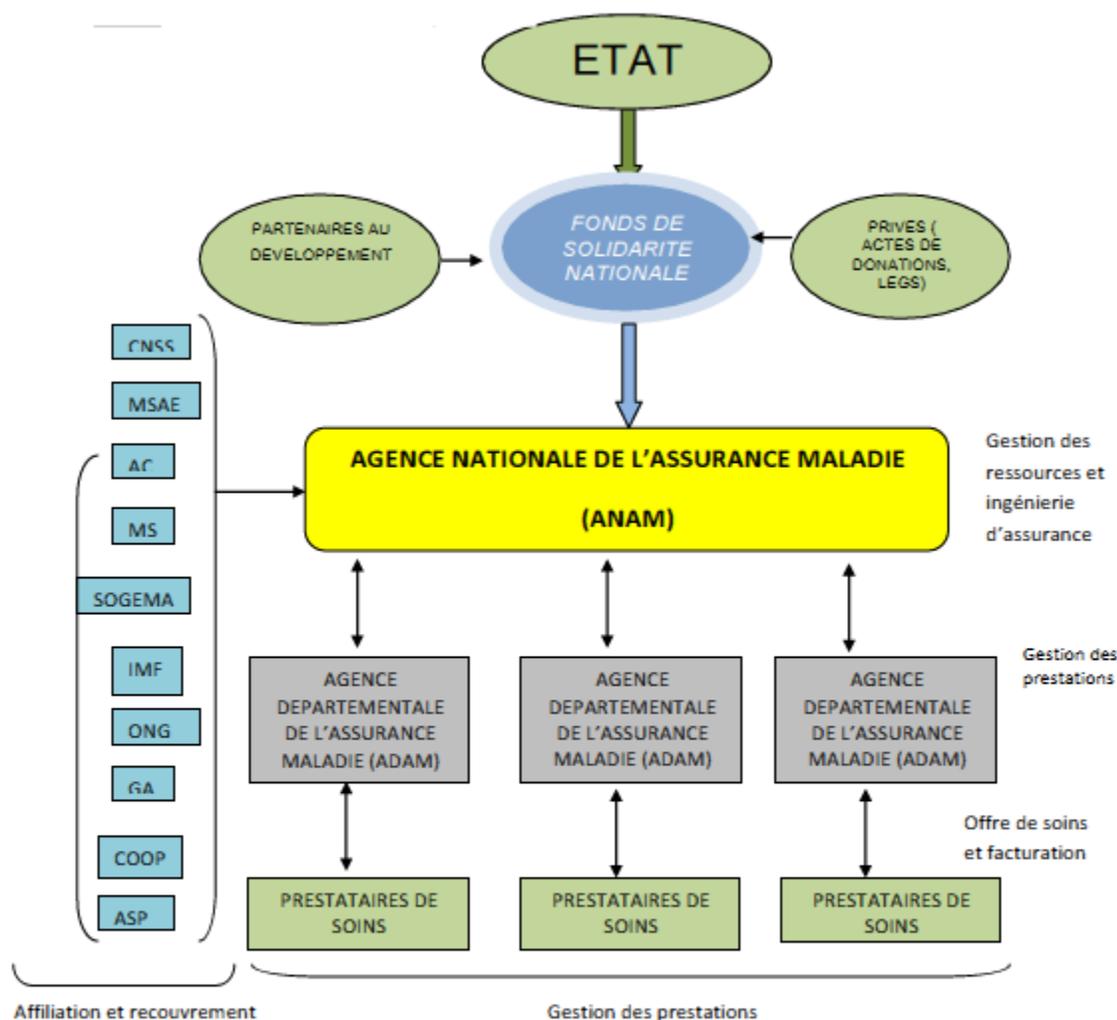
Quatre grands groupes comptant dix-neuf (19) mécanismes de subvention des soins de santé au Bénin existent au Bénin. On distingue :

1. Les mécanismes publics de subvention/exemption des agents de l'Etat (essentiellement financés par le Budget National), et qui comptent :
 - a) Le mécanisme de prise en charge sanitaires des fonctionnaires en activité ou à la retraite,
 - b) Le mécanisme de prise en charge sanitaire des membres et agents des Institutions de la République ;
 - c) Le mécanisme de prise en charge sanitaire des personnalités de la nation.
2. Les mécanismes publics d'assistance sanitaire (essentiellement financés par le Budget National), où se comptent :
 - a) Le Fonds d'urgence aux évacuations sanitaires ;
 - b) Le Fonds d'assistance sanitaire (les hémodialysés) ;
 - c) Le Fonds sanitaire des indigents (FSI) ;
 - d) Le mécanisme de gratuité de la césarienne ;
 - e) Le mécanisme de subvention de la transfusion sanguine.
3. Les mécanismes de subvention/exemption à financement mixte visant le contrôle des maladies, où l'on distingue :
 - a) Le mécanisme de subvention du Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
 - b) Le mécanisme de subvention des vaccinations internationales ;
 - c) Le mécanisme d'exemption des frais de prise en charge des épidémies,
 - d) Le mécanisme d'exemption des frais de prise en charge du VIH/SIDA ;
 - e) Les mécanismes de subvention du Paludisme ;
 - f) Le mécanisme d'exemption des frais de la Tuberculose ;
 - g) Le mécanisme d'exemption des frais de prise en charge de la Lèpre et de l'Ulçère de Buruli ;
 - h) Le mécanisme d'exemption des frais de l'onchocercose et des filarioses.

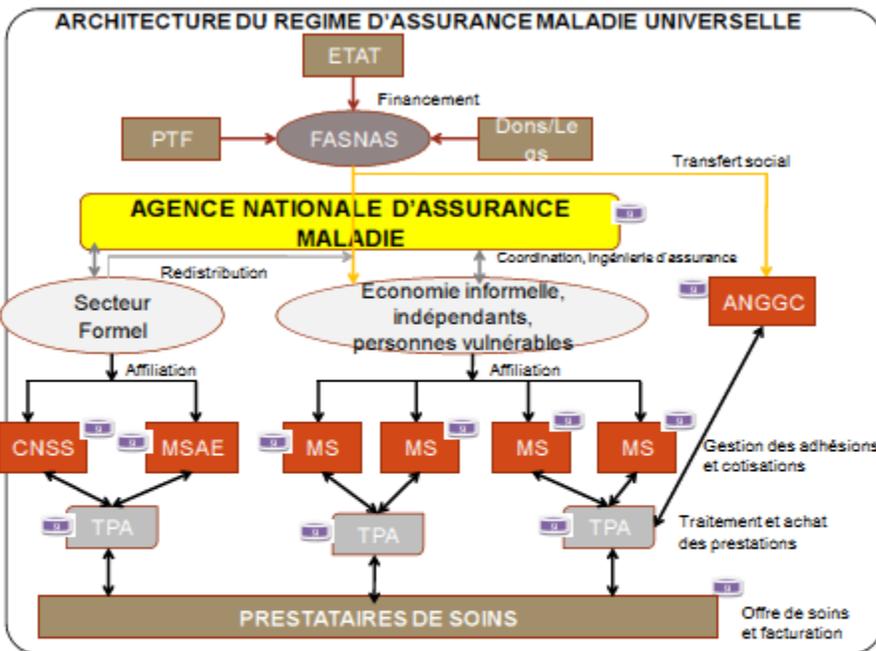
4. Les mécanismes de subvention/exemption essentiellement portés par les PTF, qui comptent :
 - a) Le mécanisme de prise en charge des Fistules obstétricales ;
 - b) Le mécanisme d'exemption des frais de prise en charge des cas de malnutrition ;
 - c) Le mécanisme d'exemption des frais de promotion de la Nutrition, de la Vaccination, de la lutte contre le Paludisme, la Diarrhée et l'Infection Respiratoire Aigüe.

ANNEXE E : GRAPHIQUES DE L'ARCHITECTURE DU RAMU

Ces graphiques sont extraits de *Processus de mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) au Bénin : Rapport d'étape au 30 Novembre 2011* | Rédigé par : Hugues TCHIBOZO, Aristide ATEMENOU, Emmanuel EDON, Marcellin AYI, Timothée ADEROMOU, Cosme KANGNIDE. : Pages 16, 21, 23, et 25



Légende : CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale ; MSAE : Mutuelle de Santé des Agents de l'État ; AC : Associations Communautaires ; MS : Mutuelles de Santé ; SOGEMA : Société de Gestion des Marchés ; IMF : Institutions de Micro Finances ; ONG : Organisations Non Gouvernementales ; GA : Groupements Agricoles ; COOP : Coopératives ; ASP : Associations Socio Professionnelles.



Légende: PTF : Partenaires Techniques et Financiers ; FASNAS : Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale ; CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale ; MSAE : Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat ; MS : Mutuelles de Santé ; TPA, Administrateurs Tiers Payants ; SI : Système d'Information.

