

LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE (CSU) DANS LES ETATS D'AFRIQUE DE L'OUEST : ENTRE TEXTES ET REALITE

Dr Vincent ZAKANE
Enseignant-chercheur, Maître-assistant
UFR/Sciences juridiques et politiques
Université Thomas Sankara

Plan

I. Une politique publique abondamment consacrée par les textes

A. *Le cadre politique de la CSU*

1. Le cadre politique international
2. Le cadre politique national

B. *Le cadre juridique de la CSU*

1. Les instruments juridiques internationaux
2. Les instruments juridiques nationaux

II. Une politique publique faiblement mise en œuvre dans la réalité

A. *Les progrès indéniables dans la mise en œuvre de la CSU*

1. La création d'organismes de gestion de la CSU
2. L'établissement de régimes juridiques de la CSU

B. *Les limites de la mise en œuvre de la CSU*

1. Les limites tenant à l'opérationnalisation de la CSU
2. Les limites liées au mécanisme de financement de la CSU

Introduction

« *La couverture universelle en matière de santé constitue le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir* »¹. Cette affirmation du docteur Margaret Chan, alors Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), faite lors de son allocution à la 65^{ème} Assemblée mondiale de la Santé tenue à Genève en mai 2012, traduit à elle seule l'importance grandissante que la communauté internationale accorde, désormais, à ce qu'il convient d'appeler la « *Couverture sanitaire universelle (CSU)* ». En effet, l'accès des populations aux soins de santé dont elles ont besoin et dans des conditions financières abordables constitue, aujourd'hui, une préoccupation majeure de la communauté internationale dans son ensemble et

¹ Extrait de l'Allocution du Dr Margaret Chan, Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé, à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, le 21 mai 2012. Document disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/80673>.

une priorité pour tous les Etats, développés ou en développement. Le droit à la santé et le droit à la protection sociale étant des droits universellement reconnus, la plupart des Etats s'accordent pour reconnaître la nécessité de créer des conditions propices à l'accès aux soins et aux services de santé pour toutes leurs populations, y compris les franges les plus démunies².

A cet égard, force est de reconnaître que, depuis l'adoption, en 2000 par l'Assemblée générale des Nations Unies, des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)³, d'immenses progrès ont été réalisés à travers le monde en matière d'accès aux soins de santé et d'amélioration de la santé des populations. Certaines maladies ont connu un recul significatif (VIH-Sida, Tuberculose), tandis que d'autres ont été éradiquées ou sont en voie de l'être (fièvre jaune, poliomyélite, choléra). La mortalité maternelle et infantile a baissé dans de nombreux pays pauvres et l'espérance de vie s'est améliorée en conséquence dans ces pays⁴. En Afrique en particulier, d'importants progrès ont été enregistrés entre 1990 et 2015 en matière de santé des populations. La mortalité infantile en Afrique subsaharienne et en Afrique du Nord a baissé respectivement de 54% et de 67%. Pour la même période, la mortalité maternelle a également baissé en Afrique subsaharienne de 45% et en Afrique du Nord de 59%. Le nombre de décès liés au VIH-Sida a également fortement diminué entre 2010 et 2015. La mortalité liée au paludisme a diminué de moitié entre 2005 et 2015⁵.

Cependant, malgré ces progrès indéniables, des centaines de millions de personnes à travers le monde éprouvent de grandes difficultés pour accéder aux services et aux soins de santé et sont confrontées en permanence à des risques de maladies qui les confinent souvent à une situation de précarité, ou les précipitent dans la pauvreté. Cette situation, qui frappe surtout les pays pauvres, est cependant très variable d'une région à une autre, d'un pays à un autre et même à l'intérieur d'un même pays⁶. Le continent africain est, sans doute, le plus défavorisé. Les taux de mortalité infantile et maternelle y sont encore les plus élevés au monde malgré les progrès indéniables de ces dernières décennies. La précarité sanitaire des populations dans les Etats en développement aggrave leur pauvreté et engendre à leur égard une injustice susceptible de compromettre la jouissance de leurs droits à la santé et, partant, celle de nombreux autres droits.

C'est pourquoi, la communauté internationale s'est mobilisée, depuis quelques années, en faveur de la « couverture sanitaire universelle » (CSU), présentée comme la solution au déficit sanitaire dans le monde et comme un instrument efficace de lutte contre la pauvreté, de réalisation de la justice sociale et de concrétisation du droit fondamental à la santé dans les pays

² Lire à ce sujet : Margot NAULEAU, Blandine DESTRENMAU et Bruno LAUTIER, « 'En chemin vers la couverture sanitaire universelle' ». Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé », *Revue Tiers Monde*, 2013/3, n° 215, pp. 129-148.

³ Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) étaient un programme de développement des Nations Unies adopté par les dirigeants du monde à l'occasion du Sommet du Millénaire tenu au siège des Nations Unies à New York en septembre 2000, pour une période de 15 ans. Ils définissaient huit objectifs prioritaires de développement que les Etats du monde s'étaient engagés à réaliser à l'horizon 2015. Parmi ces huit OMD figurait en bonne place l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les populations.

⁴ Voir à ce sujet : Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 2013. La recherche pour la couverture sanitaire universelle*, Genève, publication OMS, 2013, 148 p.

⁵ Cf. Banque mondiale, OMC, JICA, Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, BAD, *La couverture sanitaire universelle en Afrique : Un cadre d'action*, 2016, document publié en ligne, à l'adresse : <http://pubdocs.worldbank.org/en/366291472219573738/UHC-IN-AFRICA-FR.pdf>, consulté le 18/12/2020.

⁶ Organisation mondiale de la santé (OMS), *Plus sain, plus juste, plus sûr. L'itinéraire de la santé dans le monde, 2007-2017*, Genève, OMS, 2017, 76 p., spéc. pp. 16-24.

en développement. La CSU figure, désormais, dans les programmes de développement des Nations Unies et de nombreuses organisations régionales et dans les priorités de politiques publiques de nombreux gouvernements, notamment, dans les **Etats** en développement et surtout dans ceux du continent africain. Aujourd'hui, quasiment tous les pays, quel que soit leur niveau de développement et de revenu, aspirent à offrir à leurs populations une Couverture Sanitaire Universelle à la mesure de leur possibilité. Ainsi, à l'instar des autres pays en développement en général et des autres **Etats** africains en particulier, les **Etats** ouest africains se sont engagés à mettre en place, sur leurs territoires respectifs, une CSU⁷.

La Couverture sanitaire universelle peut être définie comme un système de protection sociale permettant de faire en sorte que tous les individus dans une société ou dans un Etat aient accès aux soins de santé dont ils ont besoin, à des coûts abordables et sans s'exposer à des risques financiers. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la CSU « *consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers* »⁸. Cette définition institutionnelle de la CSU, de type téléologique, met l'accent sur trois objectifs visés par celle-ci : l'accès équitable et universel de la population aux soins de santé dont elle a besoin, la qualité des soins de santé pour répondre efficacement à **ses** besoins de santé et la protection financière qui doit éviter de l'exposer à des difficultés financières. Elle se caractérise, notamment, par son universalité, c'est-à-dire son ambition de couvrir toute la population ou, à tout le moins, la grande majorité de celle-ci, au sein d'un Etat, d'une société ou d'une communauté. Il s'agit, en quelque sorte, de favoriser l'accès de tous les citoyens à des soins de santé de qualité, tout en réduisant le fardeau du coût financier de l'accès à ces soins, dans un contexte marqué par le paiement direct par les ménages des services de santé dont ils ont besoin.

La CSU apparaît ainsi comme un système de protection sociale qui vise à protéger la population contre le risque maladie et le risque financier. Il s'agit donc d'un mécanisme de sécurité sociale qui est destiné à protéger les individus contre le risque maladie auquel ils peuvent être exposés au cours de leur cycle de vie. La protection sociale ou sécurité sociale est, selon l'Organisation internationale du travail (OIT), « *l'ensemble des politiques et des programmes visant à réduire et à prévenir la pauvreté et la vulnérabilité tout au long du cycle de vie* »⁹. Elle constitue une forme d'assurance sociale permettant de prendre en charge divers risques sociaux des individus à travers des prestations sociales. Elle comporte généralement, selon les pays et les systèmes, plusieurs branches de protection, parmi lesquelles les prestations à l'enfance et aux familles, la protection de la maternité, les aides aux chômeurs, les prestations en cas d'accident de travail et de maladie professionnelle, les prestations au profit des personnes âgées, les prestations d'invalidité, les prestations aux survivants et les prestations au profit des

⁷ Cf. Zine Eddine El Idrissi Moulay Driss, ÖZALTIN Emre, HAAZEN Dominic, JUQUOIS Maud, *Couverture sanitaire universelle et secteur informel en Afrique de l'Ouest francophone : Etat actuel, perspectives et proposition d'orientations stratégiques*, Washington DC, Groupe de la Banque mondiale, 2018, 84 p.

⁸ Voir site web de l'OMS : https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr, consulté le 20/12/2020. Voir aussi : Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle*, Genève, éd. OMS, 2010, 120 p.

⁹ Organisation internationale du travail (OIT), *Rapport mondial sur la protection sociale 2007-2017. Protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable*, Genève, BIT, 2017, p. 2.

malades. La sécurité sociale permet ainsi, dans un pays, de protéger les individus contre des aléas sociaux et d'éviter qu'ils basculent dans la pauvreté et la précarité tout au long du cycle de vie.

En tant que branche de la sécurité sociale permettant la prise en charge des risques sociaux liés à la maladie, la couverture sanitaire, encore appelée assurance maladie ou assurance santé, n'a rien de nouveau. Elle existait déjà dès le début du XX^{ème} siècle dans le système de sécurité sociale de nombreux pays développés qui, sous l'influence des idées du célèbre économiste britannique Sir William Beveridge, avaient mis en place des systèmes de protection sociale contre la maladie au profit de certaines couches sociales. En France, par exemple, le régime de l'assurance maladie a été institué dès 1945 au sortir de la seconde guerre mondiale par deux ordonnances créant un régime d'assurance maladie obligatoire de base et un régime d'assurance volontaire. Ce système d'assurance maladie s'est développé progressivement avec l'adoption de plusieurs lois, avant d'être universalisé par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle¹⁰.

Cependant, la couverture sanitaire visant à protéger toute la population dans un pays contre le risque maladie ou couverture sanitaire universelle est une initiative relativement récente. Elle a été lancée pour la première fois en 2005 lors de la 68^{ème} Assemblée mondiale de la Santé. Mais, c'est surtout depuis 2010 avec la publication du Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2010, que le concept de CSU s'est popularisé et s'est imposé dans le débat public et dans les institutions internationales¹¹. La consécration, en 2015, de la CSU comme un sous-objectif du nouveau Programme de développement des Nations Unies (les objectifs de développement durable) en fait désormais une priorité de l'agenda mondial¹².

Depuis lors, le concept de la couverture sanitaire universelle ne cesse de se développer à travers le monde. De nombreux pays développés, qui disposaient déjà d'un système d'assurance maladie très développé, se sont engagés vers son universalisation à travers une extension à l'ensemble de la population. Sous l'influence de l'OMS et de la Banque mondiale, la plupart des pays en développement ont entrepris, depuis une dizaine d'années, de mettre en place sur leur territoire des systèmes nationaux de couverture sanitaire universelle.

Cet engouement mondial pour la CSU s'explique fondamentalement par ses enjeux à la fois sanitaires, socio-économiques, politiques et juridiques. En effet, la CSU vise, avant tout, à garantir l'accès des individus aux services et aux soins de santé dont ils ont besoin, par la mise en place de régimes d'assurance maladie couvrant toute la population. De ce point de vue, son enjeu principal réside dans la couverture sanitaire des couches sociales défavorisées qui ne peuvent participer à un système d'assurance maladie privé ou public payant, en raison de la faiblesse de leurs revenus. La CSU permet également d'assurer un financement pérenne et durable du système de santé, tout en protégeant la population contre la pauvreté et en

¹⁰ Cf. Jean-François CHADELAT, « La couverture maladie universelle », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2012/1, n° 5, pp. 101-113.

¹¹ Voir Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle*, Genève, OMS, 2010, 120 p. Voir aussi Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 2013. La recherche pour la couverture sanitaire universelle*, Genève, OMS, 2013, 149 p.

¹² Voir à ce sujet : Organisation mondiale de la Santé (OMS), Groupe de la Banque mondiale, *Systèmes de santé pour une couverture santé universelle – une vision commune pour la santé de tous*, Genève, OMS, 2018, 14 p.

garantissant la productivité économique optimale des individus du fait de l'amélioration de leur état de santé général. Elle revêt, dès lors, des enjeux économiques considérables. Sur le plan politique, la CSU apparaît comme un formidable instrument de réalisation de la justice sociale, dans la mesure où elle permet non seulement de protéger les couches sociales défavorisées contre la pauvreté, mais également de favoriser une nouvelle forme de redistribution des revenus, du fait de la mise en place d'un système de contribution tenant compte des niveaux de revenu des différents bénéficiaires¹³. D'un point de vue juridique, la CSU apparaît comme un instrument de réalisation du droit à la santé et du droit à la sécurité sociale. C'est pourquoi, elle est parfois présentée comme un instrument de réalisation d'un « *développement durable inclusif* »¹⁴.

Toutefois, la mise en œuvre d'un tel système de protection sociale dans les Etats en développement n'est guère aisée, compte tenu de la faiblesse des ressources financières de ces Etats, de l'ampleur de la pauvreté de leurs populations et de l'importance du secteur informel dans l'économie. Pour les Etats africains en général et ceux ouest africains en particulier, où la protection sociale est très faiblement organisée et où les systèmes de santé sont encore faibles et fragiles, la mise en place de la CSU constitue un immense défi. Elle soulève, en pratique, des problèmes de choix de système de couverture sanitaire, des sources de financement des services et soins de santé, du paquet de soins à offrir aux bénéficiaires, ainsi que du cadre institutionnel de mise en œuvre. Mais, au-delà des questions pratiques, elle soulève, au plan du droit, des questions juridiques spécifiques. La question juridique centrale qu'elle soulève est celle de savoir dans quelle mesure les Etats ouest africains traduisent dans leurs dispositifs normatifs et institutionnels la CSU en tant qu'instrument de politique publique visant à garantir l'accès aux soins de santé de leurs populations.

Cette question peut être abordée sous plusieurs angles juridiques. D'abord, elle peut être analysée sous l'angle des droits humains, dans la mesure où la CSU peut être perçue comme un instrument de réalisation des droits à la santé et à la sécurité sociale. Elle peut aussi être abordée sous le prisme du droit du travail et de la sécurité sociale, la CSU constituant un mécanisme de protection sociale innovant permettant de mettre en place ou d'étendre une branche de sécurité sociale, celle de la couverture maladie. Par ailleurs, la question peut être examinée dans une perspective de droit administratif, dans la mesure où la CSU mise en place par l'administration peut être perçue comme un service public destiné à répondre à des besoins spécifiques des usagers des services publics de santé. Mais, elle peut également être abordée dans le cadre du droit public économique, la CSU pouvant être considérée comme un instrument d'intervention de l'Etat et des pouvoirs publics dans l'économie, notamment dans l'économie de la santé, à des fins de protection sociale de la population. La présente réflexion s'inscrit dans cette dernière perspective. Elle a pour objectif de souligner l'importance de la CSU dans les pays ouest

¹³ Sur les avantages et enjeux de la CSU, voir : Slim HADAD, Florence MORESTIN, « La contribution de l'assurance aux politiques de lutte contre la pauvreté », in Gilles DUSSAULT, Pierre FOURNIER, Alain LATOURMY, *L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, éd. Banque mondiale, Washington DC, 2006, pp. 401-430 ; Margot NAULEAU, Blandine DESTREMAU ET Bruno LAUTIER, « 'En chemin vers la couverture sanitaire universelle'. Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé », *Revue Tiers Monde*, 2013/3, n° 215, pp. 129-148.

¹⁴ Cf. Groupe de la Banque mondiale, *Une couverture sanitaire universelle pour un développement durable inclusif. Une synthèse de 11 études de cas pays*, éd. Banque mondiale, Washington DC, 2015, 68 p.

africains en tant qu'instrument de politique publique visant des objectifs de protection sociale de la population dans le secteur spécifique de la santé.

A cet égard, engager une réflexion sur « *La couverture sanitaire universelle dans les Etats d'Afrique de l'Ouest : Entre textes et réalité* » n'est pas sans intérêt, tant au plan scientifique que d'un point de vue pratique. Cette étude donne, en effet, l'occasion d'engager une réflexion sur un instrument de politique publique innovant qui est peu exploré sous l'angle du droit¹⁵. Elle permet également d'apprécier la portée réelle du concept de la CSU dans le contexte particulier des Etats ouest africains. D'ailleurs, l'étude porte sur une des préoccupations majeures actuelles des Etats africains qui sont constamment confrontés à des défis sanitaires et qui s'efforcent de trouver des solutions idoines pour répondre efficacement aux besoins de santé croissants de leurs populations. L'objet de l'étude est d'autant plus actuel que la pandémie de la Covid-19, qui sévit à travers le monde depuis le mois de mars 2020, a clairement montré l'importance des systèmes de santé publique dans tous les pays et souligné la faiblesse des systèmes de santé publique dans les Etats en développement en général et dans les Etats africains en particulier¹⁶.

Dans cette perspective, l'examen des initiatives prises par les Etats ouest africains pour mettre en œuvre sur leurs territoires respectifs la CSU, ainsi que l'analyse des textes qu'ils ont adoptés à cet effet, confrontés à leurs pratiques en la matière, permettent de faire deux constats majeurs autour desquels s'articulera la présente réflexion : d'une part, la CSU constitue une politique publique largement consacrée par les textes dans les Etats ouest africains qui se trouvent ainsi engagés à la mettre en œuvre sur leurs territoires respectifs (I) et, d'autre part, elle est faiblement assurée dans la réalité, en raison des immenses défis auxquels restent confrontés les Etats ouest africains dans sa mise en œuvre (II).

I. Une politique publique abondamment consacrée par les textes

La CSU s'est imposée aux Etats africains depuis une dizaine d'années comme un impératif de santé publique, comme un instrument de réalisation du droit à la santé de leurs populations et comme un outil essentiel de lutte contre la pauvreté et de promotion du développement durable. Aujourd'hui, la plupart des Etats africains se sont engagés à la mettre en œuvre sur leurs territoires respectifs. Ils ont adhéré à des textes internationaux et régionaux obligatoires et non-obligatoires qui préconisent cette politique et se sont dotés de textes nationaux qui établissent un cadre normatif et institutionnel national de mise en œuvre de la CSU. En tant que politique publique innovante, la CSU bénéficie donc, dans les Etats ouest africains, d'une large consécration par les textes qui traduisent leur volonté politique et leur engagement au plan du

¹⁵ La CSU a fait l'objet d'une abondante littérature depuis la publication du Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2010. Mais, la plupart de ces études ont été menées par des économistes de la santé ou des sociologues. Les analyses juridiques sont plutôt rares. Voir à titre d'exemple : Clotilde OHOUOCHI, *L'assurance maladie universelle (AMU) en Côte d'Ivoire*. Enjeux, pertinence et stratégie de mise en œuvre, Paris, L'Harmattan, 2015, 182 p. ; Valéry RIDDE (dir.), *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne*, Québec, Ed. Science et Bien commun, 2021, 827 p.

¹⁶ Lire à ce sujet : Organisation mondiale de la santé (OMS), *Note de synthèse : La COVID-19 et la couverture sanitaire universelle*, Genève, éd. OMS, octobre 2020, 29 p.

droit en faveur de cette politique publique¹⁷. Ces textes établissent ainsi un cadre politique (A) et un cadre juridique favorable à la CSU (B).

A. Le cadre politique de la CSU

Convaincus que la CSU permet d'améliorer leurs systèmes nationaux de santé publique, de garantir à terme le financement des dépenses de santé et de répondre aux besoins croissants de leurs populations en matière de santé, les Etats ouest africains se sont tous résolument engagés à la mettre en œuvre sur leurs territoires respectifs, depuis une dizaine d'années. Ils ont, à cet égard, adhéré à de nombreux instruments internationaux et régionaux non-obligatoires qui engagent les Etats participants à mettre en œuvre la CSU et ont mis en place, au plan interne, diverses politiques et stratégies nationales de mise en œuvre de la CSU. Le cadre politique de la CSU est donc constitué du cadre politique international (1) et du cadre politique national (2) qui relèvent, à vrai dire, de la *soft law*.

1. Le cadre politique international

La volonté politique des Etats ouest africains de mettre en œuvre la CSU trouve, avant tout, son origine dans les programmes et politiques élaborés par les institutions internationales et régionales chargées des questions de santé et de protection sociale. L'idée d'une couverture sanitaire universelle bénéficiant à tous et dans des conditions financières accessibles a été conçue et développée d'abord sous les auspices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'Organisation internationale du Travail (OIT). Elle est l'aboutissement de l'évolution des politiques internationales de santé adoptées successivement par l'OMS et des politiques de protection sociale de l'OIT.

Déjà, lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata (URSS) du 6 au 12 septembre 1978, l'OMS avait reconnu que la santé constitue un droit humain fondamental et avait déclaré que l'accès aux soins de santé primaires devrait être accessible à tous. La Déclaration d'Alma-Ata avait, en conséquence, appelé tous les gouvernements à élaborer au plan national des politiques, stratégies et plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans leur système national de santé¹⁸. En mai 1979, l'Assemblée mondiale de la Santé a entériné cette Déclaration d'Alma-Ata et adopté la Stratégie mondiale de la « Santé pour tous » d'ici l'an 2000, comme priorité dominante de l'OMS.

Afin de donner une suite aux recommandations de la Déclaration d'Alma-Ata, les ministres africains de la santé, réunis en conférence à Bamako en 1987, sous l'impulsion de l'OMS et de

¹⁷ Cf. David CLARKE, Dhupa RAJAN et Gérard SCHMETS, « Créer un environnement juridique favorable à la couverture sanitaire universelle », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2016 ; 94 : 482, article disponible en ligne à l'adresse : <http://doc.doi.org/10.2471/BLT.16.173591>, consulté le 23/11/2020.

¹⁸ Cf. Organisation mondiale de la Santé, *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*, 12 septembre 1978, document disponible en ligne à l'adresse : https://www-who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration ; voir aussi Yves BEIGBEDER, *L'Organisation mondiale de la Santé*, Genève, Ed. Graduate Institute Publications, 1995, 206 p., spéc. p. 9-28.

l'UNICEF, ont adopté l'Initiative de Bamako sur les soins de santé primaires en Afrique¹⁹. Par cette Initiative, les Etats africains se sont engagés non seulement à promouvoir les soins de santé primaires en Afrique conformément aux recommandations de la Déclaration d'Alma-Ata, mais en outre à mettre en œuvre des politiques de santé publique favorables à la participation communautaire à la gestion des formations sanitaires et à la prise en charge des soins de santé. Il s'agissait, en réalité, de faire participer les usagers aux soins de santé dont ils avaient besoin, notamment, en payant directement les frais desdits soins. De telles politiques, fortement encouragées par les institutions financières et monétaires internationales (Banque mondiale, Fonds monétaire international)²⁰ et qui intervenaient dans un contexte global de crise économique dans les Etats en développement et de réformes économiques caractérisées par les programmes d'ajustement structurel (PAS), revenaient à mettre fin au système de gratuité d'accès aux soins de santé mis en place par la plupart des Etats africains au lendemain de leur accession à l'indépendance dans les années 1960-1970. Elles visaient à libéraliser le secteur de la santé, à faire prendre en charge les frais des soins de santé directement par les usagers et à diminuer les dépenses de santé de l'Etat alors jugées trop budgétivores²¹.

La mise en œuvre de ces politiques libérales soutenues par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international a conduit à la mise en place, dans les Etats africains, des systèmes de santé caractérisés par le paiement direct des soins de santé par les ménages. Cependant, après près de deux décennies de mise en œuvre, ces politiques ont entraîné dans ces pays une réduction drastique du financement public de la santé, une désaffectation des centres de santé publics par les usagers au profit de la médecine traditionnelle et un effondrement subséquent du système de santé publique. Elles ont également induit une privatisation des soins de santé et un appauvrissement accru de la population, par suite de l'augmentation des dépenses de santé des ménages²².

Les échecs de ces politiques libérales de santé publique sont en partie à la base de l'option en faveur de la CSU. C'est en 2005 que l'OMS a invoqué pour la première fois l'idée d'une couverture sanitaire universelle au profit de la mère et de l'enfant. Dans sa Résolution WHA58.33 du 25 mai 2005, la 58^{ème} Assemblée mondiale de la Santé a, en effet, invité instamment les Etats membres « à prévoir la transition vers la couverture universelle de tous

¹⁹ L'Initiative de Bamako est un engagement politique pris par les Etats africains à l'issue de la Conférence des ministres de la santé africains tenue en 1987 à Bamako (Mali). Soutenue par l'OMS et par l'UNICEF, elle visait à promouvoir en Afrique les soins de santé primaires, conformément aux recommandations de la Déclaration d'Alma-Ata. Pour un aperçu général sur cette Initiative, voir : Stéphane TIZIO, Yves-Antoine FLORI, « L'Initiative de Bamako : "Santé pour tous" ou "maladie pour chacun" ? », *Revue Tiers-Monde*, tome 38, n° 152, 1997, pp. 837-858.

²⁰ En rappel, c'est en 1987 que la Banque mondiale a publié un document intitulé *Financing health services in developing countries : an agenda for reform* qui faisait l'apologie du paiement direct des soins de santé par les usagers et du rôle du secteur privé dans la gestion du système de santé publique.

²¹ Cf. Stéphane TIZIO, Yves-Antoine FLORI, *Art. cit.*, p. 838.

²² Sur les échecs de l'Initiative de Bamako et des politiques libérales de santé publique, voir : Stéphane TIZIO, Yves-Antoine FLORI. « De la gratuité à la tarification des soins en Afrique subsaharienne : grandeur et décadence de l'objectif "santé pour tous" », *Rapport de recherche*, Laboratoire d'analyse et de techniques économiques (LATEC), 1997, 27 p., document disponible en ligne à l'adresse : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01520522>, consulté le 98/01/2022 ; Valéry RIDDE, *L'Initiative de Bamako quinze ans après. Un agenda inachevé*, HNP Discussion Paper, The World Bank, Washington DC, 2004, 40 p. ; Philippe BATIFOULIER, « Faire payer le patient : une politique absurde », *La Découverte, Revue MAUSS*, 2013/1, n° 41, pp. 77-92.

les citoyens pour contribuer à répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé et à améliorer la qualité de ceux-ci, à lutter contre la pauvreté, à atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international... »²³. Le principe de la couverture sanitaire universelle a été réaffirmé avec force lors de la 61^{ème} Assemblée mondiale sur la Santé tenue en 2008 et par le Rapport sur la Santé dans le monde 2008, publié à l'occasion du trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata et qui insiste sur la nécessité de transiter vers une couverture sanitaire pour tous en matière de soins de santé primaires²⁴.

Mais, l'idée de la couverture sanitaire universelle pour tous a été lancée officiellement par la Résolution WHA.64.9 intitulée *Structures durables de financement de la santé et couverture universelle* et adoptée à l'occasion de la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé, tenue à Genève du 16 au 27 mai 2011. S'appuyant sur le Rapport sur la santé dans le monde 2010 qui a souligné la nécessité pour tous les pays de progresser vite vers la CSU²⁵, elle invite les Etats membres « à viser la couverture universelle d'un coût abordable et l'accès universel aux soins de santé pour tous sur une base d'équité et de solidarité (...) » et à « planifier la transition de leur système de santé vers la couverture universelle »²⁶.

Parallèlement aux initiatives de l'OMS et en concertation avec elle, l'Organisation internationale du Travail (OIT), dont une des missions essentielles est de promouvoir la protection sociale dans le monde, encourage également ses Etats membres à évoluer vers la couverture sanitaire universelle à travers une extension de la sécurité sociale dans le cadre d'une protection sociale universelle dénommée « *socle de protection sociale* ». Dans cette optique, elle a lancé, dès 2003, une campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture sociale pour tous. Dans la Déclaration du 10 juin 2008 sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, elle réaffirme l'engagement des mandants tripartites en faveur de l'extension de la sécurité sociale dans le cadre de l'Agenda du travail décent et identifie la protection sociale comme l'un des quatre objectifs stratégiques de l'Organisation visant à assurer « *l'extension de la sécurité sociale à tous* »²⁷. La Recommandation (n° 202) sur le socle de protection sociale, adoptée le 30 mai 2012 par la Conférence internationale du travail (CIT) reconnaît que le droit à la sécurité sociale est à la fois un droit fondamental de la personne humaine et une nécessité

²³ Résolution WHA58.33 du 25 mai 2005, *Financement durable de la santé, couverture universelle et système de sécurité sociale*, paragr. 4, in Organisation mondiale de la Santé, Cinquante-huitième Conférence mondiale de la Santé, Genève, 16-26 mai 2005, Résolutions et décisions, pp. 131-133 : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/58_2005_REC1-fr.pdf, consulté le 30/12/2020.

²⁴ Le Rapport sur la santé dans le monde, 2008 définit quatre grandes orientations politiques pour réduire les inégalités en matière de santé et améliorer la santé pour tous, parmi lesquelles la nécessité de « *remédier aux inégalités sociales en matière de santé* » en tendant vers l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale ». Cf. Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2008, Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais*, OMS, Genève, 2008, p. XVI.

²⁵ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2010. Le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle*, OMS, Genève, 2010, p. 15.

²⁶ Résolution WHA.64.9, du 24 mai 2011, *Structures durables de financement de la santé et couverture universelle*, §§ 2, 5, in Organisation mondiale de la Santé, *Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 16-24 mai 2011, Résolutions et décisions*, pp. 20-23.

²⁷ *Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable*, CIT, 97^{ème} session, Genève, 2008, I. Portée et principes, A) ii) : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---cabinet/documents/generic-document/wcms_371205.pdf.

économique et sociale pour le développement et le progrès. En conséquence, elle invite les Etats membres à « *établir ou maintenir, selon le cas, des socles de protection sociale en tant qu'élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale* »²⁸.

Le principe de la CSU a été entériné par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 67/81 du 12 décembre 2012 intitulée *Santé mondiale et politique étrangère*, par laquelle elle a souligné que les gouvernements ont « *la responsabilité d'intensifier rapidement et considérablement leurs efforts pour accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et abordables* »²⁹. Cet engagement politique est confirmé par le nouveau programme de développement adopté par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015 et intitulé « *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030* ». Succédant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) adopté en 2000 et qui sont arrivés à échéance en 2015, le Programme de développement durable, qui définit 17 objectifs de développement durable que les Etats du monde se sont engagés à réaliser à l'horizon 2030, prend en compte à la fois l'objectif de la protection sociale universelle et celui de la couverture sanitaire universelle.

Ainsi, l'Objectif 3, *dénommé Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge*, prévoit, parmi ses 9 sous-objectifs, celui de « *faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable* »³⁰.

Ces différents programmes, politiques et résolutions adoptés dans le cadre du système des Nations Unies constituent un « *consensus politique mondial* » sur la nécessité d'offrir aux populations du monde une protection sociale suffisante et une couverture maladie universelle³¹. Certes, ils ne constituent pas des instruments juridiquement contraignants, mais des instruments politiques non obligatoires sur le plan du droit. Mais, ils n'en constituent pas moins des instruments de portée juridique non-négligeable qui s'assimilent à des instruments de *soft law*, susceptibles de déboucher sur de véritables obligations juridiques. A ce titre, ils engagent les Etats membres des Nations Unies, y compris les Etats ouest africains qui se trouvent ainsi obligés de transformer leurs systèmes nationaux de santé pour les orienter vers la couverture sanitaire universelle. Cet engagement politique international est, d'ailleurs, renforcé par des programmes et des politiques régionaux et sous régionaux africains adoptés dans le cadre de

²⁸ La Recommandation (n° 202) de l'OIT définit les « *socles de protection sociale* » comme « *des ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale qui assurent une protection visant à prévenir ou à réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale* ». Ces garanties comprennent « *l'accès à des soins de santé essentiels et à une sécurité élémentaire de revenu* » à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie. Voir *Recommandation (n° 202) sur le socle de protection sociale* : https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUBL:12100:0::P12100_ILO_OODE:R202.

²⁹ Résolution A/RES/67/81, *Santé mondiale et politique étrangère*, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 12 décembre 2012, paragr. 8 et 21 : <https://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/RES/67/81>, consulté le 31/12/2020.

³⁰ Cf. Organisation des Nations Unies, Résolution A/RES/70/1, adoptée le 25 septembre 2015 par l'Assemblée générale et intitulée « *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030* », paragr. 3.8, document disponible à l'adresse : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/development-agenda/>

³¹ Cf. Catherine COLLOMBET, « La protection sociale dans le monde », *Regards*, 2014/1, n° 45, p. 23.

l'Union africaine³² et des Communautés économiques régionales et sous régionales comme la CEDEAO et l'UEMOA. Il s'est traduit, au plan national, par sa prise en compte dans les plans nationaux de développement et les programmes et politiques nationaux sectoriels de santé et de protection sociale qui en forment le cadre politique national.

2. *Le cadre politique national*

Outre leur engagement politique collectif en faveur de la CSU, les Etats de la sous-région ouest africaine ont manifesté, au plan interne, un engagement politique ferme en faveur de la CSU dans des discours officiels, dans les programmes nationaux de développement et dans les politiques, stratégies ou plans d'action sectoriels de la santé ou de la protection sociale. Constituant des instruments politiques de pilotage de l'économie, de planification de l'action de l'Etat dans l'économie ou de son intervention dans l'économie, ces différents programmes de développement, politiques, stratégies et plans d'action nationaux généraux ou sectoriels en matière de santé sont parfois adoptés par des actes réglementaires, ce qui tend à leur conférer un caractère obligatoire.

En effet, à l'instar des autres Etats africains, tous les Etats ouest africains disposent, depuis au moins une vingtaine d'années, sous la houlette des institutions financières et monétaires internationales, de programmes nationaux de développement économique qui sont des instruments de pilotage de l'économie nationale et de gouvernance politique et économique. Prévus généralement pour des périodes variant entre 4 et 5 ans, ces plans nationaux de développement contiennent généralement les grandes orientations stratégiques, ainsi que les priorités du développement économique et social et bénéficient le plus souvent de l'accompagnement et de l'assistance de la communauté internationale³³. La plupart des plans nationaux de développement élaborés au cours des dix dernières années et qui intègrent les objectifs de développement durable des Nations Unies ont fait de l'extension de la protection sociale et de l'accès aux soins de santé pour tous un domaine prioritaire de l'action de l'Etat. Ils prévoient, notamment, des programmes de gratuité des soins au profit de couches sociales défavorisées ou vulnérables, ainsi que la mise en place d'un système national d'assurance maladie universelle ou de protection sociale universelle.

Au Burkina Faso, par exemple, le Plan national de développement économique et social (PNDES), adopté en 2016 pour la période 2016-2020, prévoit, au titre de l'Axe stratégique relatif au développement du capital humain, un objectif stratégique portant sur la promotion de la santé de la population, notamment par la garantie de l'accès aux services de santé de qualité à tous. Il prévoit aussi, au titre de l'Axe stratégique relatif à la promotion de la protection sociale

³² L'objectif de la CSU découle implicitement de l'Agenda 2063 de l'Union africaine, adopté en 2015 et dénommé « L'Afrique que nous voulons ». L'Aspiration n° 1 de cet Agenda, intitulé « *Une Afrique prospère fondée sur une croissance inclusive et un développement durable* », prévoit, en effet, parmi ses objectifs, « *un niveau de vie et une qualité de vie élevés et le bien-être pour tous* », ainsi que « *des citoyens en bonne santé et bien nourris* ».

³³ Cf. à titre d'exemple : UEMOA, *Rapport régional de suivi des plan nationaux de développement ou stratégies de réduction de la pauvreté axé sur les objectifs de développement*, Ouagadougou, UEMOA, février 2020, 63 p., document disponible en ligne : http://ww.uemoa.int/sites/default/files/bibliotheque/rapport_odd_2019vf.pdf, consulté le 30/11/2020.

pour tous, la mise en place du Régime d'assurance maladie universelle adopté par une loi en 2015³⁴.

En Côte d'Ivoire, le Plan national de développement (PND), 2016-2020, contient également un engagement en faveur de la CSU, notamment à travers l'Axe stratégique relatif à l'accélération du développement du capital humain et à la promotion du bien-être social qui prévoit de porter le taux d'assurance maladie universelle de 10% en 2014 à 100% en 2020³⁵. La CSU fait aussi partie des objectifs prioritaires définis par le Plan national de développement 2018-2025 du Bénin³⁶, ainsi que par le Plan Sénégal émergent³⁷ et par le Plan de développement économique et social 2017-2021 de la République du Niger³⁸. Elle figure aussi dans les plans nationaux de développement des pays anglophones comme le Ghana, le Liberia, le Nigeria et la Sierra-Leone. Le Ghana, par exemple, qui fait figure de modèle de réussite en matière de CSU en Afrique de l'Ouest, a inscrit l'extension de la protection sociale et de la couverture sanitaire universelle dans ses différents plans nationaux de développement depuis au moins une décennie³⁹.

Les engagements généraux en faveur de la CSU contenus dans les programmes nationaux de développement sont le plus souvent déclinés dans des politiques ou stratégies sectorielles en matière de santé ou en matière de protection sociale. Ainsi, dans certains pays, la CSU est définie et organisée par des politiques sectorielles de protection sociale élaborées avec l'appui de l'OIT, sur la base de la Recommandation (n° 202) relative au « socle de protection sociale ». Ces politiques nationales de protection sociale prévoient, notamment, la mise en place d'un socle national de protection sociale visant à étendre la protection sociale à toute leur population, à travers la mise en place de divers régimes d'assurance maladie universelle ou d'assurance santé universelle. Ces documents de politique ou de stratégie nationale de protection sociale se caractérisent par la volonté affichée des autorités nationales de mettre en œuvre la CSU par la mise en place de divers types de programmes ou de mesures tels que les programmes de gratuité au profit de catégories sociales défavorisées, les programmes spécifiques pour les démunis ou

³⁴ Burkina Faso, *Plan national de développement économique et social (PNDES)*, 2016-2020, Ouagadougou, Ministère de l'Economie, des Finances et du Développement, 2016, pp. 39-42.

³⁵ République de Côte d'Ivoire, *Plan national de développement, 2016-2020*, Tome II, Abidjan, 2016, p. 11.

³⁶ Le Plan national de développement 2018-2025 de la République du Bénin fixe, parmi les objectifs stratégiques, la mise en place de mécanismes pérennes et inclusifs de protection sociale comprenant, entre autres, la couverture du risque maladie à large échelle. Cf. Ministère d'Etat chargé du Plan et du Développement, *Plan national de développement 2018-2025*, pp. 163-165.

³⁷ Le Plan Sénégal émergent (PSE), 2014, adopté en février 2014 et qui constitue le référentiel national pour le développement économique et social, prévoit, en effet, l'extension de la protection sociale par la mise en place d'un « socle national de protection sociale », ainsi que la mise en place de la couverture maladie universelle à l'horizon 2017, avec un taux de couverture allant de 20% en 2014 à 75% en 2017. Cf. République du Sénégal, *Plan Sénégal émergent*, février 2014, pp. 74-82.

³⁸ Le Plan de développement économique et social 2017-2021 de la République du Niger comporte, parmi ses axes stratégiques, un axe relatif au développement social et à la transition démographique qui prévoit, entre autre, l'augmentation de l'accessibilité des populations aux services de santé de qualité dans le cadre de la mise en place de la couverture sanitaire universelle.

³⁹ Le *Ghana Shared Growth and Development Agenda (GSGDA) II. Costing Framework. Volume II (2014-2017)*, par exemple, prévoit, parmi les priorités du développement économique et social, le « *Human Développement* » qui passe notamment par le « *Access to Quality Health Care* » et le « *Social Development and Social Protection* ».

les pauvres, les programmes de lutte contre certaines maladies transmissibles (VIH/SIDA, Tuberculose) ou les programmes relatifs à la santé sexuelle et reproductive⁴⁰.

La stratégie nationale de protection sociale de la République de Côte d'Ivoire, par exemple, adoptée en mars 2013, prévoit une extension progressive de la protection sociale, notamment par la mise en place d'un socle national de protection sociale comprenant, entre autres, la mise en place et le développement de la Couverture maladie universelle (CMU) dont la mise en œuvre s'appuie sur une stratégie fondée sur la création de régimes contributifs et non-contributifs⁴¹.

Dans d'autres pays, la CSU est prévue et organisée par des politiques sectorielles et des stratégies nationales en matière de santé qui prévoient également diverses mesures spécifiques concourant à la réalisation des objectifs de la CSU. Les politiques et stratégies sectorielles de santé, qui mettent l'accent sur les questions de santé, prévoient également des mesures spécifiques et des programmes tendant à favoriser l'accès universel des citoyens aux soins de santé et aux services de santé. C'est le cas, notamment, de la République du Sénégal qui a adopté, en 2019, un Plan national de développement sanitaire et social (PNDSS), 2019-2028, dont l'ambition est de tendre vers la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030, conformément à l'Agenda du développement durable des Nations Unies⁴². C'est le cas aussi de la République Fédérale du Nigeria qui s'est dotée, en 2018, d'un *Second National Strategic Health Development Plan (NSHDP)*, 2018-2022, après un premier plan 2010-2015, et qui vise à assurer l'accès aux soins de santé et à promouvoir le bien-être de toute la population nigériane⁴³.

Ainsi, la prise en compte de la CSU dans les plans et programmes nationaux de développement économique et social et dans les politiques et stratégies sectorielles de protection sociale ou de développement sanitaire des Etats ouest africains offre un cadre politique favorable à sa mise en place dans ces Etats⁴⁴. Elle s'inscrit dans la dynamique des engagements politiques qu'ils ont pris à l'échelle internationale et régionale. Cette volonté politique affirmée est confirmée par la mise en place d'un cadre juridique qui les oblige à la traduire en réalité par des mesures concrètes.

⁴⁰ Voir Céline DEVILLE, « Vers la couverture santé universelle en Afrique de l'Ouest », *Revue Quart Monde*, 2020/3, n° 255, pp. 42-46 ; Zine Eddine El Idrissi MOULAY DRISS et al., *Couverture sanitaire universelle et secteur informel en Afrique de l'Ouest francophone. Etat actuel, perspectives et proposition d'orientations stratégiques*, op. cit., 84 p.

⁴¹ Voir République de Côte d'Ivoire, *Stratégie nationale de protection sociale*, 2013, pp. 49-52, document disponible en ligne, à l'adresse : <http://extwprlegs1/fao.org/docs/pdf/ivc158101.pdf>, consulté le 05/01/2021.

⁴² Cf. Ministère de la Santé et de l'Action sociale, *Plan national de développement sanitaire et social (PNDSS), 2019-2028*, pp. 64-66, document disponible en ligne, à l'adresse : <http://www.sante.gouv.sn/sites/default/files/1%20MSA%20PNDSS%202019%202028%20Version%20Finale.pdf>, consulté le 04/01/2021.

⁴³ Federal Republic of Nigeria, *Second National Strategic Health Development Plan*, 2018-2022, 150 p.

⁴⁴ Lire à ce sujet : Daniel COTLER, Nicolas ROSEMBERG, *Going Universal in Africa : How 46 African countries Reformed User Fees and Implemented Health Care Priorities*, World Bank, Washington DC, 2017, 37 p.

B. Le cadre juridique de la CSU

L'engagement des Etats ouest africains en faveur de la CSU ne se limite pas à de simples déclarations politiques ou à l'adoption de documents de politiques ou de stratégie nationaux. Il se traduit aussi par la mise en place d'un cadre juridique volontariste qui rend obligatoire la réalisation des objectifs de la CSU. Ce cadre juridique favorable à la CSU résulte aussi bien de l'adhésion aux instruments juridiques internationaux y relatifs (1) que de l'adoption de textes nationaux portant sur la CSU (2).

1. Les instruments juridiques internationaux

A l'instar des autres Etats africains, les Etats ouest africains ont souscrit à de nombreux instruments internationaux et régionaux qui les engagent, au plan du droit, à mettre en œuvre la CSU. Certes, aucun instrument juridique international n'impose explicitement aux Etats la CSU. Cependant, une telle obligation peut être déduite du droit à la santé et du droit à la sécurité sociale tels qu'ils ont été consacrés aussi bien par certains traités internationaux et régionaux relatifs aux droits humains que par des conventions de l'OIT portant sur la sécurité sociale⁴⁵.

En effet, de nombreux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits humains consacrent le droit de tout individu à la santé et à la sécurité sociale et font, de ce fait, obligation aux Etats signataires de prendre les mesures nécessaires pour garantir à leurs citoyens un accès satisfaisant aux soins de santé.

Ainsi, au plan universel, le droit à la sécurité sociale et le droit à la santé ont été solennellement proclamés par les articles 22 et 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée le 10 décembre 1948 par l'Assemblée générale des Nations Unies. L'article 22 proclame, en effet, que : « *Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale* », tandis que l'article 25 prévoit que « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux (...)* ». Ces droits ont été consacrés formellement par les articles 9 et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966 adopté dans le cadre des Nations Unies. L'article 9 du Pacte dispose, en effet, que « *Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales* ». L'article 12, pour sa part, prévoit que « *1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. 2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : (...) d) la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie* ». Le contenu et la portée de ces droits ont été progressivement précisés par

⁴⁵ Pour une vue d'ensemble sur les textes internationaux relatifs au droit à la santé et à la sécurité sociale, voir : Bureau international du Travail, *Protection sociale universelle pour la dignité humaine, la justice et le développement durable, Etude d'ensemble concernant la Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale*, 2012, Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations à la 108^{ème} session de la Conférence internationale du travail, 2019, pp. 5-8, 21.

des instruments spécifiques de protection de droits catégoriels⁴⁶, ainsi que par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies dans son Observation générale N° 14 (2000) du 11 août 2000 sur *le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*⁴⁷.

Par ailleurs, la Constitution de l'OMS du 22 juillet 1946 reconnaît, dans son préambule, que « *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale* ». Bien que cette disposition se caractérise par son imprécision quant à son contenu réel, l'on s'accorde à reconnaître qu'elle s'inscrit dans le même esprit que l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Au plan régional, la plupart des instruments régionaux de protection des droits humains reconnaissent également le droit à la santé et le droit à la sécurité sociale⁴⁸. Le droit à la santé et le droit à la sécurité sociale ont été formellement consacrés par l'article 16 de la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples, adoptée le 27 juin 1981 par la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA). Cette disposition prévoit, en effet, que : « *1. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et morale qu'elle soit capable d'atteindre. 2. Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie* ». Cet engagement des Etats africains reste cependant assez vague et imprécise. Pour Fatsah OUGUERGOUZ, « *Ce droit revêt une valeur plus programmatrice qu'exécutoire* »⁴⁹. Cependant, son contenu normatif et sa portée ont été précisés par la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, notamment dans sa Déclaration de 2004 sur les droits économiques, sociaux et culturels en

⁴⁶ Il s'agit, notamment, de : la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale de 1965 (art. 5, e, IV) ; la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 (art. 11, 1 e ; 11, 2, b et 14,2, c) ; la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 (art. 24, 26 et 27,1) ; la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille de 1990 (art. 27 et 54) et la Convention relative aux droits des personnes handicapées de 2006 (art. 28).

⁴⁷ Dans cette Observation générale, le Comité a considéré que : « *La santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité* ». Voir CODESC, Observation générale n° 14 (2000), *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*, doc ONU E/C.12/2000/4, 11 août 2000, § 4.

⁴⁸ Voir notamment : Le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de San Salvador) du 17 novembre 1988 ; la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales de 1950 ; et la Charte sociale européenne, de 1961, telle que révisée en 1996.

⁴⁹ Fatsah OUGUERGOUZ, *La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples. Une approche juridique des droits de l'homme entre tradition et modernité*, Genève, Graduate Institute Publications, 1993, pp. 114-115.

Afrique⁵⁰, dans sa Résolution 141 de 2008 sur l'accès à la santé et aux médicaments essentiels en Afrique⁵¹ et dans plusieurs décisions⁵².

L'accès universel aux soins de santé et aux services de santé apparaît ainsi comme un droit humain fondamental reconnu à toute personne, du fait de son statut d'être humain, aussi bien à l'échelle universelle qu'au plan régional. Toute personne devrait pouvoir en jouir sans discrimination et sans distinction fondée sur sa race, sa religion ou son opinion⁵³. Il s'impose aux Etats ouest africains qui sont tenus de prendre toutes les dispositions nécessaires pour en favoriser la jouissance par leurs citoyens.

Mais, parallèlement aux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits humains qui en font une obligation pour les Etats parties, la CSU est également consacrée par des conventions internationales de l'OIT relatives à la sécurité sociale. En effet, parmi les conventions de l'OIT relatives à la sécurité sociale, certaines sont consacrées à la santé comme une des branches de la sécurité sociale. Depuis sa création en 1919, l'OIT a adopté 31 conventions et 23 recommandations sur la sécurité sociale qui ont contribué à orienter et façonner le droit de la sécurité sociale dans les différents pays à travers le monde⁵⁴. La Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), adoptée en 1952⁵⁵, définit le principe même de la sécurité sociale et consacre les neuf branches de la sécurité sociale définies par les instruments antérieurs, parmi lesquelles celles relatives aux soins médicaux, aux indemnités de maladie et aux prestations en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle. Elle définit les objectifs à atteindre par les Etats parties en matière de sécurité sociale et pour chaque branche de celle-ci.

⁵⁰ *Déclaration de Pretoria sur les droits économiques, sociaux et culturels en Afrique*, 17 septembre 2004, § 7, adoptée par la Résolution 73 de la Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples, 36^{ème} session, 23 novembre – 7 décembre 2004.

⁵¹ Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples, Résolution 141 *sur l'accès à la santé et aux médicaments essentiels en Afrique*, 44^{ème} session ordinaire, 10-24 novembre 2008.

⁵² Voir notamment : Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples, *Purohit et Moore c. Gambie*, communication n°241/01, 33^{ème} session ordinaire, Mai 2003, § 80 ; Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples, *Sudan Human Rights Organisation & Centre on Housing Rights and Evictions (COHRE) c. Soudan*, communication n° 279/03-296/05, 29 Mai 2009, § 208. Lire à ce sujet : Emmanuel GUEMATCHA, « La justiciabilité du droit à la santé en Afrique : Les décisions de la Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples », *Droit fondamentaux*, n° 16, janvier 2018-décembre 2018, pp. 4-7.

⁵³ Sur la portée du droit à la santé, voir : Xavier BIOY, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », in Isabelle POIROT-MAZERCES (dir.), *L'accès aux soins. Principes et réalité*, Presses de l'Université de Toulouse 1 Capitole, LGDJ-Lextenso Editions, Toulouse, 2010, pp. 37-71 ; Eric DAVID, « Le droit à la santé comme droit de la personne humaine », *Revue québécoise de droit international*, 1985, pp. 63-115 ; Richard KITAEF, « Le "droit à la santé" ? Contribution à une étude des ancrages conventionnels et constitutionnels », *Annuaire international de justice constitutionnelle*, XXII-2006, 2007, pp. 61-98.

⁵⁴ Voir : Organisation internationale du Travail, *Protection sociale universelle pour la dignité humaine, la justice sociale et le développement durable*, Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et des recommandations à la 108^{ème} session de la Conférence internationale du Travail, Genève, 2019, p. 5. Voir aussi : Pierre-Yves GREBER, *Droit international et européen de la sécurité sociale : ONU, OIT et Conseil de l'Europe*, Bâle, Ed. Schulthess, 2011, 348 p.

⁵⁵ La recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence et la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux ont été adoptées en 1944 pour faire suite à la Déclaration de Philadelphie de 1944 sur les buts et objectifs de l'OIT qui invita l'OIT à œuvrer à « l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection, ainsi que des soins médicaux complets ».

Les prestations relatives aux soins médicaux ont été précisées et renforcées par la Convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, adoptée le 25 juin 1969 et par la Recommandation (n° 134) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, adoptée également en 1969. La Convention établit des règles pour l'adoption de législations nationales en matière d'accès aux soins médicaux curatifs et préventifs et pour le versement d'indemnités de maladie. Elle couvre à la fois l'éventualité des prestations de soins médicaux et des prestations en espèces en cas de maladie.

La Convention (n° 130) et la Recommandation (n° 134) sont complétées par la Convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle et la Recommandation (n° 121) qui regroupent dans un seul instrument conventionnel les accidents du travail et les maladies professionnelles, ainsi que par la Convention (n° 118) sur l'égalité de traitement (sécurité sociale) de 1962, qui met l'accent sur l'égalité de traitement et l'exportabilité des prestations et par la Convention (n° 157) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale⁵⁶.

Bien que ces conventions soient relativement anciennes, elles gardent aujourd'hui encore leur pertinence et leur actualité dans un nouveau contexte marqué par un consensus mondial sur la notion de « *socle de protection sociale* » et de « *couverture sanitaire universelle* ». Dans les faits, cependant, elles ont été ratifiées par un nombre limité d'Etats et très peu d'Etats africains les ont ratifiées⁵⁷. Cette situation, qui s'explique essentiellement par la réticence des Etats africains à prendre des engagements qu'ils ne sont pas sûrs de pouvoir mettre en œuvre, ne les a pas empêchés de se doter d'un cadre juridique national favorable à la mise en œuvre de la CSU.

2. *Les instruments juridiques nationaux*

L'engagement des Etats ouest africains dans des processus de renforcement et d'élargissement de la protection sociale, notamment par la mise en place de la CSU s'est traduit, au plan interne, par l'adoption de nombreux textes juridiques nationaux qui constituent le cadre juridique interne d'organisation de celle-ci.

Ce cadre juridique national trouve généralement ses fondements non seulement dans les engagements internationaux, mais aussi dans les différentes constitutions nationales. En effet, la plupart des constitutions des Etats ouest africains, qui ont été adoptées ou révisées depuis le début des années 1990 à la faveur du renouveau démocratique reconnaissent de diverses manières le droit à la santé et le droit à la sécurité sociale⁵⁸. Certaines d'entre elles se contentent

⁵⁶ Pour une vue d'ensemble sur les conventions de l'OIT consacrées à la sécurité sociale, voir : Caroline SÄGESSER, « Les normes internationales de sécurité sociale », *Courrier international du CRISP*, 1998/13-14, n° 1598-1599, pp. 1-66 : <https://www.cairn.info/revue-courrier-hebdomadaire-du-crisp-1998-13-page-1.htm>, consulté le 17/02/2021.

⁵⁷ A ce jour, la Convention (n° 102) n'a été ratifiée que par 43 Etats membres de l'OIT sur 181 ; la Convention (n° 121) a été ratifiée par 24 Etats membres, la Convention (n° 128) par 16 Etats membres et la Convention (n° 130) par 15 Etats membres.

⁵⁸ Voir, par exemple : Constitution de la République du Bénin du 11 décembre 1990 (art. 8) ; Constitution du Burkina Faso du 2 juin 1991 (art. 18 et 26) ; Constitution de la République du Togo du 27 septembre 1992, telle que révisée le 31 décembre 2002 (art. 34) ; Constitution du Sénégal du 7 janvier 2001 (art. 8) ; Constitution de la République Fédérale du Nigeria du 29 mai 1999 ; Constitution de la République du Ghana du 8 mai 1992, telle que modifiée le 16 décembre 1996 (art. 29 et 30).

de proclamer et de reconnaître le droit à la santé et/ou le droit à la sécurité sociale et font obligation à l'Etat de les promouvoir. Ces droits apparaissent ainsi comme des droits potentiels que l'Etat doit réaliser en fonction de ses moyens et de ses capacités. En cas de non-réalisation de ces droits, l'Etat ne peut en être tenu responsable et ne peut voir, en aucun cas, engagée sa responsabilité. Il ne peut notamment être poursuivi devant la justice pour non-respect de ces droits. C'est le cas, notamment, de la Constitution burkinabè du 2 juin 1991, dont l'article 18 proclame que « *L'éducation, l'instruction, la formation, le travail, la sécurité sociale, le logement, le sport, les loisirs, la santé, la protection de la maternité et de l'enfance, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées et aux cas sociaux, la création artistique et scientifique constituent des droits sociaux et culturels reconnus par la présente Constitution qui vise à les promouvoir* »⁵⁹.

D'autres constitutions garantissent le droit à la santé et/ou le droit à la sécurité sociale comme des droits individuels et font obligation à l'Etat d'en assurer la protection ou l'effectivité. Dès lors, ces droits deviennent exigibles et justiciables et l'Etat peut être tenu responsable de leur non-réalisation. L'article 8 de la Constitution sénégalaise du 22 janvier 2001, telle que révisée le 5 avril 2016, consacre formellement le droit à la santé pour tous les citoyens, tandis que l'article 17 fait obligation à l'Etat et aux collectivités territoriales « *de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées* » et de garantir « *aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être* ». L'article 9, § 2 de la Constitution ivoirienne du 8 novembre 2016 dispose également que « *Toute personne a également droit à un accès aux services de santé* » et l'article 32, § 3 ajoute que l'Etat « *s'engage à garantir l'accès des personnes vulnérables aux services de santé, à l'éducation, à l'emploi, à la culture, aux sports et aux loisirs* »⁶⁰. La Constitution nigérienne du 25 novembre 2010 est encore plus formelle sur la consécration du droit à la santé, puisque son article 12 dispose que « *Chacun a droit à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et morale (...)* » et son article 17 précise que « *1. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et morale. 2. L'Etat veille à la création des conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie* ». Mais, c'est la Constitution du Cap-Vert du 25 septembre 1992, telle que révisée en 2010, qui est la plus explicite et la plus précise à cet égard. Son article 68 dispose, en effet, que « *1. Tous les citoyens ont droit à la santé et le devoir de la préserver et de la promouvoir, quelle que soit leur situation économique. 2. Le droit à la santé est garanti par un réseau approprié de services de santé et par la mise en place progressive des conditions économiques, sociales et culturelles nécessaires pour assurer l'amélioration de la qualité de vie des populations. 3. Pour garantir le droit à la santé, il incombe à l'Etat notamment les obligations suivantes : a) assurer un service national de santé généralisé et hiérarchisé fondé sur une prise en charge totale (...)* ».

⁵⁹ Voir, dans le même sens : l'article 17 de la Constitution malienne du 25 février 1992 : « *L'éducation, l'instruction, la formation, le travail, le logement, les loisirs, la santé et la protection sociale constituent des droits reconnus* » ; article 34 de la Constitution togolaise du 19 mai 2019.

⁶⁰ Voir aussi, dans le même sens : article 37, § 3 et 39 de la Constitution de la République de Guinée-Bissau du 16 mai 1984 qui dispose, respectivement, que « *L'Etat créera, graduellement, un système capable de garantir aux travailleurs la retraite-vieillesse et la sécurité sociale en cas de maladie ou en cas d'incapacité de travail* » et que « *Tout citoyen a droit à la protection de sa santé et il a le devoir de la promouvoir et de la défendre* ».

Les autres constitutions sont silencieuses sur les droits à la santé et à la sécurité sociale. Pour autant, on ne peut en déduire que ces droits ne sont pas reconnus par ces Constitutions. Dans certains cas, ces droits sont reconnus par le truchement de la constitutionnalisation des instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits humains qui garantissent ces droits et qu'elles constitutionnalisent. C'est le cas notamment de la Constitution béninoise du 11 décembre 1990 qui ne contient aucune disposition sur le droit à la santé ou le droit à la sécurité sociale, mais dont l'article 7 intègre dans ses dispositions les droits proclamés par la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981. Dans d'autres cas, ils sont reconnus par le biais de principes directeurs devant guider l'action de l'Etat dans l'élaboration et la mise en œuvre des textes législatifs et des politiques publiques. C'est le cas notamment de la plupart des constitutions des pays anglophones. La Constitution de la République Fédérale du Nigeria de 1999, par exemple, ne prévoit pas l'accès universel aux soins de santé parmi les droits fondamentaux consacrés par son Chapitre IV. Mais, le Chapitre II portant sur les objectifs fondamentaux et les principes directeurs de la politique de l'Etat en fait une responsabilité de l'Etat en ces termes : « *The State shall direct its policy towards ensuring that : (...) (c) the health, safety and welfare of all persons in employment are safeguarded and not endangered or abused ; (d) there are adequate medical and health facilities for all persons (...)* ». L'article 8 de la Constitution libérienne de 1986 va dans le même sens lorsqu'il dispose que « *The Republic shall direct its policy towards ensuring for all citizens, without discrimination, opportunities for employment and livelihood under just and human conditions, and towards promoting safety, health and welfare facilities in employment* »⁶¹.

Quelle que soit cependant la formulation constitutionnelle de la CSU en tant que droit humain fondamental ou en tant que politique nationale, elle est concrétisée dans tous les **Etats** ouest africains qui la mettent en œuvre par des textes législatifs et réglementaires qui l'organisent. A cet égard, si certains Etats comme la Côte d'Ivoire et le Ghana⁶² avaient adopté très tôt des lois sur la CSU, la plupart des autres Etats ouest africains se sont, en effet, récemment dotés ou sont en train de se doter de législations nationales établissant des régimes nationaux d'assurance maladie universelle ou d'assurance santé universelle dont l'ambition est de couvrir progressivement l'ensemble de la population. Adoptées sous l'influence de la communauté internationale sur la base des orientations de l'OMS et de l'OIT, ces législations nationales sont généralement autonomes des textes nationaux établissant des régimes nationaux de sécurité sociale⁶³.

Outre l'obligation générale qu'ils imposent à l'Etat de fournir à l'ensemble de la population un accès universel aux soins ou services de santé, ces textes législatifs ont en commun de viser

⁶¹ Voir dans le même sens : article 8 (3) (c), (d) de la Constitution de la République de Sierra Leone du 30 août 1991, telle qu'amendée en 1996 et en 2008.

⁶² Voir Loi ivoirienne n° 2001-636 du 09 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie Universelle en République de Côte d'Ivoire ; *National Health Insurance Act n° 650* du 12 septembre 2003 de la République du Ghana qui créait la *National Health Insurance Authority* et établissait trois régimes juridiques : le '*district mutual health insurance scheme*' ; le '*private commercial health insurance schemes*' et le '*private mutual health insurance schemes*'.

⁶³ Tous les pays ouest africains disposent depuis longtemps de législations nationales relatives à la sécurité sociale. Toutefois, ces législations nationales ne couvrent pas toutes les neuf branches de la sécurité sociale définies par la Convention (n° 102) de l'OIT sur la sécurité sociale. Lire à ce sujet Simon BRIMBLE-COMBE, Ian ORTON, Guillaume FILHON, « Evolution de la sécurité sociale dans le monde : Etat des lieux et dynamiques », *Regards*, 2014/1, n° 45, pp. 31-39.

le même objectif qui est la CSU et de confier à l'Etat la responsabilité principale de sa réalisation. Ils établissent aussi un ou des régimes juridiques, qui fixent le cadre juridique général de la mise en œuvre et consacrent des principes fondamentaux de l'Assurance maladie universelle. Cependant, ils n'ont pas tous le même champ d'application, ni la même portée juridique. Au regard de leur champ d'application, certains d'entre eux visent à couvrir progressivement l'ensemble de la population, c'est-à-dire les résidents, y compris les non-nationaux. C'est le cas notamment de la *National Health Insurance Act n° 852* du 14 novembre 2012 de la République du Ghana⁶⁴, de la loi n° 2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle en République de Côte d'Ivoire, de la loi n° 060-2015/CNT du 05 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso. D'autres textes, par contre, visent à couvrir soit uniquement les nationaux⁶⁵, soit exclusivement les travailleurs du secteur formel public et privé⁶⁶, soit encore seulement les travailleurs du secteur public⁶⁷. Dans ces derniers cas de figure, l'extension de la protection sanitaire au reste de la population se fait soit par des textes législatifs complémentaires, soit par des programmes spécifiques.

Du point de vue de leur portée juridique, certains de ces textes législatifs établissent un régime juridique unique pour toutes les personnes qui y sont assujetties, comme la *National Health Insurance Act* du 14 novembre 2012 de la République du Ghana et la loi burkinabè de 2015 sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). D'autres textes, comme celui de la République de Côte d'Ivoire, prévoient deux régimes juridiques distincts : un Régime général de base (RGB) pour les personnes disposant de revenus et un Régime d'assistance médicale (RAM) pour les personnes économiquement faibles ou indigentes.

Tout compte fait, ces différents textes législatifs ont l'avantage de confirmer et cristalliser la volonté politique des Etats ouest africains de mettre en œuvre la CSU et de jeter les bases juridiques nécessaires pour sa réalisation progressive. Mais, encore faut-il que cette volonté politique se concrétise par des mesures susceptibles de rendre effective la couverture sanitaire universelle.

⁶⁴ La *National Health Insurance Act* n° 852 du 14 novembre 2012 de la République du Ghana apporte d'importantes réformes à la NHIA de 2003. Une des réformes majeures concerne l'établissement d'un régime juridique unique en lieu et place des trois régimes établis par la loi de 2003. Lire à ce sujet Juliette ALENDA-DEMOUTIEZ, Abena ASOMANING, Elvire MENDO et Zrampieu Sarah BA, « La protection de la santé au Ghana et au Sénégal : Quel est le rôle de l'Organisation Internationale du Travail ? », *Revue internationale de politique de développement*, n° 11/2019, article disponible en ligne, à l'adresse : <http://journals.openedition.org/poldev/4372>, consulté le 17/01/2021.

⁶⁵ La loi béninoise n° 2015-42 du 28 décembre 2015 portant institution du Régime d'assurance Maladie Universelle (RAMU) en République du Bénin s'applique de façon obligatoire aux nationaux béninois, ainsi qu'aux réfugiés et aux apatrides. Les étrangers peuvent y être assujettis à titre volontaire. Voir, dans le même sens, le *National Health Insurance Scheme Act* n° 35 of 1999 of the Republic of Nigeria.

⁶⁶ C'est le cas notamment de la loi malienne n° 09-015 du 26 juin 2009 portant institution du Régime d'assurance maladie obligatoire (art. 4).

⁶⁷ C'est le cas de la loi togolaise n° 2011-003 du 18 février 2011 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés (art. 3, 4, 5).

II. Une politique publique faiblement mise en œuvre dans la réalité

La ferme volonté affichée par les Etats ouest africains de favoriser l'accès universel de leurs populations aux soins de santé a, sans aucun doute, suscité un immense espoir auprès de celles-ci qui sont constamment confrontées à de sérieux problèmes de santé. Cependant, cet engagement politique concrétisé par l'adoption de nombreux textes politiques et juridiques peinent à se concrétiser dans la plupart de ces Etats, soit parce que ces textes ne sont pas encore effectifs, soit parce que la CSU mise en place ne couvre qu'une faible frange de la population. A cet égard, si des progrès indéniables ont déjà été accomplis par la plupart de ces Etats dans la mise en œuvre de la CSU (A), il faut cependant reconnaître que la pleine réalisation des objectifs de la CSU se heurte à d'importantes limites (B).

A. Les progrès indéniables dans la mise en œuvre de la CSU

Les progrès réalisés par les Etats ouest africains dans le processus de mise en œuvre de la CSU sont réels et indéniables. Outre la mise en place de nombreux programmes de gratuité des soins de santé au profit de tout ou partie de la population et l'adoption de textes politiques et juridiques fixant les cadres politique et juridique de la CSU, les progrès les plus significatifs concernent la création d'organismes de gestion de l'assurance maladie universelle (1) et l'établissement d'un régime juridique d'assurance maladie universelle (2)⁶⁸.

1. La création d'organismes de gestion de la CSU

En tant que branche spécifique de la sécurité sociale, la CSU requiert, pour sa gestion, la mise en place d'un cadre institutionnel adéquat de gestion du ou des régimes d'assurance maladie universelle. La mise en place du cadre institutionnel de gestion consiste en la création d'un ou de deux organismes de prévoyance sociale chargé(s) spécialement de la mise en œuvre du ou des régimes d'assurance maladie universelle prévus par la loi. C'est pourquoi, la plupart des Etats ouest africains qui veulent mettre en œuvre la CSU ont créé des organismes autonomes de gestion de la CSU. Généralement distincts des organismes classiques de sécurité sociale que sont les caisses nationales de sécurité sociale, ces organismes spécifiques sont aussi des établissements publics de prévoyance sociale dotés de la personnalité juridique et de l'autonomie administrative et financière⁶⁹. Leur création sous la forme d'établissements publics

⁶⁸ Pour une vue d'ensemble sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la CSU en Afrique, lire : Daniel COTLEAR and Nicolas ROSENBERG, *Going Universal in Africa : How 46 African Countries Reformed User Fees and Implemented health Care Priorities*, World Bank, Washington DC, 2018, 37 p. ; Banque mondiale, BAD, CEA, *La couverture santé universelle en Afrique : Un cadre pour l'action*, op. cit, pp. 6-17 ; Jean-Pierre SERY, Alain LETOURMY, « Couverture du risque maladie en Afrique francophone : Etat des lieux, défis et perspectives », in Gilles DUSSAULT, Pierre FOURNIER, Alain LETOURMY, *L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Banque mondiale, Washington DC, 2006, pp. 197-225.

⁶⁹ Les établissements publics sont des personnes morales de droit public chargées d'une mission d'intérêt général et bénéficiant d'une personnalité juridique distincte de celle de l'Etat, d'une autonomie financière et administrative et de prérogatives de puissance publique. Ils sont de plusieurs catégories, parmi lesquelles les établissements publics à caractère administratif, les établissements publics à caractère économique, les établissements publics à caractère scientifique et les établissements publics de prévoyance sociale. Ces derniers se caractérisent par leur

visé sans doute à leur conférer une autonomie de gestion par rapport à l'Etat et à garantir l'efficacité de leur action. Ces organismes de gestion ont des dénominations très variées d'un pays à un autre. C'est le cas, notamment, de l'Agence nationale d'assurance maladie (ANAM) du Bénin, créée en 2015⁷⁰, de la Caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) du Burkina Faso, créée en 2018⁷¹, de la Caisse nationale d'assurance maladie en Côte d'Ivoire, créée en 2014⁷², de la *National Health Insurance Authority (NHIA)* du Ghana, créée en 2003⁷³, de la *National Health Insurance Scheme (NHIS)* au Nigeria, de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (ACMU) du Sénégal, créé en 2015 et de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) du Togo, créé en 2011⁷⁴.

La mise en place de ces organismes de gestion de la CSU est sans doute l'aspect le plus visible et le plus remarquable des efforts déployés par les Etats ouest africains dans la réalisation des objectifs de celle-ci. Elle est aussi l'expression institutionnelle de leur volonté et de leur engagement politique en faveur de la CSU. Ces organismes de gestion ont généralement pour mission la gestion du ou des régimes d'assurance maladie universelles établis par la loi. A cet effet, ils sont appelés notamment à mettre en œuvre les politiques et stratégies nationales d'extension de la CSU, à assurer l'affiliation des employeurs et l'immatriculation des assurés, à procéder à l'encaissement et au recouvrement des cotisations, à conclure des conventions avec des organismes de gestion délégués, à contrôler la qualité des prestations de soins et à effectuer le paiement des prestations des soins de santé⁷⁵. Ils sont également chargés de la gestion des fonds collectés au titre de l'assurance maladie, et parfois de la gestion des programmes spéciaux de gratuité liés à l'assurance maladie universelle.

Cependant, les textes qui les créent prévoient généralement qu'ils peuvent déléguer certaines de leurs fonctions techniques à des organismes dits de gestion déléguée. Les organismes de gestion déléguée sont des structures publiques ou privées chargées de gérer un volet quelconque de la mise en œuvre du régime d'assurance maladie universelle, sur la base d'une convention conclue avec l'organisme de gestion. Il peut s'agir, notamment, d'autres organismes de prévoyance sociale comme la caisse nationale de sécurité sociale, de mutuelles sociales,

mission qui est la gestion d'un ou de plusieurs régimes de sécurité sociale et la participation à la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale.

⁷⁰ Art. 30 de la Loi n° 2015-42 du 28 décembre 2015 portant institution du Régime d'assurance maladie universelle en République du Bénin.

⁷¹ Décret n° 2018-0265/PRES/PM/MINEFID/MFPTPS du 09 avril 2018 portant création d'un organisme de gestion dénommé Caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU).

⁷² Décret n° 2014-395 du 25 juin 2014 portant création et l'Institution de prévoyance sociale dénommée « Caisse nationale d'assurance maladie, en abrégé IPS-CNAM.

⁷³ Part I, Section I, National Health Insurance Act, du 12 septembre 2003, remplacé par la *National Health Insurance Act 852* du 14 novembre 2012.

⁷⁴ Art. 9 de la loi n° 2011-003 du 18 février 2011 instituant un Régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés.

⁷⁵ L'article 2 du Décret n° 2018-0265/PRES/PM/MINEFID/MFPTPS du 09 avril 2018 portant création d'un organisme de gestion dénommé Caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) au Burkina Faso, par exemple, dispose que : « *La CNAMU est un établissement public de prévoyance sociale chargé de gérer le régime d'assurance maladie universelle au bénéfice de la population burkinabè, à l'exception des éléments des forces armées et des membres de leurs familles* ».

d'assureurs privés ou de sociétés de gestion de maladie de type privé⁷⁶. Le recours à ces organismes de gestion déléguée se justifie non seulement par la nécessité de mettre en place un système intégré de gestion de la CSU, mais aussi par les besoins de l'approche stratégique de mise en œuvre de celle-ci qui s'appuie sur ces organismes de gestion déléguée pour intégrer certaines catégories sociales dans le système national de la CSU. En effet, d'une part, le recours aux organismes de gestion déléguée apparaît comme le moyen idoine pour assurer la cohérence du système, en veillant à prendre en compte les initiatives d'assurance maladie qui existaient auparavant (assurances privées, mutuelles de santé) et en établissant une articulation entre les prestations d'assurance maladie de la CSU et les autres prestations de sécurité sociale fournies par les autres organismes de prévoyance sociale. D'autre part, il se révèle être un moyen stratégique performant pour étendre progressivement la CSU aux acteurs de l'économie informelle, du monde rural et du secteur des travailleurs indépendants.

A cet égard, les mutuelles sociales sont apparues comme des partenaires stratégiques incontournables dans la mise en œuvre de la CSU dans la plupart des Etats ouest africains⁷⁷. En effet, les systèmes de CSU mis en place ou en cours de construction dans ces pays sont essentiellement des systèmes contributifs fondés sur les cotisations des assurés sociaux pour le financement de la CSU⁷⁸. Or, les seules cotisations sociales des salariés du secteur formel, public et privé, ne suffisent pas pour assurer la couverture sanitaire de l'ensemble de la population, en raison du faible nombre des travailleurs salariés du secteur formel et de l'ampleur de l'économie informelle et de l'économie rurale dans ces Etats⁷⁹. La Banque mondiale reconnaît, en effet, que « *Les régimes contributifs sont confrontés à des défis importants dans les pays où la main-d'œuvre est employée principalement dans le secteur informel comme c'est le cas de l'Afrique de l'Ouest francophone* »⁸⁰. Compte tenu des difficultés de couvrir les travailleurs du secteur informel, la grande majorité des Etats de la sous-région ont opté pour la

⁷⁶ L'article 36 de la loi ivoirienne instituant la couverture maladie universelle prévoit que l'institution de prévoyance sociale chargée de la gestion de la couverture maladie universelle peut déléguer certaines de ses fonctions à des organismes gestionnaires délégués qui peuvent être une autre institution de prévoyance sociale, une société relevant du Code CIMA (Conférence interafricaines des marchés d'assurance), une mutuelle sociale ou une société commerciale justifiant d'une expertise en matière de gestion du risque maladie.

⁷⁷ Pascal N'DIAYE, « Le développement des mutuelles de santé en Afrique », in Gilles DUSSAULT, Pierre FOURNIER, Alain LETOURMY, *op. cit.*, pp. 311-330.

⁷⁸ Le système contributif ou système bismarckien est un modèle de protection sociale s'inspirant du modèle mis en place à la fin du XIX^{ème} siècle en Allemagne par le Chancelier Otto Von Bismarck (1815-1898) contre les risques de maladie, accidents de travail, vieillesse et invalidité et qui est fondé sur les cotisations sociales des assurés et donc sur les prestations sociales destinées à ceux qui ont cotisé. Il se distingue du système beveridgien ou assuranciel, du nom de l'économiste britannique William Beveridge (1879-1963) qui l'a conçu, qui repose sur l'universalité de la protection sociale et le financement de celle-ci par l'impôt. Cf. Maryse BADEL, Olivier PUJOLAR, « Systèmes de santé et accès aux soins : diversité des modèles et enjeux actuels », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, Université de Bordeaux COMPTRESEC, 2008, pp. 105-125, document disponible en ligne à l'adresse : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01075418>, consulté le 26/11/2020.

⁷⁹ En Afrique de l'Ouest, le secteur informel occupe une place essentielle dans l'économie et dans le marché de l'emploi. Cf. Zine El Idrissi MOULAY DRISS et al., *Couverture sanitaire universelle et secteur informel en Afrique de l'Ouest francophone : Etat actuel, perspectives et proposition d'orientations stratégiques*, *op. cit.*, pp. 23-45.

⁸⁰ *Ibid.*, p. 48.

promotion de régimes à base communautaire au travers du développement des mutuelles sociales.

Les mutuelles sociales sont « *des regroupements de personnes qui, essentiellement au moyen de cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants-droit, une action de prévoyance, d'entre-aide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences* »⁸¹. Ce sont donc des personnes morales de droit privé menant des activités à but non lucratif et qui agissent dans divers domaines, dont celui de la santé. Lorsqu'elles agissent essentiellement dans le domaine de la santé, on les qualifie généralement de mutuelles de santé. Les mutuelles de santé ont pour but de faciliter l'accès aux soins de santé de leurs membres, grâce à des cotisations périodiques destinées à prendre en charge le risque maladie.

C'est pourquoi, dans leur stratégie de mise en œuvre de la CSU, la grande majorité des Etats ouest africains ont prévu le développement des mutuelles sociales comme moyen complémentaire au régime d'assurance maladie obligatoire mis en point pour le secteur formel, afin de permettre l'extension de la couverture sanitaire aux travailleurs des secteurs informel et rural qui ont une certaine capacité contributive et de favoriser la couverture sanitaire de la majorité de leurs populations. Aussi, s'inspirant des expériences des mutuelles sociales du Rwanda et du Ghana⁸², ils entendent les développer et les intégrer dans leurs systèmes nationaux de CSU, notamment en leur confiant des tâches spécifiques en tant qu'organismes de gestion déléguée de l'assurance maladie universelle. En faisant des mutuelles sociales des organismes de gestion déléguée des régimes d'assurance maladie universelle, les législations nationales y relatives confirment cette stratégie et font des mutuelles sociales des partenaires stratégiques des caisses nationales d'assurance maladie dans la mise en œuvre de la CSU.

Ainsi, la mise en place effective des organismes de gestion et le développement des mutuelles sociales en tant qu'organismes de gestion déléguée marquent une étape majeure dans le processus de mise en œuvre de la CSU. Ils ouvrent la voie à la mise en place ou à l'extension de la CSU.

2. *L'établissement de régimes juridiques de la CSU*

Conscients de l'importance de la protection sociale dans le domaine de la santé et engagés dans un processus de mise en œuvre de la CSU, la plupart des Etats ouest africains ont déployé, au cours de ces dernières années, des efforts qui tendent à étendre la couverture sanitaire universelle à l'ensemble de leurs populations. Ces efforts se traduisent notamment par la mise en place d'un ou de deux régimes juridiques d'assurance maladie de base complété(s) par un ou plusieurs programmes spécifiques permettant d'intégrer dans le système des catégories

⁸¹ Article 1^{er} du Règlement n° 07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA.

⁸² Au Ghana, par exemple, le système national de CSU, qui est fondé sur une assurance maladie universelle légale pour le secteur formel, s'appuie sur l'assurance maladie décentralisée fournie par les mutuelles communautaires de santé pour l'extension de la couverture sanitaire au secteur informel. Cf. Valéry RIDDE et al., « Les défis des mutuelles communautaires en Afrique d'Ouest », in Valéry RIDDE, *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne*, Ed. Science et Bien commun, 2021, pp. 755-775.

socio-professionnelles comme les travailleurs des secteurs informel et agricole et les populations pauvres ou indigentes, en vue d'atteindre les objectifs de la CSU⁸³.

Le régime juridique d'assurance maladie de base est le noyau dur à partir duquel se construit l'ensemble du système de CSU. En règle générale, les pays ouest africains qui mettent en œuvre la CSU ont construit leur système en choisissant un régime d'assurance maladie de base comme élément central de la CSU en s'inspirant d'un des modèles de sécurité sociale qui existent à travers le monde, à savoir le système contributif obligatoire, de type bismarckien, ou le système non-contributif à base fiscale, de type beveridgien.

Le système contributif obligatoire repose sur un système de prépaiement assuré par les cotisations des employeurs et des bénéficiaires. Il concerne généralement les régimes d'assurance maladie obligatoire établis par un texte législatif au profit des travailleurs du secteur formel, public et/ou privé. S'inspirant du modèle bismarckien, tel qu'il a été construit et développé en Europe continentale, il constitue le noyau dur de la couverture maladie universelle mis en place dans la plupart des Etats francophones d'Afrique de l'Ouest, celui à partir duquel celle-ci doit s'étendre progressivement au reste de la population. Le système contributif obligatoire est, en effet, établi au profit des personnes facilement identifiables, disposant de revenus connus et bénéficiant déjà d'une couverture sociale dans d'autres branches de la sécurité sociale (prestations familiales, pension de vieillesse, accident de travail et maladie professionnelle, etc.). Il se caractérise par la participation obligatoire des assurés sociaux au financement de l'assurance maladie universelle, au moyen de cotisations sociales et par un prélèvement à la source desdites cotisations. Il couvre généralement les travailleurs du secteur public que sont les fonctionnaires, les militaires, les policiers, les gendarmes, les employés des collectivités territoriales, des entreprises publiques, les parlementaires, ainsi que les travailleurs du secteur privé et les membres de leurs familles respectives. C'est le cas, notamment, de la loi n° 2011-003 du 18 février 2011 instituant un Régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés de la République Togolaise. C'est le cas aussi de la loi n° 2015-42 du 28 décembre 2015 portant institution du Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) en République du Bénin, dont l'article 3 dispose que « *Le RAMU est un régime obligatoire (...)* »⁸⁴.

Le système non-contributif à base fiscale est mis en place essentiellement dans les pays anglophones comme le Ghana, le Liberia, le Nigeria et la Sierra Leone. Fondé sur le modèle beveridgien, tel qu'il a été conçu en Grande-Bretagne dans les années 1940 sur la base du fameux rapport de William Beveridge sur la sécurité sociale de 1942, il vise à couvrir l'ensemble de la population grâce à une imposition fiscale opérée sur des activités économiques comme la consommation, les activités minières ou la téléphonie mobile. Au Ghana, par exemple, le Programme national d'assurance maladie est financé principalement par la taxe nationale de l'assurance maladie, basée sur la taxe sur la valeur ajoutée (TVA au taux de 2,5%). Les produits de cette taxe représentent 70 à 75% des financements du régime national

⁸³ Lire à ce sujet : Valéry RIDDE (dir.), *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne*, ESBC, Québec, 2021, 827 p.

⁸⁴ Voir également, dans le même sens : la loi n° 09-015 du 26 juin 2009 de la République du Mali portant institution du Régime d'assurance maladie obligatoire ; la loi n° 2014-131 du 24 mars 2014 de la République de Côte d'Ivoire instituant la Couverture Maladie Universelle ; la loi n+ 060-2015/CNT du 05 septembre 2015 du Burkina Faso portant Régime d'assurance maladie universelle.

d'assurance maladie, les 25 à 30% restant étant assurés par les cotisations des travailleurs des secteurs public et privé et par la Réserve nationale de la sécurité sociale (environ 20%), et par d'autres ressources (10%)⁸⁵.

Les programmes complémentaires sont des initiatives de couverture sanitaire conçues au profit de catégories socio-professionnelles déterminées en vue de favoriser leur accès aux soins de santé et de faciliter leur intégration progressivement dans le système national de CSU. A cet égard, tous les pays ouest africains ont déjà mis en place ou sont en train de mettre en place un ou plusieurs programmes complémentaires. Parmi les initiatives dans ce sens, on notera particulièrement les programmes non-contributifs et les programmes contributifs non-obligatoires.

Les programmes non-contributifs, ou programmes d'exemption des paiements directs, sont l'ensemble des initiatives de gratuité médicale mises au point au profit des personnes vulnérables ou des personnes indigentes ou démunies. Initiées à partir des années 1990, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, ces programmes de gratuité de soins médicaux sont généralement établis soit au profit de la population dans son ensemble, soit au profit d'une catégorie de la population. Les programmes de gratuité pour toute la population concernent, par exemple, les programmes de prévention de certaines maladies comme le paludisme, la méningite, l'hépatite. Ils se traduisent sous forme d'action de vaccination ou de distribution gratuite de produits comme les moustiquaires imprégnées. Les programmes de gratuité au profit d'une partie de la population visent généralement les couches sociales vulnérables comme les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans, les personnes âgées, les personnes vivant avec un handicap, les personnes vivant avec le VIH/Sida, etc. Généralement établis sur la base d'une décision politique ou administrative, ils sont parfois formalisés sous forme de régimes d'assistance médicale directement financés par le budget de l'Etat, avec l'appui de la coopération internationale. Selon Emilie ROBERT et Oumar MALLÉ SAMB, « *tous les pays de la CEDEAO ont mis en place au moins une mesure d'exemption des paiements directs des soins* »⁸⁶. Selon les statistiques de la Banque mondiale, « *89% des pays [d'Afrique de l'Ouest francophone] disposent d'un régime dédié aux pauvres ; 78% ont un programme de gratuité ciblant les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et 33% offrent un régime [de gratuité] au profit des personnes âgées* »⁸⁷.

Ces programmes de gratuité de soins de santé contribuent sans nul doute à la réalisation des objectifs de la CSU, en ce qu'ils permettent d'étendre la couverture sanitaire aux couches sociales défavorisées qui n'ont pas une capacité contributive suffisante pour adhérer aux régimes d'assurance maladie contributifs. Ils permettent d'éviter que des citoyens ne soient écartés de la CSU en raison de leur pauvreté et apparaissent ainsi comme des instruments de

⁸⁵ Cf. Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2010, op. cit.*, p. 30.

⁸⁶ Cf. Emilie ROBERT, Oumar MALLÉ SAMB, « Pour une cartographie des soins de santé gratuits en Afrique de l'Ouest », *Afrique contemporaine*, 2012/3, n° 243, pp. 100-101. Voir aussi Inke MATHAUER, Benoît MATHIVET ? Joe KUTZIN, *Les politiques de gratuité : Opportunités et risques en marche vers la couverture sanitaire universelle*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2017, 12 p. ; *Revue Afrique contemporaine* n° 243, 2012/3, numéro spécial "Gratuité des soins : une évaluation des politiques publiques", 164 p.

⁸⁷ Zine Eddine El Idrissi MOULAY DRISS et al., *op. cit.*, p. 49.

justice sociale qui favorisent une sorte de redistribution des revenus au profit des couches sociales les plus défavorisées⁸⁸.

Les programmes contributifs volontaires sont l'ensemble des régimes d'assurance maladie non obligatoires établis par des textes législatifs ou réglementaires ou proposés par le secteur privé, c'est-à-dire les compagnies d'assurance privées. Fondés sur le principe du volontariat ou de la libre adhésion, ces programmes permettent aux adhérents d'accéder aux soins de santé par un système de prépaiement souscrit soit auprès d'une mutuelle de santé, soit auprès d'un assureur privé. Ouverts généralement à tout le monde, ces programmes présentent divers enjeux stratégiques dans le processus de mise en œuvre de la CSU.

Les assurances privées, qui fournissent une couverture sanitaire à leurs assurés, subordonnent celle-ci au paiement de primes d'assurance fixées sur la base de la loi du marché d'assurance. Généralement sollicitées par des entreprises privées et par des salariés des secteurs public et privé, elles peuvent participer à l'extension de la CSU à travers des conventions conclues avec les organismes de gestion de l'Assurance maladie universelle en qualité d'organismes de gestion déléguée ou à travers un système de prestations complémentaires pour les prestations ou les frais non pris en charge par les organismes de gestion. Toutefois, non seulement l'accès à ces assurances privées est inaccessible financièrement à la grande majorité des populations ouest africaines en raison de leurs coûts très élevés, mais en outre, elles ne couvrent qu'une partie très limitée de ces populations et apparaissent comme des systèmes privilégiés réservés aux riches et excluant les pauvres⁸⁹.

Par contre, les régimes offerts par les mutuelles de santé présentent un enjeu stratégique beaucoup plus important, dans la mesure où ils permettent l'extension de la CSU aux travailleurs des secteurs informel et rural qui forment la grande majorité des travailleurs dans les pays ouest africains.

Leur développement et le renforcement des capacités contributives de leurs membres constituent donc un enjeu stratégique important pour atteindre les objectifs de la CSU.

Tout compte fait, aucun de ces mécanismes de financement ne suffit à lui seul à garantir la pérennité, l'équité et l'efficacité du système d'assurance maladie universelle. C'est pourquoi, la plupart des pays ouest africains ont adopté une stratégie combinant les régimes de base avec les programmes complémentaires. Cette approche a permis des progrès non-négligeables dans la mise en œuvre de la CSU dans tous les pays ouest africains, même s'il existe d'importantes disparités d'un pays à un autre.

Les données statistiques mondiales publiées en 2019 par l'OMS sur les indicateurs de la couverture sanitaire universelle en 2017 permettent de classer les pays ouest africains en trois grands groupes : le groupe 1, qui est constitué des pays dont l'indice de couverture est supérieur à 50%, ne comporte qu'un seul pays, à savoir le Cap-Vert qui a atteint, en 2017, un taux de couverture de 68,9%. Le groupe 2 comprend les pays dont l'indice de couverture est compris

⁸⁸ Cf. Margot NAULEAU, Blandine DESTREMAU et Bruno LAUTIER, « 'En chemin vers la couverture sanitaire universelle'. Les enjeux de l'intégration des pauvres dans le système de santé », *Revue Tiers Monde*, 2013/3, n° 215, p. 129-148.

⁸⁹ Pour un aperçu général sur le rôle des assurances privées dans la mise en œuvre de la CSU, voir : Pierre-Louis BRAS, Didier TABUTEAU, « Les assurances maladies privées », in Pierre-Louis BRAS, Didier TABUTEAU, *Les assurances maladie*, Paris, PUF, 2012, pp. 53-72.

entre 40 et 50%. Ils sont au nombre de six, à savoir : la Côte d'Ivoire (47,3%), la Gambie (43,9%), le Ghana (47,4%), le Nigeria (42,1%), le Sénégal (45,4%) et le Togo (43,4%). Le groupe 3, qui est composé des pays dont l'indice est compris entre 30 et 40%, comprend la majorité des pays ouest africains : le Bénin (39,6%), le Burkina Faso (38%), la Guinée (36,7%), la Guinée-Bissau (39,9%), le Liberia (38,6%), le Niger (36,6%), le Mali (37,5%) et la Sierra Leone (38,8%)⁹⁰. Même si ces données statistiques sont parmi les plus faibles au monde en comparaison avec celles d'autres pays africains⁹¹, des pays développés du Nord ou des autres pays en développement d'Asie et d'Amérique latine, elles traduisent cependant la prise de conscience des Etats ouest africains sur l'importance de la CSU pour leurs populations et leur détermination à œuvrer à sa réalisation.

En tout état de cause, il faut reconnaître que la réalisation des objectifs de la CSU constitue pour la plupart d'entre eux d'immenses défis.

B. Les limites de la mise en œuvre de la CSU

Si la plupart des pays développés, qui ont mis en place leurs systèmes de protection sociale depuis le début du XXème siècle, ont pu réaliser aujourd'hui la CSU, la mise en œuvre de celle-ci reste un immense défi pour les Etats en développement en général et pour les Etats africains en particulier⁹². La plupart des textes qui consacrent la CSU sont très peu appliqués dans la réalité et la CSU peine à être effective. La réalisation des objectifs de la CSU dans les Etats ouest africains se heurte, en effet, à de nombreuses limites objectives. Ces limites peuvent être regroupées en deux grandes catégories : d'une part, les limites liées à l'opérationnalisation de la CSU (1) et, d'autre part, celles liées à son financement (2).

1. Les limites tenant à l'opérationnalisation de la CSU

Ce sont les limites liées au processus même de mise en place de la CSU et qui supposent la maîtrise d'un ensemble de paramètres techniques indispensables à l'effectivité d'un système national complexe d'assurance maladie. L'opérationnalisation de la CSU suppose, en effet, non seulement le choix d'un régime d'assurance maladie adapté, mais aussi la mise en place d'un mécanisme de gouvernance efficace du système, la définition d'un paquet minimum de soins de santé, le renforcement de la qualité du système de santé dans son ensemble et l'amélioration

⁹⁰ Cf. World Health Organization, *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019, Global Monitoring Report*, Geneva, 2019, pp. 134-138, document disponible en ligne à l'adresse : https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf, consulté le 24/02/2021. Voir aussi pour les données de 2015 : World Health Organization, *The World Bank, Tracking Universal Health Coverage : 2017 Global Monitoring Report*, The World Bank, Washington DC, 2017, p. 48-54, document disponible en ligne, à l'adresse : http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/, consulté le 15/02/2021.

⁹¹ Plusieurs pays d'autres régions africaines ont des taux de couverture supérieurs à 50% : Afrique du Sud (69,1%) Botswana (61,3%), Egypte (67,7%), Kenya (55,1%), Maurice (62,7%), Namibie (61,7%), Rwanda (56,9%), Seychelles (71%), Tunisie (69,6%), Zambie (53,3%), Zimbabwe (54,1%).

⁹² Pour un aperçu général sur les défis de la mise en place de la CSU dans les pays en développement, lire James AKAZILI et Charlotte SOULARY, « La couverture santé : Un combat universel. Un défi pour les pays du Sud », *Le Monde diplomatique*, janvier 2014, pp. I et IV ; Jean-Pierre SERY, Alain LETOURMY, « Couverture du risque maladie en Afrique francophone : Etat des lieux, défis et perspectives », in Gilles DUSSAULT et al., *L'Assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, op. cit., pp. 1997-225.

de la qualité de l'offre de soins. Or, la réunion de toutes ces conditions s'avère particulièrement complexe pour la plupart des Etats ouest africains, ce qui peut compromettre l'effectivité de l'assurance maladie universelle, du moins à court et à moyen termes.

Le choix du régime d'assurance maladie n'est pas la moindre des limites rencontrées par les Etats ouest africains dans l'opérationnalisation de la CSU. Il s'agit, pour eux, de choisir un régime juridique qui assure l'accès universel aux soins de santé pour tous les citoyens, conformément aux principes d'équité et de justice sociale, tout en veillant à la qualité des soins de santé et à la pérennité du système. A cet égard, ils ont, par hypothèse, le choix entre deux modèles d'assurance maladie qui existent à travers le monde : le système bismarckien, qui repose sur les cotisations sociales des assurés sociaux, et le système beveridgien, qui repose sur l'impôt⁹³. Cependant, tout en s'inspirant de l'un ou de l'autre de ces deux grands systèmes, ils les ont combinés avec des formules complémentaires pour tenir compte de leur situation socio-économique spécifique, encouragés en cela par les institutions internationales comme l'OMS, l'OIT et la Banque mondiale⁹⁴. Ils ont également le choix entre la formule d'un régime unique visant à couvrir tous les résidents et celle de deux ou plusieurs régimes couvrant des catégories socio-professionnelles différentes. Selon le choix du régime d'assurance maladie universelle, sa gestion peut s'avérer particulièrement complexe et déboucher sur l'exclusion d'une frange de la population. De ce point de vue, la principale limite de l'opérationnalisation de la CSU réside dans les difficultés d'extension du régime d'assurance maladie aux travailleurs du secteur informel et du monde rural, ainsi qu'aux populations indigentes⁹⁵.

La gouvernance du système national d'assurance maladie universel constitue également un immense défi pour les Etats ouest africains et un obstacle potentiel à l'effectivité de la CSU. La gouvernance du système national d'assurance maladie concerne le processus et les institutions de prise de décisions sur le fonctionnement de la CSU. Elle garantit la réalisation des objectifs du système de la CSU, favorise sa gestion saine et performante et permet d'assurer son intégrité et son équité du système. Tout comme la bonne gouvernance d'une administration publique, elle repose sur les principes de transparence, de redevabilité, de participation citoyenne, de responsabilité et d'intégrité pour bénéficier de la confiance de tous les acteurs. Comme le reconnaît l'OMS, « *la gouvernance est un pilier essentiel de tous les systèmes de santé* »⁹⁶. Ayant tous opté pour des systèmes nationaux de CSU combinant plusieurs programmes ou plusieurs modèles, les Etats ouest africains doivent, en effet, trouver un mécanisme de gouvernance ordonné et efficace permettant une convergence des différentes initiatives de couverture sanitaire vers la réalisation d'un objectif commun qui est l'accès aux soins de santé pour tous. Ce mécanisme de bonne gouvernance du système est d'autant plus nécessaire que, dans la plupart des cas, les différents programmes visant l'accès aux soins de santé des

⁹³ Cf. supra, II, A, 2.

⁹⁴ Cf. Organisation mondiale de la Santé, *Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle, Rapport du Groupe consultatif de l'OMS sur la Couverture sanitaire universelle équitable*, Genève, OMS, 2015, 74 p.

⁹⁵ Lire à ce sujet : Zine Eddine El Idrissi MOULAY DRISS et al., *Couverture sanitaire universelle et secteur informel en Afrique de l'Ouest francophone : Etat actuel, perspectives et propositions d'orientations stratégiques*, op. cit., 84 p.

⁹⁶ Organisation mondiale de la Santé, Groupe de la Banque mondiale, *Systèmes de santé pour une couverture santé universelle. Une vision commune pour la santé de tous*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Banque internationale pour la reconstruction et le développement, 2018, p. 18.

populations sont dispersés et partagés entre plusieurs acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux aux intérêts parfois divergents. Ce faisant, les organes de gestion des régimes d'assurance maladie se trouvent le plus souvent confrontés à des difficultés de coordination des différents acteurs et des programmes. Il s'ensuit une fragmentation du système d'assurance maladie universelle, une duplication administrative et une dispersion des efforts, ce qui peut conduire à une inefficacité du système. Ce défi de la gouvernance du système de CSU, s'il n'est pas maîtrisé, peut constituer un obstacle majeur à la réalisation de ses objectifs.

Par ailleurs, la définition du paquet de soins de l'assurance maladie universelle constitue aussi un des défis importants auxquels sont confrontés les Etats ouest africains dans la mise en œuvre de la CSU. Celle-ci suppose, en effet, la définition d'un minimum de services de santé à offrir de façon égalitaire à tous les bénéficiaires. Ce panier de soins minimum universel doit permettre à la fois de répondre aux principaux besoins sanitaires de la population et de satisfaire aux exigences de la qualité des soins de santé. Il devrait être universel et défini d'une manière homogène dans le cadre de la CSU pour toutes les catégories de la population couverte, afin de garantir l'équité du système et d'éviter de créer une CSU à plusieurs vitesses. Si le panier de soins est défini de façon trop restrictive, il ne permettra pas d'assurer des soins de qualité à la population, ce qui constituerait une limite sérieuse à l'effectivité du système. Si, en revanche, il est défini de façon trop large, il soulèvera la question de son financement et de sa pérennisation, compte tenu des coûts élevés des soins de santé, ce qui constituerait également un frein à l'opérationnalisation du système. Le panier de soins devrait donc être défini en tenant compte des besoins essentiels de la population en matière de santé, tout en veillant à assurer l'équité et la justice sociale et en garantissant des coûts abordables. En d'autres termes, l'offre de soin doit être satisfaisante en quantité et en qualité et répondre aux besoins de santé de la population, dans l'équité et la justice sociale.

Mais, la limite de l'opérationnalisation la plus cruelle à laquelle doivent faire face les Etats ouest africains dans l'opérationnalisation de la CSU reste sans doute la faiblesse même des systèmes de santé face aux besoins immenses de santé de la population, ainsi que le faible développement subséquent du droit de la santé. Les systèmes de santé des pays ouest africains se caractérisent, en effet, par leur faible performance et par leur incapacité de répondre aux besoins sanitaires des populations, aussi bien en quantité qu'en qualité. En règle générale, les services de santé ne sont pas suffisamment déployés sur l'ensemble du territoire national et sont le plus souvent physiquement éloignés des populations rurales, ce qui engendre une difficulté d'accès physique aux soins de santé. Les structures sanitaires publiques sont généralement concentrées dans la capitale et dans les zones urbaines, au détriment des zones rurales. La pyramide sanitaire, qui a été considérablement développées ces dernières années dans la plupart de ces pays, reste cependant éloignée de la grande majorité des populations rurales qui ont, de ce fait, un accès limité aux soins de santé, en raison de la répartition géographique inéquitable des services de santé. A ces difficultés d'accessibilité géographique aux services de santé, il convient d'ajouter les difficultés d'accès financier des populations, en raison de l'importance de la pauvreté et de la prédominance du système de paiements directs des soins de santé par les ménages. Il s'ensuit des taux de fréquentation des formations sanitaires relativement bas, même dans les localités où celles-ci existent. Qui plus est, les systèmes nationaux de santé de la plupart des Etats ouest africains souffrent d'un défaut de qualité de leur offre de soins. Très peu équipées et ne disposant pas toujours d'un personnel de santé en qualité et en nombre suffisants, les formations sanitaires publiques ne sont pas toujours en mesure de répondre aux besoins sanitaires de la population. Le déficit en personnel de santé qualifié et la faible qualité de l'offre

de soins constituent un frein important à la mise en œuvre efficace de la CSU⁹⁷. Comme le reconnaissent les experts de la Banque mondiale, « *la mauvaise qualité des soins de santé compromet la CSU* »⁹⁸. Cette situation est aggravée par le faible développement du droit de la santé dans les Etats ouest africains. Face à la mauvaise qualité des soins de santé ou aux difficultés d'accès à ces soins dans les formations sanitaires publiques, les patients disposent de très peu de garanties pour faire respecter leur droit à la santé, en raison des faiblesses intrinsèques du dispositif normatif régissant le domaine de la santé. La justiciabilité du droit à la santé reste, en effet, illusoire dans la plupart de ces Etats, même si elle est reconnue par la Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples⁹⁹.

C'est pourquoi, les systèmes de santé de la plupart des Etats ouest africains se trouvent le plus souvent dans l'incapacité de juguler certaines grandes maladies transmissibles comme le VIH/SIDA ou la tuberculose ou de faire face à des grandes pandémies. La récente épidémie d'Ebola qui a sévi en Afrique de l'Ouest entre 2014 et 2016, ainsi que la fameuse pandémie de la Covid-19 qui sévit à travers le monde depuis mars 2020 ont montré au grand jour l'extrême faiblesse des systèmes de santé des pays ouest africains et leurs limites dans la prise en charge efficace de ces fléaux des temps modernes. C'est donc à juste raison que Pierre FOURNIER et Caroline TOURIGNY affirment que : « *Les faiblesses quantitatives et qualitatives de l'offre [de soins] constituent une contrainte majeure dans le fonctionnement des assurances santé en Afrique subsaharienne* »¹⁰⁰.

L'amélioration des systèmes de santé et de la qualité de l'offre de santé est donc une condition nécessaire pour la mise en œuvre de la CSU dans les Etats ouest africains. Cette amélioration passe nécessairement par le relèvement des défis financiers de la CSU.

2. *Les limites liées au mécanisme de financement de la CSU*

L'une des préoccupations majeures auxquelles sont confrontés les Etats ouest africains dans la mise en œuvre de la CSU reste incontestablement la question du financement de celle-ci. La mise en œuvre de la CSU suppose, en effet, la mobilisation d'importantes ressources financières pour mettre en place un système de santé fiable et efficace et pour prendre en charge les frais induits par les soins de santé offerts aux populations. Or, en tant que pays à faible revenu, les Etats ouest africains éprouvent d'importantes difficultés pour mettre en place des mécanismes

⁹⁷ Lire à ce sujet : Lara GAUTIER, Valéry RIDDE, « Les politiques visant la couverture sanitaire universelle et les perceptions de la qualité des soins de santé », in *Politiques et programmes de santé maternelle et infantile en Afrique*, 2017, pp. 75-93, article disponible en ligne à l'adresse : https://hal.archives-ouvertes.fr/hal_01586496, consulté le 15/02/2021.

⁹⁸ Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale, *La Couverture santé universelle en Afrique : Un cadre d'action*, op. cit., p. 12, paragr. 17.

⁹⁹ Lire à ce sujet : Emmanuel GUEMATCHA, « La justiciabilité du droit à la santé en Afrique : les décisions de la Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples », *Droit fondamentaux*, revue électronique du CRDH, n° 16, 2018, disponible en ligne, à l'adresse : <https://www.crdh.fr?p=5136>, consulté le 03/02/2022.

¹⁰⁰ Pierre FOURNIER, Caroline TOURIGNY, « Offre de soins et assurance : Les enjeux en Afrique francophone », in Gilles DUSSAULT, Pierre FOURNIER, Alain LETOURMY, *L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Publication Banque mondiale, Washington DC, 2006, p. 507.

de financement adéquats de la CSU. Cette préoccupation concerne aussi bien le mécanisme de financement de la CSU elle-même que celui du système de santé dans son ensemble¹⁰¹.

La mise en place d'un mécanisme adéquat de financement de la CSU présente un enjeu fondamental pour tous les Etats ouest africains. Il s'agit de mettre en point un mécanisme financier approprié permettant de mobiliser d'importantes ressources financières pour la prise en charge des dépenses liées aux soins de santé à offrir aux populations. A cet égard, en décidant de mettre en œuvre la CSU, les Etats ouest africains, à l'instar des autres Etats africains, ont conscience qu'un tel engagement exigera des ressources financières très importantes. Aussi, sous l'impulsion des partenaires techniques et financiers, ont-ils mis au point diverses stratégies de financement de la CSU. A cet effet, ils se sont tous inspirés des mécanismes classiques de financement de la sécurité sociale tel que mis au point par les pays développés, tout en faisant appel à des moyens complémentaires de financement. Les systèmes classiques de financement de la sécurité sociale, qui reposent soit sur les cotisations des assurés sociaux (système bismarckien), soit sur l'impôt (système beveridgien) permettent, en effet, de garantir des ressources financières sûres et durables pour la prise en charges des soins de santé, comme l'ont démontré les expériences des pays occidentaux¹⁰². Toutefois, les ressources financières générées par ces systèmes ne peuvent à elles seules suffire à assurer le financement de la CSU. Pour Zine Eddine El Idrissi MOULAY DRISS et autres, « *Les fonds générés par les cotisations d'assurance sociale sont une source de fonds mais ne seront jamais suffisants pour achever la couverture universelle et assurer un panier de soins de qualité* »¹⁰³. C'est pourquoi, tous les Etats ouest africains engagés dans la mise en œuvre de la CSU font appel au budget de l'Etat et à l'aide internationale¹⁰⁴ pour compléter les cotisations sociales ou les ressources fiscales. Toutefois, la contribution du budget national reste faible dans la plupart de ces Etats et l'aide internationale en matière de santé n'est pas sans limite et dépend du bon vouloir des partenaires techniques et financiers. Le financement de la CSU reste donc un immense défi pour tous les Etats ouest africains¹⁰⁵.

Afin de surmonter ce défi, de nombreux auteurs et des institutions financières internationales préconisent à la fois l'augmentation du budget de l'Etat affecté à la santé et la recherche de sources de financement innovantes permettant de dégager des ressources financières additionnelles à affecter directement à la CSU. L'augmentation du budget de l'Etat affecté à la

¹⁰¹ Pour une analyse d'ensemble sur la problématique du financement de la CSU, voir : Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2010. Le financement du système de santé : le chemin vers la couverture universelle*, Genève, éd. OMS, 2010, 120 p.

¹⁰² Mireille ELBAUM, « Le financement de la protection sociale. Quelles perspectives au-delà des 'solutions miracles' ? », *Revue de l'OFCE*, 2012/3 n° 122, pp. 263 à 331.

¹⁰³ Zine Eddine El Idrissi et al., *op. cit.* p. 61.

¹⁰⁴ Cf. Groupe de la Banque mondiale, Organisation mondiale de la Santé, *La couverture sanitaire universelle en Afrique : Un cadre pour l'action, publication de la Banque mondiale*, 2017, pp. 6-8, document disponible en ligne à l'adresse : <http://pubdoc.worldbank.org/en/366291472219573738/UHC-IN-AFRICA-FR.pdf>, consulté le 31/01/2020.

¹⁰⁵ Cf. Fondation Pierre FABRE, *Vers la couverture sanitaire universelle en Afrique : Réalisations, défis et perspectives*, Actes de la 4^e Conférence de la Fondation Pierre FABRE, tenue le 3 octobre 2017 à Lavaur, document disponible en ligne à l'adresse : https://www.fondationpierrefabre.org/wp-content/uploads/site/2/2019/02/synthèse_de_la_conference_csdu_03_octobre_2017.pdf, consulté le 28/01/2021.

santé a été préconisée par la Banque mondiale et l’OMS. Elle s’appuie sur la Déclaration d’Abuja de 2001 par laquelle les Etats membres de l’Organisation de l’Unité Africaine (OUA), aujourd’hui membres de l’Union africaine, se sont engagés à consacrer au moins 15% de leur budget national aux dépenses de santé publique. Quant à la recherche de sources innovantes de financement de la santé, elle est également encouragée par les institutions financières internationales qui formulent des propositions allant de l’imposition de nouvelles taxations sur des activités nouvelles comme la téléphonie mobile, les investissements directs étrangers à l’affectation d’une part des recettes minières à la CSU, en passant par la taxation de l’exploitation de ressources minières, la taxation des produits néfastes pour la santé (tabac, alcool), les taxes sur les billets d’avion, les prélèvements sur les transactions financières et sur les changes de devises, les taxes touristiques, etc.¹⁰⁶. A vrai dire, cette diversification des sources de financement de la CSU impliquera non seulement une réforme en profondeur du droit fiscal pour prendre en compte les nouvelles taxes induites par ces sources innovantes de financement, mais encore un réaménagement des principes de gestion budgétaire de l’Etat, en particulier celui du principe de l’unité budgétaire qui constitue un des principes directeurs du droit des finances publiques dans la majorité des Etats ouest africains.

Mais, au-delà de la question du financement de la CSU, la mise en œuvre de celle-ci soulève, en deuxième lieu, toute la question du financement du système de santé dans les Etats d’Afrique de l’Ouest. Le financement du système de santé dépasse, en effet, la question de la prise en charge des soins de santé, car il touche des volets distincts tels que les infrastructures de santé, les personnels de santé, les équipements sanitaires, la recherche scientifique et technologique en matière de santé et la lutte contre les grandes maladies. A cet égard, la plupart des auteurs s’accordent à reconnaître que les dépenses de santé coûtent chères dans tous les pays et que l’amélioration des systèmes de santé passe nécessairement par l’augmentation et la rationalisation des dépenses de santé. Cette idée centrale est, d’ailleurs, au cœur des réflexions au sein de l’OMS¹⁰⁷ et de la Banque mondiale depuis au moins une vingtaine d’années. La Banque mondiale en particulier, après avoir, pendant longtemps, encouragé les pays africains à mettre en place un système de financement de la santé fondé sur le paiement direct par les bénéficiaires des soins de santé et s’être opposée à l’augmentation des dépenses de santé, alors perçues comme une charge trop lourde pour le budget des pays en développement, considère, aujourd’hui, les dépenses publiques de santé comme un investissement social qu’elle encourage¹⁰⁸.

Consciente de cette situation, la Conférence des Chefs d’Etat et de Gouvernement de l’Organisation de l’OUA avait adopté, en 2001, la Déclaration d’Abuja, par laquelle les Etats

¹⁰⁶ Pour un aperçu général sur les sources innovantes de financement de la santé, voir : Organisation mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde 2010, op. cit., pp. 30-34 ; Taskforce sur les financements innovants des systèmes de santé, *Des fonds supplémentaires pour les systèmes de santé et une meilleure utilisation des dépenses de santé, Rapport 2009*, 26 p., document disponible en ligne, à l’adresse : https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results_Evidence/HAF_results_lessons/Tasforce_report_2009- french_FR.pdf, consulté le 09/02/2021.

¹⁰⁷ Voir, notamment : Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2010, Le financement des systèmes de santé : le chemin vers la couverture universelle*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010, 120 p, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44372/9789242564020_fre.pdf.

¹⁰⁸ Voir : Diane MCINTYRE, *Enseignements tirés de l’expérience : le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus*, Genève, publication de Global Forum for Health Research, 2007, 77 p.

membres s'étaient engagés à consacrer au moins 15% de leur budget national aux dépenses publiques de santé¹⁰⁹. Dans les faits cependant, si certains pays ouest africains ont, depuis lors, augmenté sensiblement leurs dépenses de santé pour tendre vers cet objectif commun¹¹⁰, la plupart d'entre eux peinent à y parvenir, en raison des limites du budget national face à tant d'autres priorités comme l'éducation, l'eau, l'agriculture, la sécurité, les infrastructures socio-économiques, etc. La réalisation des objectifs de la CSU passe donc nécessairement par une augmentation subséquente des dépenses publiques de santé, par la recherche de sources innovantes de financement et par l'augmentation de l'aide publique au développement en matière de santé, conformément aux recommandations de l'OMS¹¹¹.

Quelles que soient cependant les ressources allouées au fonctionnement de la CSU et aux dépenses de santé publique en général, l'efficacité de la CSU dépendra de la qualité de la gestion de ces ressources. De ce point de vue, les systèmes de santé des pays africains sont très souvent accusés, à tort ou à raison, d'être gangrenés par la corruption, le gaspillage, la fraude et d'autres fléaux de mauvaise gouvernance préjudiciables à leur efficacité. Compte tenu de l'importance des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre de la CSU, de la nécessité de maîtriser la flambée des coûts des prestations de santé et de la nécessité de garantir la pérennité du financement de la CSU, la gestion saine, efficace et durable de ces ressources constitue aussi, en troisième lieu, un défi important pour tous les pays ouest africains. Par conséquent, ceux-ci devraient accompagner la mise en place de leur CSU d'un système de gestion financière transparente, efficace et durable. A cet égard, l'OMS recommande la mise en place d'une « *gestion transparente des fonds pour une meilleure redevabilité, depuis la préparation du budget jusqu'au contrôle financier, en passant par l'allocation des ressources pour les apports et les services qui produisent les meilleurs résultats à moindre coût (...)* »¹¹².

Tout compte fait, les limites de l'opérationnalisation de la CSU et celles de son financement ne sont pas insurmontables. Elles peuvent être progressivement levées en s'inspirant de l'expérience d'autres pays africains comme le Rwanda, le Kenya, l'Éthiopie ou le Lesotho et en exploitant les bonnes pratiques développées par d'autres pays à travers le monde.

¹⁰⁹ Cf. *Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes*, adoptée le 27 avril 2001 par le Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses, tenu les 26 et 27 avril 2001 à Abuja, Nigeria, parag. 26.

¹¹⁰ En 2017, seuls trois pays ouest africains approchaient cet objectif commun de 15% du budget de l'Etat consacré aux dépenses de santé : le Cap-Vert (9,9%), le Burkina Faso (10%) et le Niger (9,7%). Quatre pays avaient un taux compris entre 5% et 9% : Côte d'Ivoire (5,1%), Ghana (6,1%), Mali (5,8%), Sierra Leone (7,9%), Togo (5,1%). Les autres pays avaient un taux inférieur à 5% : Bénin (4,6%), Gambie (3%), Guinée (4,1%), Guinée-Bissau (3%), Liberia (4,2%), Nigeria (4,6%), Sénégal (3,9%). Cf. World Health Organization, *World Health Statistics 2020, Monitoring for the SDGs Sustainable Development Goals*, Geneva, World Health Organization, 2020, pp. 59-65, document disponible en ligne à l'adresse : .

¹¹¹ Cf. Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2010, Les systèmes de financement de la santé*, op. cit., p. 25.

¹¹² Organisation mondiale de la Santé, *Systèmes de santé pour une couverture sanitaire universelle. Une vision commune pour la santé de tous*, éd. OMS, Genève, 2018, p.

Conclusion

En s'engageant à mettre en œuvre la CSU, les Etats de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest s'inscrivent dans une dynamique mondiale incarnée par un des objectifs de développement durable définis par le Programme de développement durable à l'horizon 2030, adopté en septembre 2015 par l'Assemblée générale des Nations Unies. Ce faisant, ils espèrent tous favoriser l'accès aux soins de santé de leurs populations et le renforcement de leur protection sociale, tout en luttant contre la pauvreté et en leur garantissant un minimum de justice sociale.

A cet effet, ils se sont dotés de politiques et de stratégies nationales de santé publique et de protection sociale prévoyant la CSU et ont adopté des textes législatifs et réglementaires instituant des régimes d'assurance maladie et conférant une base juridique solide à une volonté politique clairement affichée. La majorité d'entre eux ont mis en place une caisse d'assurance maladie universelle et des programmes de santé spécifiques visant à favoriser la couverture sanitaire des couches sociales vulnérables ou indigentes. La mise en place de la CSU constitue donc une grande priorité pour tous les Etats ouest africains et jouit d'une consécration abondante par les textes. Dans les faits cependant, la réalisation de l'objectif de la santé pour tous à l'horizon 2030 reste donc pour eux un objectif lointain, d'autant plus que la pandémie du Coronavirus, qui sévit à travers le monde depuis mars 2020, met à rude épreuve les systèmes de santé dans tous les pays et particulièrement dans les pays africains. Selon le Rapport du Secrétaire général des Nations Unies sur les Objectifs de développement durable 2020, en effet, avec les perturbations engendrées par la Covid-19, « *le monde ne tiendra pas sa promesse d'une couverture de santé universelle d'ici à 2030* »¹¹³.

En réalité, il faut reconnaître que la réalisation des objectifs de la CSU constitue un immense défi pour la plupart d'entre eux et se heurte à de nombreuses limites dans la réalité. Pour rendre la CSU effective, ils doivent non seulement lever certaines contraintes techniques et financières, mais en outre explorer des sources de financement innovantes de la santé, tout en veillant à mettre en place un système de gouvernance saine, transparente et efficace. Selon l'OMS, « *Il n'existe pas un chemin unique vers la CSU que chaque pays doit suivre. Pour atteindre la CSU, chaque pays doit faire des progrès dans au moins trois dimensions. Les pays doivent étendre les services prioritaires, inclure plus de personnes, et réduire les paiements directs* »¹¹⁴.

Au fond, la réussite de la CSU dans les Etats ouest africains ne dépendra pas seulement de leur volonté politique, mais aussi de la traduction de cette volonté politique par l'adoption des mesures politiques fortes, notamment liées à l'augmentation des ressources financières, humaines et technologiques consacrées à la santé publique, ainsi que par la mise en œuvre effective et efficiente des textes établissant le ou les régimes d'assurance maladie universelle.

¹¹³ Secrétariat général des Nations Unies, *Rapport sur les Objectifs de développement durable 2020*, p. 31, document disponible en ligne, à l'adresse : https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020_French.pdf, consulté le 25/02/2020.

¹¹⁴ Organisation mondiale de la Santé, *Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle. Rapport final du Groupe consultatif de l'OMS sur la CSU et équitable*, Genève, OMS, 2015, p. 5.