



**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE**

\*\*\*\*\*

**MASTER IN BUSINESS ADMINISTRATION / GESTION DES  
SERVICES DE SANTE (MBA/GSS)**

\*\*\*\*\*

**OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE**

\*\*\*\*\*

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

**THEME : Contribution à la mise en œuvre d'un  
mécanisme efficace de financement de l'Agence  
Nationale de l'Assurance Maladie du Bénin.**

Réalisé et soutenu par :

**Christian Comlan AGBOZO**

Sous la direction de :

Maître de stage :

**M. Hugues B. M. TCHIBOZO**

Economiste de la santé/Manager Sanitaire  
Directeur Général Adjoint de l'ANAM/Bénin  
Enseignant Associé à l'ENAM-UAC, à l'IRSP  
et à l'UADC

Directeur de mémoire :

**Dr Kalidou SY**

Université Gaston Berger  
UFR Lettres et Sciences Humaines  
St Louis/Sénégal  
Enseignant associé au CESAG à  
Dakar

**25<sup>e</sup> Promotion**

*Année académique 2014-2015*

Réalisé et soutenu par **Christian Comlan AGBOZO** / CESAG Dakar, décembre 2015

A

La plus **Grande Lumière** de l'univers pour ces nombreuses réalisations dans ma vie

Et

A la mémoire de ma feuie mère **Agnès EDEMESSI** qui, de son vivant, a toujours eu comme souci premier, la réussite de ses enfants.

**DEDICACES**

A ma tendre épouse **Bamidélé Jisleine ADIMI** et à nos deux filles Magdala et Çippora,  
recevez le fruit de tant de moments sacrifiés.

## REMERCIEMENTS

### A

Mon papa **Jean C. AGBOZO**, pour votre souci permanent de me voir épanoui sur le plan familial et professionnel,

Toute l'administration du CESAG notamment le personnel et le corps enseignant de l'Institut Supérieur de Management de la Santé, pour la transmission non seulement du savoir mais aussi du savoir-faire et du savoir-être,

Mon Directeur de mémoire **Dr Kalidou SY**, pour sa disponibilité constante et permanente tout au long de ce travail,

Mon maître de stage M. **Hugues B. M. TCHIBOZO**, pour le suivi et la disponibilité sans faille que vous m'avez accordés pendant et après mon séjour à l'ANAM,

La Directrice Générale de l'ANAM et à tout son personnel, en particulier M. **Aristide GANDAHO**,

Tous mes camarades de la 25<sup>e</sup> promotion de MBA GSS du CESAG, notamment Dr **Ahmadou GAYE** et **Modibo TALL**, qui avez fait montre d'une simplicité à nulle pareille à mon égard durant mon séjour à Dakar,

Monsieur **Antoine BONOU**, il arrive que je me demande : « Et si je ne vous avais pas connu », vous avez le don de me galvaniser sur tous les plans de la vie,

Dr **Lucien TOKO**, pour ton soutien indéfectible à la réalisation de cette étude.

Madame **Philomène FINDE DOVONOU**, vous avez été une mère pour moi pendant tout le temps que j'ai passé avec vous. Recevez ma profonde gratitude.

Tous ceux qui, de par leurs bonnes intentions, m'ont soutenu de près comme de loin dans la réalisation de ce travail.

## **LISTE DES SIGLES**

<b>ADAM :</b>	Agence Départementale de l' Assurance Maladie
<b>ANAM :</b>	Agence Nationale de l' Assurance Maladie
<b>ANGC :</b>	Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne
<b>APE :</b>	Agent Permanent de l'Etat
<b>BIT :</b>	Bureau International du Travail
<b>CHD :</b>	Centre Hospitalier Départemental
<b>CMPS :</b>	Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale
<b>CNAMGS :</b>	Caisse Nationale d' Assurance Maladie et de Garantie Sociale
<b>CNHU-HKM :</b>	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA
<b>CNSS :</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>DPP :</b>	Direction de la Programmation et de la Prospective
<b>EDS :</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>ENAM :</b>	Ecole Nationale d' Administration et de Management
<b>FGC :</b>	Fonds de la Gratuité de la Césarienne
<b>FNRB :</b>	Fonds National de Retraite du Bénin
<b>FSI :</b>	Fonds Sanitaires des Indigents
<b>IRSP :</b>	Institut Régional de Santé Publique
<b>MS :</b>	Mutuelle de Santé
<b>MSAE :</b>	Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat
<b>MSS-B :</b>	Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG :</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OIT :</b>	Organisation Internationale du Travail
<b>PIB :</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PNB :</b>	Produit National Brut
<b>PNDS :</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNUD :</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PRPSS :</b>	Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé
<b>PTF :</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>RAMU :</b>	Régime d' Assurance Maladie Universelle
<b>RB/MS :</b>	République du Bénin/ Ministère de la Santé
<b>UAC :</b>	Université d' Abomey-Calavi
<b>UADC :</b>	Université Africaine de Développement Coopératif
<b>USAID :</b>	United States Agency for International Development

## **LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET GRAPHIQUES**

<b>Titres</b>	<b>Pages</b>
Tableau 1 : Quelques indicateurs socio sanitaires du Bénin	07
Tableau 2 : Résumé des composantes du Système National de Santé au Bénin	13
Tableau 3 : Les détails de l'effectif des agents en poste à l'ANAM	24
Tableau 4 : Regroupement des problèmes par centre d'intérêt : problématiques possibles	30
Tableau 5 : Synthèse des approches par problème	37
Tableau 6 : Tableau de bord de l'étude	43
Tableau 7 : Synthèse de l'étude	62
Figure 1 : Situation géographique du Bénin en Afrique	09
Figure 2 : Carte du Bénin	10
Schéma 1 : Logique du PNDS	12
Schéma 2 : Chemin critique de la mobilisation des ressources	46
Graphique 1 : Sources de financement pour le fonctionnement de l'ANAM en 2013	26
Graphique 2 : Sources de financement pour le fonctionnement de l'ANAM en 2014	29
Graphique 3 : Compte spécial RAMU	33
Graphique 4 : Cause du problème spécifique n°1	53
Graphique 5 : Cause du problème spécifique n°2	55

## **GLOSSAIRE DE L'ETUDE**

**Assurance Maladie** : Garantie des conséquences pécuniaires de l'altération, constatée médicalement, de la santé de l'assuré. Contrat par lequel un assureur, en échange d'une prime ou cotisation, promet, au cas où l'assuré serait, durant la période garantie, atteint par une affection ou par un accident, d'une part de lui verser certaines sommes, spécialement durant son incapacité, d'autre part de lui rembourser tout ou partie des frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par la réalisation du risque (**MOLARD, 2014**).

**Assurance Maladie Universelle** : Système d'assurance maladie visant à couvrir l'ensemble des couches sociales d'un pays (**TCHIBOZO, 2011**)

**Santé** : Bon état physiologique d'un être vivant, fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme pendant une période appréciable (**Petit Robert**). Etat de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (**OMS, 1946**). Premier besoin à couvrir en assurance de la personne (**MOLARD, 2014**).

**Financement innovant** : la raréfaction des ressources disponibles explique la création de nouvelles ressources propres ou novatrices appelées financements innovants (produits de voyage et de tourisme, impôt sur le change de devises, impôts sur les transferts d'argent, taxe sur les profits des firmes pharmaceutiques, les taxes sur les produits nocifs à la santé comme le tabac, l'alcool, le sucre, sel, l'huile, etc.). (**HOUSER, 2010**)

**Mobilisation de ressources** : Ensemble des moyens qu'une organisation doit acquérir pour mettre en œuvre son plan d'action. (**ROCARE, 2011**)

**Communication institutionnelle** : Communication développée par des institutions, c'est-à-dire des organismes évoluant dans la sphère publique ou parapublique. Elle s'applique autant aux structures communales et intercommunales (**Fourdin, Poinclou, 2000**), que gouvernementales et ministérielles (**Berthelot-Guiet, Ollivier-Yaniv, 2001**).

## **RESUME**

La couverture sanitaire universelle contribue largement à réduire la pauvreté et l'inégalité, à assurer le développement, à renforcer les capacités et à accélérer la croissance. Pour y arriver, il faut définir, un mécanisme de financement efficace pour la rendre durable. Mais la mise en place d'un mécanisme de financement efficace passe par l'élaboration d'un plan de mobilisation des ressources adéquat basé sur les données établies dans le plan stratégique de développement. L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, structure chargée de la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin nous a servi de cadre de stage. Ce qui nous a permis de réaliser la présente étude sur le thème : « **Contribution à une mise en œuvre d'un mécanisme efficace de financement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie** ».

Cette étude vise à contribuer à l'amélioration du mécanisme de financement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie. Elle se présente en trois parties. D'abord, la première partie de ce document restitue les résultats de l'analyse situationnelle de l'ANAM, met en exergue d'une part, les différents atouts du système et d'autre part, les principaux défis que cette agence est appelée à relever surtout en ce qui concerne son financement. Ensuite, la deuxième partie présente le cadre théorique et méthodologique de l'étude ainsi que les résultats obtenus. Enfin, la troisième partie aborde les approches de solutions et les recommandations formulées à l'endroit des différents acteurs qui interviennent dans la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle au Bénin.

Notre démarche a consisté à faire une analyse des dysfonctionnements détectés par les observations du stage ; lesquelles observations ont été complétées par les entretiens avec les différents cadres de l'ANAM.

Il ressort de cette analyse que deux problèmes spécifiques majeurs sont liés aux faiblesses du mécanisme de financement de l'ANAM : l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources et la faible communication sur la mise en place du mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM.

Les approches de solutions proposées pour contourner ces difficultés concernent entre autres: la dotation de la DPSCMR non seulement de tous les services techniques prévus par l'organigramme mais aussi des ressources humaines compétentes dont elle a besoin pour

fonctionner pleinement; l'accélération du processus d'élaboration du plan stratégique de développement et du plan de mobilisation des ressources programmés mais non encore exécutés jusque-là; la mise sur pied d'un cadre de concertation qui va réunir l'ANAM et le Ministère de l'Economie et des Finances en charge de la mobilisation des ressources innovantes pour l'opérationnalisation du RAMU.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **ABSTRACT**

The universal health cover contributes widely to reduce poverty and inequality, to assure development, strengthen capacities and speed growth. To reach it, it is necessary to define an effective funding mechanism to make it sustainable. But the setting up of this effective funding mechanism can't be possible unless the elaboration of an adequate resources gathering plan based on data established in the strategical development plan. The National Health Insurance Agency (NHIA), the framework in charge of the implementation of the Universal Health Insurance Regime in Benin served us as internship environment. So, it allowed us to carry out the present study on the topic: « **Contribution in an implementation of an effective funding mechanism of the National Health Insurance Agency** ».

This study aims to contribute to the improvement of the funding mechanism of the Health insurance National Agency. It includes three parts. First, this document shows the findings of the investigation analysis of the NHIA, emphases, on the one hand, the different assets of the system, and on the other hand the main challenges that Agency has to face, especially concerning its funding. Next, the second part, talks about theoretical and methodological frame of the study and the findings got. Finally, the third part shows solutions found and recommendations formulated towards the different actors that are involved in the implementation of the universal health cover in Benin.

Our step consisted in making an analysis of dysfunctions discerned by the observations of internship; those observations were supplemented by discussions with the managers of the NHIA.

This analysis shows two major specific problems linked to the weaknesses of the funding mechanism of the NHIA: the nonexistence of a resources gathering plan and weak communication on the installation of an innovative funding mechanism in the interest of the NHIA.

To overcome these difficulties, this are some solutions offered between others: the allocation to the Direction of Strategic Partnership and Resources Mobilization not only all technical services forecasted by the organization chart but also qualified human resources which it needs to work utterly; the development strategical plan process acceleration and resources gathering plan scheduled but not yet carried out; the setting up of a cooperation frame which is going to unify the HINA and the Ministry in charge of Economic and of Financial issues which's duty is to mobilize innovative resources for the implementation of Universal Health Cover System (UHCS).

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Première Partie : Cadre institutionnel de l'étude, observations du stage et ciblage de la problématique.</b>	<b>4</b>
Chapitre 1 : Cadre institutionnel de l'étude et observations du stage	5
I- Cadre institutionnel	5
II- Observations de stage	21
Chapitre 2 : Ciblage de la problématique : choix, spécification et vision globale de la résolution de la problématique	31
I- Choix et spécification de la problématique	31
II- Vision globale et étapes de résolution de la problématique	36
<b>Deuxième Partie : Cadre théorique et méthodologique de l'étude.</b>	<b>38</b>
Chapitre 1 : Cadre théorique de l'étude	39
I- Objectifs de l'étude	39
II- Identification des causes liées aux problèmes spécifiques	39
III- Synthèse des hypothèses	42
IV- Tableau de bord	42
V- Revue de la littérature	44
Chapitre 2 : Cadre méthodologique de l'étude	49
I- Description de la méthodologie	49
II- De l'organisation des enquêtes à l'établissement du diagnostic	51
<b>Troisième Partie : Approches de solutions et conditions de mise en œuvre</b>	<b>57</b>
Chapitre 1 : Approches de solutions	58
I- Approches de solutions au problème de l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources	58
II- Approches de solutions au problème de faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM	59
Chapitre 2 : Conditions de mises en œuvre des solutions	60
I- Recommandations à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)	60
II- Recommandations aux autorités du Ministère de la Santé	60
III- Recommandations aux autorités en charge du Ministère de l'Economie et des Finances	61
IV- Recommandations à l'endroit du Gouvernement	61
<b>Conclusion</b>	<b>63</b>
Références bibliographiques	65
Annexes	69
Tables des matières	75

## **Introduction**

Des décennies d'histoire sociale européenne nous ont enseigné que les systèmes de sécurité sociale sont de puissants instruments de lutte contre la pauvreté et les inégalités. C'est dans le même ordre d'idées qu'en juin 2003, le BIT, après adoption de plusieurs résolutions et études sur les moyens de protection sociale, a lancé la campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous<sup>1</sup>. C'est dans ce contexte et conscients de l'impact qu'à la santé sur le Développement, que depuis environ une décennie, plusieurs pays africains optent pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle. La couverture universelle signifie que tous les individus, au moment où ils en ont besoin, ont accès à des soins adaptés et à un coût abordable, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement ou de la réadaptation. Elle a pour but principal d'offrir à toutes les populations et sur toute l'étendue d'un territoire, un accès équitable aux soins de santé de qualité pour réduire les risques financiers liés à la survenue des maladies.

Les premières stratégies adoptées pour l'instauration de cette couverture étaient les approches ascendante et descendante. L'approche ascendante postulait que l'extension de la couverture à travers l'intervention des gouvernements nationaux n'avait guère de chances de réussir et qu'il fallait par conséquent chercher à doter les populations locales des moyens de mettre en place des mécanismes de microassurances santé alors que la stratégie descendante visait à étendre à un maximum de personnes la couverture des régimes déjà en place pour le secteur formel. Ces approches se sont soldées, dans la majorité des cas, par un échec. Cet échec est entre autres lié à la fragilité financière et à la faiblesse des leviers organisationnels et institutionnels de ces structures mises en place; d'où le recours à un système organisationnel et institutionnel solide doté d'une bonne autonomie financière pour une couverture sanitaire qui puisse prendre en compte à la fois toutes les couches sociales.

C'est ainsi que le Bénin, à l'instar d'autres pays ayant connu cet échec et après moult études, a décidé le 21 mai 2008 de lancer le processus de mise en place du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). Le 19 décembre 2011, le RAMU a été officiellement lancé ouvrant ainsi la voie à son opérationnalisation. L'Agence Nationale d'Assurance Maladie

---

<sup>1</sup> *Revue internationale de sécurité sociale*, vol.66, 3-4/2013

(ANAM) a été créée en 2012 pour conduire la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle<sup>2</sup> au Bénin.

L'ANAM assure au profit du RAMU, les trois fonctions primordiales du financement de la santé à savoir : la collecte des ressources, la mise en commun et l'achat des prestations. La collecte des ressources se traduit par la contribution financière équitable et rationnelle que chaque individu doit apporter pour le prépaiement des soins. L'une des grandes difficultés aujourd'hui pour les pays africains qui s'engagent dans le processus de la couverture sanitaire universelle, reste la collecte des ressources du fait principalement à la paupérisation de la grande partie de la population. L'indice de pauvreté est estimé en 2011 à 36,2%<sup>3</sup> au Bénin avec un taux de fréquentation des formations sanitaires de 50,4%<sup>4</sup> malgré la bonne couverture nationale en infrastructures sanitaires (estimée à 91,3% en 2014)<sup>5</sup>.

C'est pourquoi, le RAMU vise de façon générale à «Contribuer à l'amélioration de l'accès financier de toute la population aux soins de santé de qualité.»<sup>6</sup> et entre autres de façon spécifique à « accroître la solidarité, l'équité et l'efficacité dans le système de santé »<sup>7</sup>. Tout ceci justifie l'organisation de l'affiliation en trois grandes étapes et qui tient compte de toutes les couches sociales du Bénin à savoir les indigents, les acteurs des secteurs informels et agricoles, les Agents de l'Etat (toutes catégories confondues), les membres des institutions de la République, les retraités et les acteurs du secteur privé formel<sup>8</sup>.

Au nombre des défis à relever par les régimes de couverture sanitaire universelle en Afrique, il y a le paiement des cotisations par les adhérents notamment la part des indigents.

Le Bénin, dans sa politique de prise en charge des couches sociales vulnérables a instauré un système de financement et ceci dans un contexte économique caractérisé par la baisse du financement des partenaires techniques et financiers et le faible pouvoir d'achat des populations pour pouvoir payer la part de cotisation des indigents à une échelle plus large et plus efficiente à travers le Fond Sanitaire des Indigents. Les conditions pour en bénéficier restent difficiles pour certains indigents.

---

<sup>2</sup> Décret n°2011-089 du 08 mai 2012 portant création, attribution, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM).

<sup>3</sup> INSAE, [insae-bj.org](http://insae-bj.org), octobre 2015

<sup>4</sup> Annuaire des Statistiques Sanitaires du Bénin, 2014

<sup>5</sup> Annuaire des Statistiques Sanitaires du Bénin, 2014

<sup>6</sup> Le RAMU EN 10 QUESTIONS, octobre 2013

<sup>7</sup> Le RAMU EN 10 QUESTIONS, octobre 2013

<sup>8</sup> Le RAMU EN 10 QUESTIONS, octobre 2013

Ainsi, en dehors des partenaires habituels et traditionnels qui financent le secteur de la santé, l'Etat béninois se penche de plus en plus sur les financements innovants : taxes sur les billets d'avion, sur les communications téléphoniques mobiles, sur les frais d'accostage des navires, etc.

Conformément aux exigences académiques, nous avons effectué notre stage à l'Agence Nationale d'Assurance Maladie qui nous a permis, de nous interroger sur les différentes stratégies développées par elle pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du RAMU.

A ce sujet, se posent plusieurs questions à savoir :

- quelles sont les stratégies de financement du RAMU ?
- quelles sont les stratégies de mobilisation des ressources ?
- comment sont mobilisées les ressources innovantes ?

C'est dans l'objectif de trouver des approches de solutions à ces différentes préoccupations que nous avons axé notre réflexion sur le thème : « **Contribution à la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de financement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie** ».

Les résultats de nos recherches s'articulent autour de trois parties. D'abord, la première partie est consacrée à la présentation du cadre institutionnel de l'étude, aux observations du stage et au ciblage de la problématique.

Ensuite, la deuxième partie expose le cadre théorique et la méthodologie de l'étude.

Enfin, la troisième partie propose les approches de solution et les conditions de la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de financement du RAMU.

***Première Partie : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE, OBSERVATIONS DU STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE***

## **Chapitre 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE ET OBSERVATIONS DU STAGE**

Dans ce chapitre, nous allons présenter d'une part, le Bénin, le Ministère de la Santé et l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie et d'autre part, les observations du stage.

### **I- CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE**

#### **1.1- Présentation du Bénin, du Ministère de la Santé et de l'ANAM**

##### **1.1.1- Présentation générale de la République du Bénin**

Le Bénin est un pays de l'Afrique Occidentale, limité au Nord par le Niger, au Nord-Ouest par le Burkina-Faso, à l'Ouest par le Togo, au Sud par l'Océan Atlantique et à l'Est par le Nigéria. Il a une superficie de 114.763 km<sup>2</sup> avec une population estimée en 2013 à **10.008.749 habitants**<sup>9</sup> résidents des deux sexes dont **5.120.929** de femmes<sup>10</sup>.

La République du Bénin compte 12 départements subdivisés en 77 communes, 546 arrondissements et 3.557 villages ou quartiers de ville après la réforme territoriale de 1999.

On distingue au Bénin trois zones climatiques :

- Au sud, un climat de type tropical humide avec deux saisons de pluies et deux saisons sèches. La température y est élevée et varie entre 24° et 32° C.
- Au centre, un climat de type guinéo-soudanien semi humide avec accentuation de la pluviométrie moyenne annuelle.
- Au nord, un climat de type tropical semi-aride avec une pluviométrie qui varie de 900 mm à 1300 mm par an. On y distingue deux grandes saisons : une saison pluvieuse et une saison sèche.

On y retrouve deux types de végétations fondamentalement influencées par les caractéristiques climatiques, pédologiques et l'emprise de l'homme.

- ✓ Au nord et au centre, on trouve la savane avec des forêts galeries qui font de plus en plus place à une savane arbustive.
- ✓ Au Sud, on rencontre la forêt dense qui est menacée de disparition du fait du déboisement.

---

<sup>9</sup> INSAE, insae-bj.org, octobre 2015

<sup>10</sup> INSAE, insae-bj.org, octobre 2015

Sur 187 pays, le Bénin est classé au 165<sup>ème</sup> rang avec un Indice de Développement Humain de 0.476 en 2014 selon le rapport sur le développement humain RDH. En 2014, le PIB par habitant est de 456.922FCFA<sup>11</sup> avec un taux d'inflation (2013) de 1,1%<sup>12</sup>. L'espérance de vie à la naissance est de 63 ans en 2014<sup>13</sup>.

Au Bénin, à travers la politique holistique de protection sociale, des interventions stratégiques du gouvernement peuvent être identifiées comme concourant au renforcement de la résilience pour faire face aux vulnérabilités du cycle de vie. On peut citer, entre autres, les politiques de gratuité dans les domaines de l'éducation (frais de scolarité, cantines, etc.) et de la santé (césarienne, paludisme, vaccination, etc.) et le développement du régime d'assurance maladie universelle (RAMU). Dans le domaine de l'emploi, notamment des jeunes, des initiatives importantes ont été lancées depuis quelques années.

Sur le plan socio-sanitaire, de nombreux efforts sont consentis par l'Etat et les partenaires au développement. Malgré cela, d'énormes défis restent encore à relever :

- la pauvreté touche la majorité de la population et limite son accès aux services sociaux de base en général et de santé en particulier ;
- une grande partie de la population n'a pas accès à l'eau potable et à l'assainissement de base ;
- le réseau routier et des télécommunications est peu développé et mal entretenu entraînant ainsi une élévation du coût des moyens de communication ;
- le système de référence et de contre référence est peu développé ;
- le profil sanitaire du Bénin est caractérisé par un tableau de morbidité élevée ;
- la pollution aussi est un élément essentiel qui mérite une attention particulière.

Le tableau ci-dessous présente quelques données sur les indicateurs socio sanitaires.

---

<sup>11</sup> INSAE, [insae-bj.org](http://insae-bj.org), octobre 2015

<sup>12</sup> INSAE, [insae-bj.org](http://insae-bj.org), octobre 2015

<sup>13</sup> Annuaire des Statistiques Sanitaires 2014

**Tableau1 : Quelques indicateurs socio sanitaires du Bénin**

Indicateurs	Valeurs
Espérance de vie à la naissance (2014)	63
% Taux d'alphabétisation des adultes (+ de 15 ans) en 2011	44,6%
Taux Brut de Natalité (pour 1000 en 2014)	39,7
Taux de mortalité infantile pour 1000 (2014)	54,8
Taux Brut de mortalité pour 1000 (2014)	8,0
Couverture en PENTA3 (%) en 2014	115,6
Couverture en VAR (%) en 2014	109,0
Densité de médecins pour 10000 personnes (2014)	1,5
Densité d'infirmiers pour 5000 personnes (2014)	2072
Densité de sages-femmes pour 5000 personnes (2014)	1699
Ratio Budget santé par rapport au Budget Général de l'Etat en % (2014)	7,1
Dépenses privées en santé en % des dépenses totales de santé (2011)	46,7

**Source :** Annuaire des Statistiques Sanitaires, MS, 2014

Sur le plan économique, la crise que traverse le monde entier a eu un impact significatif sur l'économie béninoise. Ceci a pour conséquence, la baisse de la croissance descendue à 2,5% en 2010. C'est le taux le plus bas de l'Afrique de l'Ouest. Elle est repartie à la hausse en 2011 (3,8%), 2012 (5,4%), 2013 (5,6%) et 2014 (6,5%)<sup>14</sup>. Selon les estimations de la Banque Mondiale, elle sera de 5% en 2015.

L'économie béninoise reste dominée par le secteur agricole, en particulier par le coton qui assure directement ou indirectement les revenus d'une grande partie de la population.

En janvier 2015, une évaluation du Fonds Monétaire International met en évidence les performances récentes enregistrées qui font notamment apparaître :

- ✓ une reprise de l'activité économique ;
- ✓ une maîtrise de l'inflation ;
- ✓ une relance de la production cotonnière ;
- ✓ une gestion prudente des finances publiques et
- ✓ une soutenabilité de la dette publique.

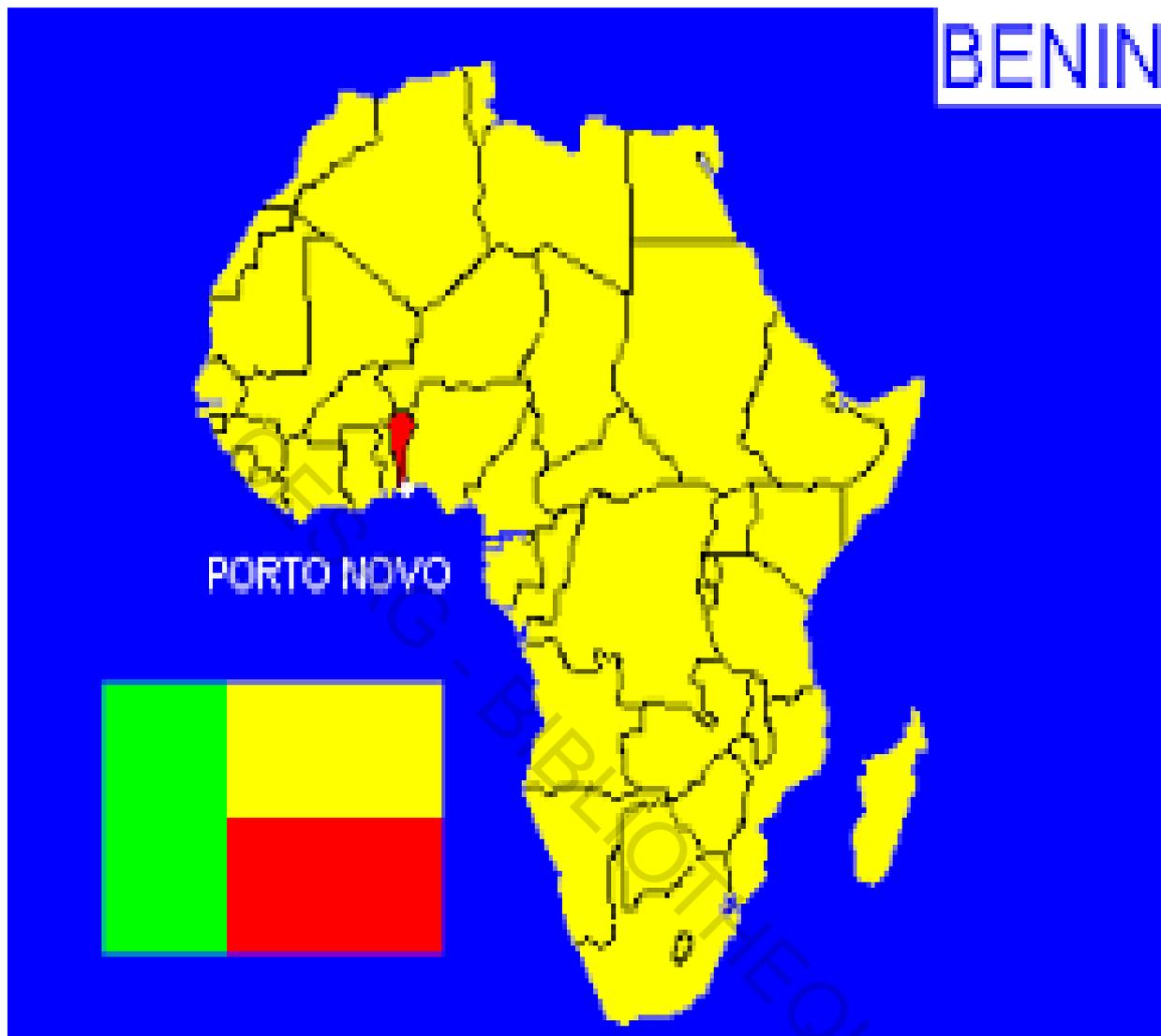
Au titre des perspectives, l'évaluation souligne la nécessité de prendre en charge le déficit infrastructurel et de poursuivre les progrès au niveau du climat des affaires, en vue d'atteindre

<sup>14</sup> INSAE, [insae-bj.org](http://insae-bj.org), octobre 2015

les objectifs de croissance économique forte et soutenue retenus par le Gouvernement pour une réduction significative de la pauvreté.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Figure n°1** : Situation géographique du Bénin en Afrique



**Sources** : Images du Bénin sur [www.google.com](http://www.google.com) (site web consulté en octobre 2015)

**Figure n°2** : Carte montrant le découpage territorial du Bénin



**Sources** : Images du Bénin sur [www.google.com](http://www.google.com) (site web consulté en octobre 2015)

## **1.1.2- Présentation du Ministère de la Santé**

### **1.1.2.1- Mission, Organisation et fonctionnement**

Le Ministère de la Santé a pour rôle de concevoir et de mettre en œuvre la politique générale de l'Etat en matière de santé conformément aux articles 8 et 26 de la Constitution du 11 décembre 1990 de la République du Bénin et au Décret N°2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé. Le Ministre de la Santé est responsable de la promotion sanitaire au Bénin. Il est entouré au niveau central de son cabinet et des services qui lui sont directement rattachés, de l'inspection générale du ministère, du Secrétariat Général du Ministère, des directions centrales et techniques, des établissements hospitaliers de référence, des organismes sous tutelle et des organes consultatifs nationaux. Au niveau intermédiaire, dans chaque département selon l'ancien découpage territorial (le Bénin divisé en 6 départements), il y a une Direction Départementale de la Santé (DDS). C'est un organe de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau départemental. Elle joue aussi un rôle de superviseur des structures de santé des niveaux intermédiaire et périphérique.

La vision exprimée dans la politique sanitaire est contenue dans le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 et se résume fondamentalement: « ***Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois*** » et avec comme objectif général d' « ***Améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes*** »<sup>15</sup>.

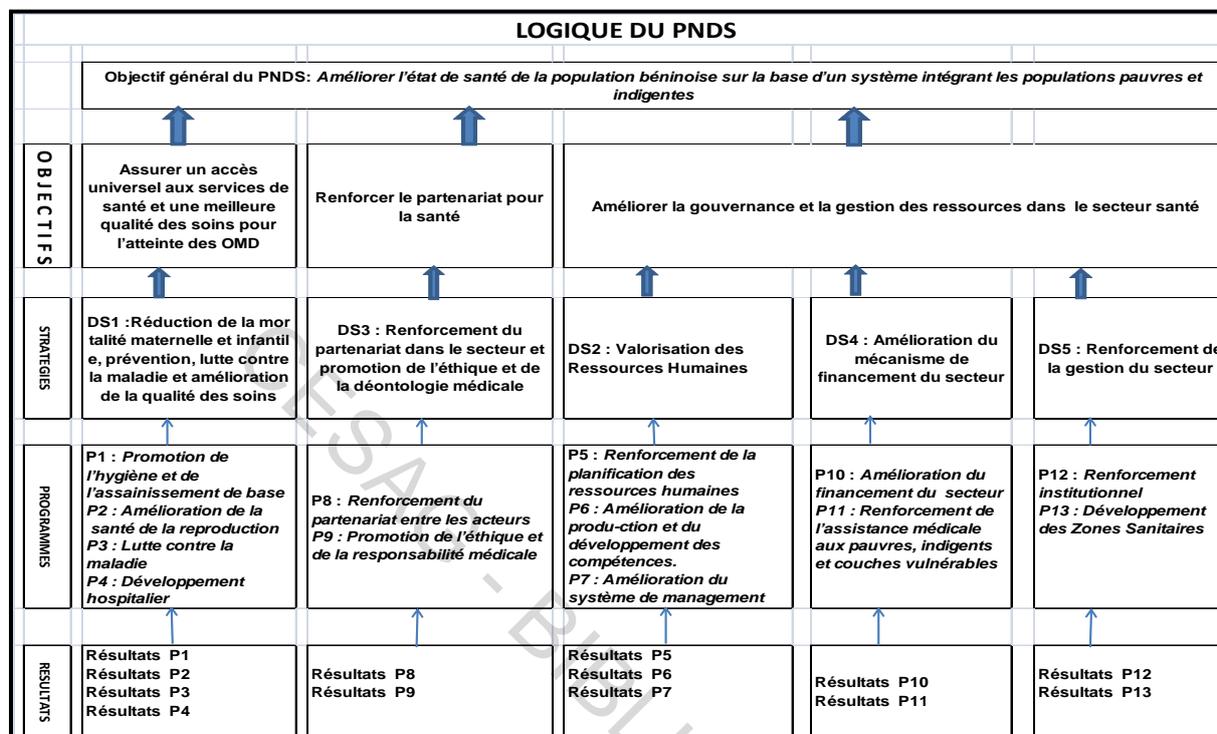
La logique du PNDS fait le point des objectifs, des stratégies, des programmes et des résultats attendus. (Voir schéma 1)

---

<sup>15</sup> **Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018\_Bénin, septembre 2009**

**Schéma 1 : Logique du PNDS**

# STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR



Source : Site web, Ministère de la Santé du Bénin, 2015

L'opérationnalisation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) entre dans le cadre des programmes P10 et P11 inscrits dans le domaine stratégique 4. Ainsi, le RAMU contribuera non seulement à l'amélioration de la qualité des soins et du mécanisme de financement du secteur mais aussi et surtout au renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables.

### 1.1.2.2- Organisation du Système National de Santé au Bénin

Le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage territorial. Il comprend trois niveaux résumés dans le tableau ci-après.

**Tableau 2** : Résumé des composantes du système National de Santé au Bénin

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM)</li> <li>-Centre National de Pneumo-Phtisiologie</li> <li>-Centre National de Psychiatrie</li> <li>-Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)</li> <li>-Hôpital d'Instruction des Armées (HIA)</li> <li>-Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)</li> <li>-Agence Nationale de Vaccination et des Soins de Santé Primaires (ANVSSP)</li> <li>-Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne (ANGC)</li> <li>-Agence Nationale de la Transfusion Sanguine (ANTS)</li> <li>-<b>Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)</b></li> </ul>
INTERMEDIAIRE Ou DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé (DDS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Centre Hospitalier Départemental (CHD)</li> <li>-Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil (CIPEC)</li> <li>-Centre de Traitement Anti Lépreux (CTAL)</li> <li>-Centre de l'Ulcère de Buruli d'Allada et de Pobè</li> <li>-Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron</li> <li>-Centre Départemental de Transfusion Sanguine</li> </ul>
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de zone)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hôpital de zone (HZ)</li> <li>-Centre de Santé (CS)</li> <li>-Formations sanitaires privées</li> <li>-Site de Prise en Charge du VIH/SIDA</li> <li>-Centre de Dépistage Volontaire de VIH (CDV)</li> <li>-Centre de dépistage de la lèpre et de l'ulcère de Burili</li> <li>-Centre de Détection de la Tuberculose (CDT)</li> <li>-Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES)</li> <li>-Unité Villageoise de Santé (UVS)</li> </ul>

**Source** : Annuaire des statistiques sanitaires, MS, 2014

Il existe un nombre important de structures privées de soins et d'acteurs de la médecine traditionnelle que l'on retrouve au niveau périphérique ou opérationnel. Ce niveau, constitué des 34 zones sanitaires réparties sur toute l'étendue du territoire national est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé.

Le ministère de la santé emploie trois types de ressources humaines en ce qui concerne le secteur public. Il s'agit :

- des Agents permanents de l'Etat qui sont régis par le statut général de la fonction publique. Ils bénéficient de la garantie de l'emploi lié au principe de la fonction publique de carrière ;
- des Agents contractuels de l'Etat (ACE), recrutés sur contrat et parfois par département. Ils ne jouissent pas de la garantie de carrière ;
- des agents contractuels engagés sur fonds communautaires (CFC) qui sont recrutés sur poste et dont les salaires sont directement imputables sur les revenus de la formation sanitaire qui les a engagés.

Ces ressources humaines sont de tous les ordres à savoir : les professeurs de rang magistral, les cadres supérieurs (Médecins généralistes, médecins spécialistes, Administrateurs, Ingénieurs...), les cadres moyens (Attachés des services administratifs, attachés de recherche, techniciens de laboratoires, infirmiers, sages-femmes...) et le personnel de soutien (conducteurs de véhicules administratifs, agents d'entretien et de liaison...).

Sur le plan financier, le ratio Budget/Santé par Rapport au Budget Général de l'Etat (2014) donne 7,1%. Alors que les normes de la CEDEAO notamment la conférence d'Abuja recommandent 15%.

### **1.1.3- Présentation de l'ANAM<sup>16</sup>**

#### **1.1.3.1- Création, objet et attributions**

L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) est créée en 2012 par le décret n°2011-089 du 08 mai 2012. C'est un établissement public à caractère social régi par la loi n°94-009 du 28 juillet 1994 portant organisation et fonctionnement des offices à caractère social, culturel et scientifique. Elle est donc dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière. Placée sous la tutelle du Ministère de la Santé, elle a pour mission d'assurer la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle en République du Bénin, conformément aux visions et politiques du Gouvernement ainsi qu'aux dispositions législatives et réglementaires en la matière.

A ce titre, elle est chargée entre autres de :

- ✓ concevoir et mettre en œuvre la stratégie de l'assurance maladie au Bénin, de concert avec tous les acteurs de la santé et suivant une approche intersectorielle, pluridisciplinaire et de promotion du partenariat Public/Privé ;
- ✓ conduire le processus de déploiement du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) ;
- ✓ assurer l'encadrement technique et veiller à la mise en place des outils de gestion et de régulation du RAMU dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant.
- ✓ fournir un appui technique aux organismes de prestation des soins de santé, aux organismes de gestion des risques et de remboursement des prestations, aux associations de consommateurs des soins, et autres acteurs de l'Assurance Maladie.

#### **1.1.3.2- Organisation et Fonctionnement**

##### **1.1.3.2.1- Le Conseil d'Administration**

L'ANAM est administrée par un Conseil d'Administration qui en est l'organe de décision et investi des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'Agence.

---

<sup>16</sup> Cf Décret n°2011-089 du 08 mai 2012 portant création, attribution, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM).

Le Conseil d'Administration approuve la politique générale et les stratégies de l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM) conformément aux orientations et objectifs fixés par le Gouvernement ainsi que le plan d'actions, les rapports d'activités soumis par le Directeur Général, les rapports trimestriels et annuels du commissaire aux comptes ; vote le budget proposé par la Direction Générale ; recueille les dons, legs et subventions ; adopte les comptes sociaux annuels et le budget prévisionnel et procède à l'évaluation des performances de l'Agence en arrêtant annuellement, les notes, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs de performance de l'Agence.

Le Conseil d'Administration est composé de quinze (15) membres nommés par décret pris en Conseil des Ministres, sur propositions des institutions qu'ils représentent pour un mandat de trois (3) ans renouvelable une fois. Il se réunit en session ordinaire deux (2) fois par an et peut se réunir également en session extraordinaire.

#### ***1.1.3.2.2- La Direction Générale***

L'ANAM est dirigée par un Directeur Général assisté d'un Directeur Général Adjoint qui le remplace en cas d'absence ou d'empêchement. Ils sont nommés par décret pris en Conseil des Ministres. Le Directeur Général est chargé de la gestion et de la coordination des activités de l'ANAM.

En dehors de la Direction Générale, l'Agence Nationale d'Assurance Maladie comprend six (6) Directions Techniques, un Agent Comptable et un commissariat aux comptes. Il s'agit pour les directions techniques de :

- ✓ la Direction des opérations informatiques et biométriques (DOIB);
- ✓ la Direction du partenariat stratégique, de la communication et de la mobilisation des ressources (DPSCMR);
- ✓ la Direction technique chargée de la stratégie, de la formation et de l'ingénierie de l'assurance maladie universelle (DTSFIAMU);
- ✓ la Direction administrative et financière (DAF);
- ✓ la Direction des affaires juridiques (DAJ);
- ✓ la Direction des prestations sanitaires, du contrôle et de la qualité (DPSCQ).<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Décret n°2011-089 du 08 mai 2012 portant création, attribution, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM).

### ***1.1.3.2.3- Le Comité de Direction***

C'est un organe consultatif obligatoire, chargé d'assister le Directeur Général dans ses tâches de gestion. Il est consulté pour les décisions importantes telles que l'élaboration du budget et de la politique générale de l'Agence. Il est composé outre du Directeur Général et de son Adjoint, des directeurs techniques, de l'Agent Comptable et de deux représentants du personnel élus en Assemblée Générale.

Par ailleurs, l'ANAM devra disposer d'antennes dans les tous départements du Bénin et de structures de mise en œuvre de sa stratégie conformément à son organigramme<sup>18</sup>. Ces antennes départementales sont dénommées Agences Départementales de l'Assurance Maladie (ADAM). Leur mise en place devra se faire de manière progressive, en fonction du niveau de déploiement du RAMU et de la mobilisation des ressources y afférentes.

### ***1.1.4- Présentation des autres structures et mécanismes impliqués dans l'assurance maladie au Bénin***

#### ***1.1.4.1- Les sociétés d'assurance commerciale***

Une douzaine de sociétés d'assurance privées se partagent le marché. La branche de l'assurance santé développée par ces compagnies ne compte seulement qu'environ 200.000 affiliés sur une population qui avoisine déjà 10 millions d'habitants. Le recours à ces compagnies d'assurances reste encore faible du fait du coût élevé des primes. Elles ne sont donc pas accessibles à toutes les couches socioprofessionnelles.

#### ***1.1.4.2- Les mutuelles de santé***

Elles ont commencé à se mettre en place dans les années 1990. En 2013, le Bénin compte 313 mutuelles de santé avec 598494 bénéficiaires<sup>19</sup>, selon le recensement fait par le ministère de la santé. Malgré les efforts engagés au cours des quinze dernières années dans la promotion des mutuelles de santé, la couverture nationale n'est pas satisfaisante. On constate au plan géographique que les mutuelles de santé sont inégalement réparties sur le territoire national.

Ce sont des associations à but non lucratif dont le fonctionnement est basé sur la solidarité entre les membres qui participent tous à la gestion. Les cotisations, les dons et les legs sont les principales sources de financement des mutuelles de santé. Cependant, elles sont encore

<sup>18</sup> Voir l'organigramme provisoire, le schéma 2 en annexe

<sup>19</sup> Ministère de la Santé du Bénin, [www.beninsante.org](http://www.beninsante.org)

nombreuses les mutuelles qui continuent d'être soutenues par les partenaires techniques et financiers (PTF) que sont la Banque Mondiale, la Coopération Technique Belge, la Coopération Suisse, etc. Ce qui dénote du caractère encore dépendant de la plupart des mutuelles vis-à-vis des PTF.

Les adhérents à ces mutuelles de santé sont principalement les agriculteurs, les ouvriers, les éleveurs, les commerçants et ceux qui exercent dans le secteur informel.

Les mutuelles de santé dans leur grande majorité assurent contre les petits risques maladies liés à la personne (soins, hospitalisation, grossesse, etc.) et elles mènent des activités de promotion et d'éducation à la santé. Elles conventionnent avec les centres de santé (de niveau périphérique) des contrats pour l'achat des prestations. Les cotisations sont généralement faibles et varient d'une région à une autre parce que leur fixation prend en compte le pouvoir d'achat des adhérents.

Malgré leur contribution déterminant dans l'extension de la couverture maladie, celles-ci présentent plusieurs faiblesses. On peut citer entre autres : la fragilité financière, la prise en compte limitée des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires, la faiblesse des leviers organisationnels et institutionnels. Le développement des mutuelles communautaires constitue alors une solution transitoire qui doit nécessairement s'appuyer sur un engagement des pouvoirs publics dans le processus d'extension de la couverture maladie. Dans ce cadre, l'Etat Béninois a prévu dans le Plan National de Développement Sanitaire, la mise en place des mutuelles de santé dans toutes les 77 communes que compte le pays et ceci avant 2016 vu que le Plan Stratégique de développement des mutuelles de santé 2009-2013 n'a pas connu une mise en œuvre effective.

#### ***1.1.4.3- La Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS)***

Le Bénin, avec l'accompagnement de l'OIT et de la Coopération Technique Belge, a mis en place dans chaque département une Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (ex Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin) pour le secteur informel. C'est une association d'entraide créée pour soutenir les acteurs de l'économie informelle. Elle a pour objet de mener au profit des membres affiliés et de leurs familles, des actions de prévoyance de solidarité et d'entraide dans les domaines de prestations maladie et prestations vieillesse.

#### ***1.1.4.4- Le fonds sanitaire des indigents (FSI)***

Logé au niveau du Ministère de la Santé et financé à travers une ligne budgétaire intitulée « Secours et aides sociales », ce mécanisme est mis en œuvre pour faciliter l'accessibilité financière aux soins de santé aux populations les plus démunies qui sont dans l'incapacité de payer les soins. C'est donc une protection au niveau des populations les plus démunies qui est effectuée grâce au FSI. Il est à préciser que ce sont seulement les citoyens malades admis aux soins et identifiés comme indigents qui en bénéficient.

L'arrêté interministériel N° **743/MFE/MSP/DC/SP du 13 juin 2005** spécifie le paquet de soins concernés.

#### ***1.1.4.5- L'Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne (ANGC)***

Le Gouvernement béninois a adopté depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009, la gratuité de la Césarienne sur toute l'étendue de son territoire. Cette initiative de gratuité s'inscrit dans le cadre des mesures prises à l'endroit des populations vulnérables afin de permettre l'accès financier aux soins de santé. L'ANGC a été mise en place pour assurer une prise en charge qui intègre la fourniture d'un kit pour césarienne comprenant les médicaments et consommables médicaux ainsi que l'acte opératoire et un forfait pour l'hospitalisation. A ce titre, l'Etat paie une rémunération de 100 000 FCFA par césarienne réalisée aux formations sanitaires.

#### ***1.1.4.6- Le programme de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans.***

Ce mécanisme qui favorise la prise en charge sanitaire gratuite des enfants de 0 à 5 ans est une réalité notamment dans les formations sanitaires publiques. Elle prend surtout en compte, et ceci pour le moment, le paludisme avec, à la clé, la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action.

#### ***1.1.4.7- Le Régime spécial des fonctionnaires en activité***

Les fonctionnaires de l'administration publique sont soumis au Régime spécial des fonctionnaires en activité pour leur protection sanitaire. C'est l'Etat qui a mis en place ce système pour ses agents permanents et contractuels (civils et militaires) qui émargent au budget national ainsi que pour leurs ayants droit. Il a été réaménagé par le décret 2008/111 du 12 mars 2008 qui fixe les attributions, l'organisation et le fonctionnement du Ministère des Finances et est encore appelé le « Régime des 4/5ème ». Car il prend en charge 80% des frais

de soins de santé, tandis que le requérant doit s'acquitter des 20% restants. Les agents du secteur de la santé émergeant au budget national sont supportés à 100%. Les médicaments et certains examens spécifiques ne sont pas couverts par ce régime.

La gestion de ce régime rendu obligatoire pour les fonctionnaires est entièrement publique et relève des compétences de la Direction générale du Budget au Ministère des Finances. Il est financé sur la base de retenues sur les traitements des agents concernés et des contributions de l'Etat en tant qu'employeur, mais dépend aussi des subventions additionnelles au budget. Ce dispositif assure également les évacuations sanitaires.

#### ***1.1.4.8- Le Fonds National des Retraites du Bénin (FNRB)***

C'est un régime obligatoire spécifique placé sous la tutelle du Ministère des Finances et qui couvre les fonctionnaires de l'Etat admis à la retraite. Régi par la loi N°86-014 du 26 septembre 1986 portant code des pensions civiles et militaires, ce fonds est alimenté par des prélèvements sur les traitements des agents de l'Etat civils et militaires pendant leur temps actif et des contributions de l'Etat, en tant qu'Employeur, comme inscrit dans l'article 59 de la loi 86-014. Il couvre aussi les 4/5ème du coût des soins et de la totalité des dépenses des évacuations sanitaires à l'étranger.

#### ***1.1.4.9- La caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)***

C'est un système de sécurité sociale destiné à la couverture des salariés du secteur privé soumis aux dispositions du code de travail. La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) offre des prestations de santé dans le cadre des branches suivantes : les prestations familiales et de maternité; les prestations des risques professionnels et les prestations de pensions.

La CNSS est un office d'Etat doté des mêmes caractéristiques organisationnelles comme l'ANAM mais elle relève du Ministère de la Fonction Publique et du Travail.

En dehors des mécanismes gérés par les structures ci-dessus décrites, il existe d'autres formes de couvertures du risque maladie au Bénin.

#### ***1.1.4.10- Les Mécanismes traditionnels de couverture du risque maladie***

Au Bénin, il existe plusieurs formes traditionnelles de couverture du risque maladie. On peut citer : l'entraide et les associations, la tontine, les mutuelles d'épargne et de crédits, les coopératives, etc.

Ils opèrent selon un mode propre à chacun d'eux. La couverture des risques sanitaires n'est pas souvent l'objectif principal de ces regroupements. Elle vient souvent comme une assistance ponctuelle en cas de survenue de la maladie.

Après cette situation sur les structures et mécanismes de l'assurance maladie au Bénin, nous allons aborder dans la partie qui suit, l'analyse situationnelle de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, objet de la présente étude.

## **II- OBSERVATIONS DE STAGE**

### **2.1- Etat des lieux**

Le Régime d'Assurance Maladie Universelle que doit mettre en œuvre l'ANAM est un programme qui fait partie des grandes initiatives du Gouvernement béninois qui continue de montrer tout son engagement afin de le rendre opérationnel. En effet, c'est une initiative qui travaille à accroître l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité. En effet, l'Etat a pris un décret pour instituer l'ANAM comme un établissement public doté de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière et s'évertue depuis à subventionner autant que se peut son fonctionnement. Quelques partenaires techniques et financiers appuient aussi l'équipe pluridisciplinaire mise en place pour lancer le RAMU sans compter qu'il existe actuellement une source de financement innovant que constituent les GSM.

Le tableau de bord sur l'état actuel de l'ANAM peut être présenté comme suit :

#### ***2.1.1- Organisation et fonctionnement***

C'est le décret N°2011-089 du 08 mai 2012 qui crée l'Agence Nationale d'Assurance Maladie, fixe ses missions et attributions, l'organise et décrit son fonctionnement. Placée sous la tutelle du Ministère de la Santé, l'ANAM a pour mission principale d'assurer la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). Depuis la création de l'ANAM, force est de constater que l'arrêté portant organisation et fonctionnement de ses directions techniques n'est pas encore signé jusqu'à ce jour pour permettre le bon accomplissement de sa mission. Ce qui a pour conséquence la faible fonctionnalité des directions et l'inexistence des services engendrant de facto, la faible responsabilisation du personnel qui n'occupe pas le

poste de Directeur. Ainsi, la DPSCMR ne dispose pas encore de service technique pour s'occuper de la mobilisation des ressources. Pour cette même raison, on note la non disponibilité d'un manuel de procédure administrative financière et comptable spécifique à l'ANAM. La DPSCMR devait être décomposée en trois services dont aucun n'est fonctionnel. Il s'agit : du Service du Partenariat, du Protocole et de la Mobilisation des Ressources (SPPMR), du Service de la Communication et des Relations Publiques (SCRP) et du Service de la Mobilisation Sociale et du Marketing (SMSM).

- Pendant près de deux ans, l'organe de direction était réduit à une seule directrice générale et qui de surcroît ne jouait que le rôle d'intérimaire. Ceci a pendant longtemps plombé le bon déroulement des activités, la bonne tenue des réunions et la prise des initiatives par la Direction Générale n'étant pas dotée de toutes ces prérogatives, créant de ce fait une lenteur dans l'exécution des tâches administratives. C'est récemment en août dernier que la Directrice Générale et son Adjoint ont été nommés par décret.

- Le CA, organe de décision investi<sup>20</sup> des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'agence ou autoriser les actes ou opérations relatifs à son objet social et délibérer sur toutes les questions relatives au fonctionnement de ladite agence n'est pas encore installé. Ce qui engendre une forte dépendance de l'ANAM du Cabinet Ministériel pour la prise de décisions et constitue un handicap pour une bonne exécution des activités.

- Le même décret a prévu six (6) Directions Techniques, un Agent Comptable et un commissariat aux comptes. Si l'Agent Comptable est nommé et permet de jouer le rôle d'interface entre le Ministère des Finances et l'ANAM, le Commissaire aux Comptes chargé de certifier la régularité et le suivi des comptes annuels de l'agence n'est pas encore nommé. Trois postes de Directeurs Techniques étaient pourvus jusqu'à la promotion du Directeur Technique chargé de la Stratégie, de la Formation et de l'Ingénierie de l'Assurance Maladie universelle au poste de Directeur Général Adjoint de l'agence. Ce qui fait qu'actuellement, seuls deux postes de Directeurs techniques sont occupés. Il reste donc à combler le vide de 4 directions techniques pour le respect des dispositions du décret et par ricochet le bon fonctionnement de l'agence.

La Direction du Partenariat Stratégique, de la Communication et de la Mobilisation des Ressources (DPSCMR) a comme personnel un Directeur et deux collaborateurs. S'il est vrai

---

<sup>20</sup> Décret n°2011-089 du 08 mai 2012 portant création, attribution, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM).

que l'existence déjà de cette structure qui s'occupe de la communication et surtout de la mobilisation des ressources est à féliciter, il est aussi vrai que l'effectif ayant à charge de conduire ce vaste chantier est insuffisant. Ceci explique la faible fonctionnalité de cette direction entraînant une faible communication sur l'ANAM.

Par ailleurs, les Antennes Départementales de l'Assurance Maladie (ADAM) qui sont des démembrements et qui doivent jouer le rôle d'organes d'exécution de l'ANAM au niveau départemental ne sont pas encore mises en place. Ce qui rend difficile le contact de l'ANAM avec ses adhérents sur le terrain et surtout avec les collectivités locales et autres élus locaux. Il est avéré une quasi inexistence d'un cadre d'échanges permanents entre les populations à la base et l'ANAM.

- La réussite de la mission de l'ANAM implique la définition d'un cadre juridique et légal clair qui constituera une base solide pour la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). Le projet de loi portant institution du RAMU en République du Bénin est en instance de vote à l'Assemblée Nationale. L'absence de cette loi est un blocage pour le déroulement des autres phases de l'opérationnalisation du RAMU. Car les autres phases concernent au premier rang les agents de l'Etat à qui on ne saurait faire un prélèvement sur leurs traitements si aucune loi n'en dispose ainsi et ne l'encadre. C'est l'une des causes de la faible extension du RAMU aux cibles.

### ***2.1.2- Des ressources humaines, matérielles et financières***

En ce qui concerne les ressources humaines, l'ANAM utilise actuellement, deux catégories d'agents :

- un effectif de dix-neuf (19) agents de l'Etat dont 14 permanents et 05 contractuels et
- deux (2) agents sous contrat direct avec l'ANAM.

Le tableau ci-dessous présente dans les détails l'effectif des agents de l'Etat.

**Tableau 3** : Détail l'effectif des agents de l'Etat en poste à l'ANAM

STURCTURES	EFFECTIF	PROFILS	STATUT	
			APE	ACE
Direction Générale (DG)	02	01 Médecin de santé publique 01 Administrateur des Services de Santé, spécialiste en Economie de la Santé	02	-
Secrétariat Administratif	02	01 Secrétaire des services administratifs 01 Secrétaire adjoint des services administratifs	02	-
DAF	06	02 Administrateur des Hôpitaux 01 Inspecteur du Travail 01 Attaché des Services Administratifs 01 Contrôleur des Services Financiers 01 Contrôleur de Gestion	05	01
AC	01	01 Contrôleur des Services Financiers	01	01
DTSFIAMU	03	02 Administrateurs des Structures de Microassurance Santé 01 Administrateur des Services Publics	03	01
DPSCMR	03	01 Spécialiste en Diplomatie multilatérale et Gestionnaire de Projet 01 Administrateur de l'Action Sociale 01 Technicien Supérieur en Gestion des Structures de Microassurance Santé	02	01
Personnel de soutien	04	02 CVA 01 Agent de liaison 01 Gardien	02	02*
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	-	<b>16</b>	<b>05</b>

Source : DAF/ANAM, 2015

\* Agents sous contrat direct avec l'ANAM.

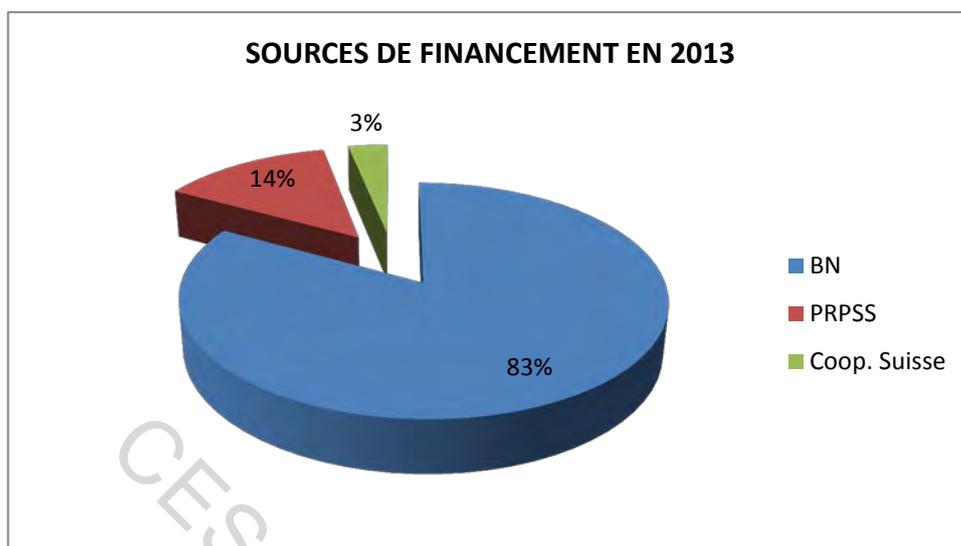
Malgré la compétence et la pluridisciplinarité des agents composant l'équipe en place, il convient de souligner que l'effectif en poste actuellement à l'ANAM est insuffisant au regard de la lourde mission à elle assignée et des nombreuses activités à réaliser sur le terrain. Ceci a pour entre autres conséquence la faible fonctionnalité des directions existantes.

- Pour ce qui est des infrastructures et du matériel, s'il est vrai que le parc automobile s'est doté de deux nouveaux véhicules et permet ainsi de mettre fin un tant soit peu aux sollicitations de véhicules d'autres structures du Ministère de tutelle, comme ce fut le cas au démarrage des activités de l'ANAM, il n'en demeure pas moins vrai que le cadre de travail reste exigu. En effet, l'ANAM occupe un bâtiment sous bail, en dehors du ministère de la santé. Sa configuration ne répond pas aux exigences d'un bâtiment administratif. Ce qui, dans

un avenir proche constituera un frein en cas de déploiement de personnel pour pallier l'insuffisance de ressources humaines. Ainsi, il y a une faible disponibilité d'espace pour accueillir d'autres personnels.

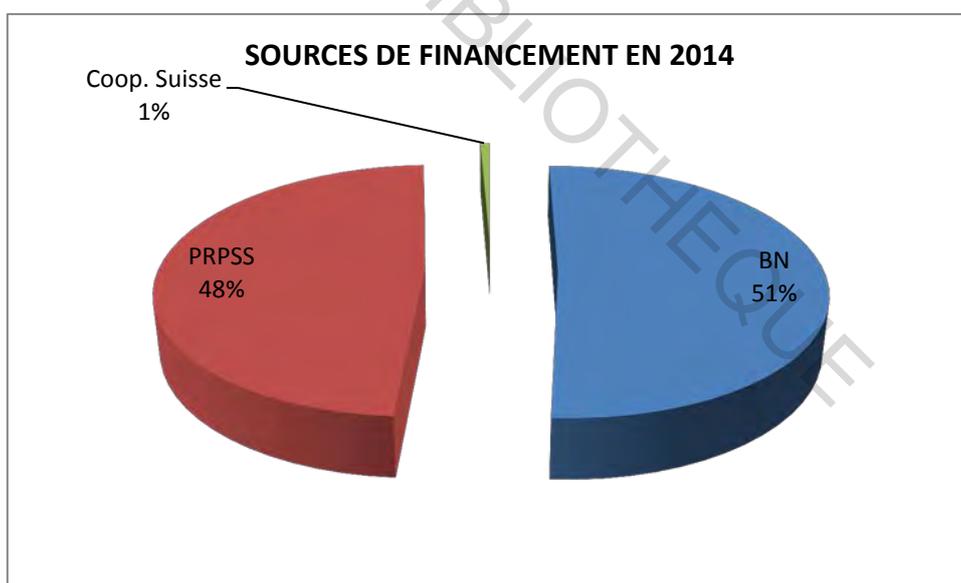
▪ Enfin sur le plan financier, l'ANAM dispose de deux catégories de ressources. La première prend en compte les ressources traditionnelles que sont les cotisations des adhérents, le Budget National et les apports des Partenaires Techniques et Financiers, les dons, etc. La deuxième est relative aux ressources innovantes constituées essentiellement par les taxes à l'embarquement, les taxes sur les droits d'accises et les redevances sur les produits des GSM. Depuis le démarrage de ses activités, l'ANAM est principalement soutenue par le Budget National et deux partenaires techniques et financiers que sont le Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS, financé par la Banque Mondiale) et la Coopération Suisse. Ceci est un atout que l'ANAM doit à tout prix consolider dans un contexte de crise économique mondiale et de la rareté des ressources. Une diversité des PTF pourrait contribuer à améliorer le niveau de réalisation des activités inscrites aux PTA. En effet, en 2013 par rapport aux prévisions budgétaires pour le compte du Budget National, 43,45% des activités ont été réalisées contre seulement 22,43% des activités financées par les partenaires techniques et financiers avec un taux de réalisation total de 37,51%. Dans le même ordre d'idées, en 2014, le taux de réalisation totale par rapport aux prévisions budgétaires est de 16,56%.

**Graphique1** : Sources de financement pour le fonctionnement de l'ANAM en 2013



Source : ANAM, Rapport d'activités de l'année 2013

**Graphique2** : Sources de financement pour le fonctionnement de l'ANAM en 2014



Source : ANAM, Rapport d'auto évaluation 2014, février 2015

Si la contribution de l'Etat à travers le Budget National est estimée à plus de 83% en 2013, elle a fait pratiquement jeu égal avec les PTF en 2014 soit 50,86% du financement obtenu par l'ANAM. Cette contribution de l'Etat a quand même presque doublé de 2013 à 2014. Il faut aussi ajouter qu'en 2012 au démarrage des activités, c'est le Budget National seul qui a financé l'ANAM avec un décaissement de plus 95% des prévisions budgétaires<sup>21</sup>. Ceci pose la problématique de la forte dépendance de l'ANAM de la subvention financière de l'Etat.

En 2014, seulement 16,56% des prévisions budgétaires ont été réalisées contre 37,51% en 2013 et ceci malgré que l'Etat ait doublé sa subvention. Plusieurs activités programmées dans le plan annuel de travail n'ont pas été tout simplement réalisées. Le manque de financement en serait l'une des causes (nonobstant la lourdeur administrative connue qui caractérise le décaissement des subventions de l'Etat). Est-ce qu'un plus large répertoire de partenaires techniques et financiers ou de sources disponibles de financement ne permettrait pas à l'ANAM d'atteindre ses objectifs ? Aussi comment peut-on comprendre que sur plus d'une trentaine<sup>22</sup> de PTF qui interviennent dans le secteur de la santé au Bénin seulement deux accompagnent l'ANAM ? L'inexistence d'un plan de mobilisation de ressources constitue une insuffisance à combler.

Un compte spécial RAMU est ouvert au Trésor Public pour la mise en commun des cotisations des adhérents et les différentes ressources innovantes mobilisées. Les cotisations des adhérents ne représentent qu'environ 2,56% des fonds disponibles sur ce compte. C'est là tout l'intérêt de la définition des stratégies en vue de la mobilisation des ressources innovantes. Seulement, les ressources innovantes obtenues jusque-là, budgétisées au Trésor Public ont été mobilisées sans une implication de la DPSCMR, voire de l'ANAM même s'il faut admettre qu'il n'existe pour le moment aucune stratégie (encore moins un plan de mobilisation des ressources élaboré par) de mobilisation de ressources de la part de la DPSCMR. Ceci pose le problème d'une certaine opacité dans la gestion des ressources innovantes mobilisées engendrée par une faible communication entre institutions.

Ce paragraphe de l'état des lieux de l'ANAM ne saurait être exhaustif. Mais il a l'avantage de ressortir en grande partie la situation qui prévaut actuellement au sein de l'agence.

---

<sup>21</sup> Rapport d'auto évaluation 2014, ANAM, février 2015

<sup>22</sup> Annuaire des Statistiques Sanitaires, 2014

## **2.2- Inventaire et regroupement des constatations par centre d'intérêt**

Nous allons faire une analyse SWOT de la situation actuelle de l'ANAM. Ainsi, les différents constats relevés dans l'état des lieux sont présentés ici sous la forme d'un inventaire des atouts (en termes de forces et d'opportunités) et celui des défis à relever (en termes de menaces et de points à améliorer).

### **2.2.1- Inventaire des atouts (forces et opportunités)**

- Forte volonté politique et engagement de l'Etat ;
- Existence d'un décret portant création de l'ANAM et qui lui confère le statut d'établissement public doté de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière;
- Subvention financière de l'Etat ;
- Soutien de quelques Partenaires Techniques et Financiers ;
- Existence d'une équipe compétente et pluridisciplinaire ;
- Existence d'un mécanisme de financement innovant ;
- Existence d'une Direction du partenariat stratégique, de la communication et de la mobilisation des ressources.

### **2.2.2- Inventaire des défis (points à améliorer et menaces)**

- Non installation du Conseil d'Administration qui est l'organe de décision ;
- Non nomination de quatre directeurs techniques avec comme corollaire le non fonctionnement de trois directions techniques ;
- Non nomination des commissaires aux comptes ;
- Insuffisance du personnel ;
- Faible responsabilisation du personnel disponible ;
- Non installation des antennes départementales de l'ANAM c'est-à-dire les ADAM ;
- Lenteur dans la prise de l'arrêté ministériel devant porter organisation et fonctionnement de l'ANAM ;
- Inexistence d'un manuel de procédures administrative et comptable ;
- Non vote de la loi portant institution du RAMU en République du Bénin ;
- Exiguïté du bâtiment abritant le siège actuel de l'ANAM ;

- Quasi dépendance de l'ANAM de la subvention financière de l'Etat ;
- Faible communication sur l'ANAM ;
- Faible communication sur le mécanisme du financement innovant au profit de l'ANAM ;
- Faible diversification des sources de financement de l'ANAM ;
- Inexistence d'un plan de mobilisation de ressources ;
- Opacité dans la gestion des ressources innovantes par les structures du Ministère en charge de l'Economie et des Finances.

### ***2.2.3- Regroupement des problèmes par centre d'intérêt***

Le regroupement des défis identifiés par centre d'intérêt nous a permis de dégager des problèmes généraux possibles afin d'aboutir au ciblage de la problématique de l'étude.

**Tableau 4:** Regroupement des problèmes par centre d'intérêt : problématiques possibles

Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques possibles
Mise en place du cadre institutionnel, légal et réglementaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non installation du Conseil d'Administration</li> <li>- Non vote de la loi portant institution du RAMU en République du Bénin ;</li> <li>- Non nomination de quatre directeurs techniques</li> <li>- Non fonctionnement de trois directions techniques ;</li> <li>- Non nomination d'un commissariat aux comptes ;</li> <li>- Non installation des antennes départementales des ADAM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Recours incessant au cabinet ministériel dans la prise des décisions.</li> <li>-Concentration des responsabilités et des tâches sur les trois directions techniques opérationnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problématique de la réduction du recours incessant au cabinet ministériel</li> <li>Problématique de la responsabilisation du personnel de l'ANAM à tous les niveaux du système</li> </ul>
Fonctionnement adéquat de l'agence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance du personnel en qualité et en quantité surtout à la DPSCMR ;</li> <li>- Faible fonctionnalité de la DPSCMR ;</li> <li>- Faible responsabilisation du personnel disponible ;</li> <li>- Lenteur dans la prise de l'arrêté ministériel portant organisation et fonctionnement de l'ANAM ;</li> <li>- Inexistence d'un manuel de procédures administrative et comptable ;</li> <li>- Exiguïté du bâtiment abritant le siège actuel de l'ANAM ;</li> </ul>	Lenteur dans la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle	Problématique d'une bonne relance des activités pour amorcer le passage à l'échelle du RAMU
Financement de l'ANAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte dépendance de l'ANAM de la subvention financière de l'Etat ;</li> <li>- Faible communication sur l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie;</li> <li>- Faible communication sur le mécanisme du financement innovant au profit de l'ANAM ;</li> <li>- Faible diversification des sources de financement de l'ANAM;</li> <li>- Inexistence d'un plan de mobilisation de ressources ;</li> <li>- Faible mobilisation de ressources additionnelles ;</li> <li>- Opacité dans la gestion des ressources innovantes par les structures du Ministère de l'Economie et des Finances</li> </ul>	Faible efficacité du mécanisme de financement de l'ANAM	Problématique de la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de financement de l'ANAM

**Sources :** Résultats de nos investigations

## **Chapitre 2 : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE : CHOIX, SPECIFICATION ET VISION GLOBALE DE LA RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE**

Dans ce chapitre, il est essentiellement question de la justification de la problématique retenue et de la définition de la vision globale pour sa résolution.

### **I- CHOIX ET SPECIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE**

Une mesure judicieuse du problème impose que nous adoptions une procédure scientifique objective qui situe la problématique, précise le cadre théorique et la méthodologie de l'étude (deuxième partie), avant de passer à la collecte et à l'analyse des données sur le mécanisme de financement de l'ANAM.

#### **1.1- Choix de la problématique**

Une analyse des différents défis à relever par l'ANAM dans le cadre de la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin laisse percevoir que tous les centres d'intérêts représentent des problèmes auxquels les autorités qui ont en charge de porter cette grande initiative devront absolument faire face en vue de la rendre effective sur toute l'étendue du territoire national. Il s'agit de :

- la problématique de la réduction du recours incessant au cabinet ministériel ;
- la problématique de la responsabilisation du personnel de l'ANAM à tous les niveaux du système ;
- la problématique d'une bonne relance des activités pour amorcer le passage à l'échelle du RAMU et
- la problématique de la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de financement de l'ANAM.

Nous n'allons pas nous intéresser aux trois premières problématiques pour le simple fait que la plupart des centres d'intérêts qui ont abouti à la formulation de ces problématiques sont soit en cours de résolution, soit que le processus de leur résolution est déjà suffisamment avancé.

Nous voulons pour preuve :

- la désignation de la plupart des quinze (15) membres du Conseil d'Administration qui n'attendent que leur nomination en Conseil des Ministres en vue de leur installation.
- les avancées observées pour le vote de la loi portant institution du RAMU.

- Les différentes étapes déjà franchies pour la signature de l'arrêté portant organisation et fonctionnement des directions techniques de l'ANAM par le Ministre de tutelle.
- les récentes nominations de la Directrice Générale et du Directeur Général Adjoint à la tête de l'Agence, étape importante dans la mise en place des autres structures devant faciliter le fonctionnement de l'ANAM.

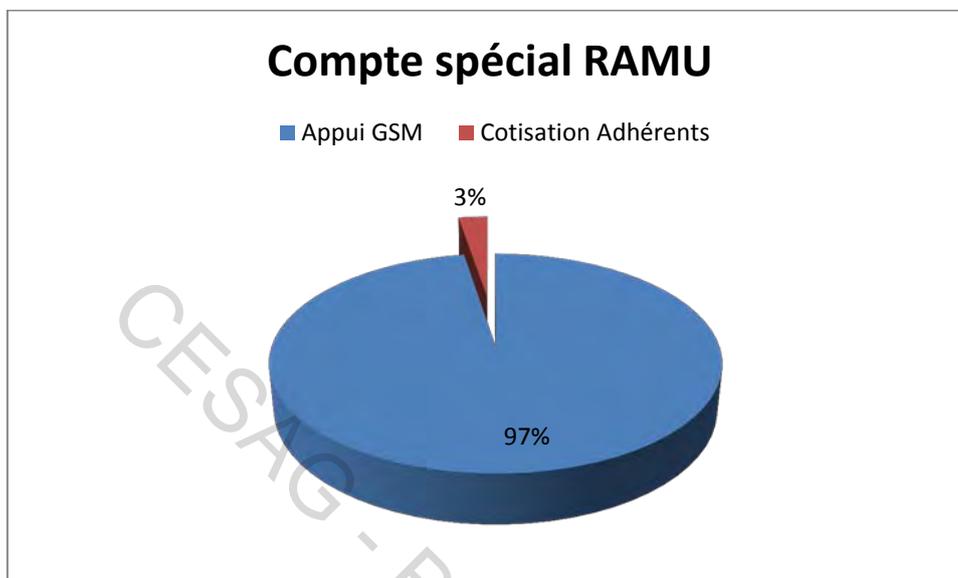
C'est pour toutes ces raisons que des problématiques identifiées, celle qui a suscité en nous une envie de recherche pour des approches de sa résolution s'articule autour du problème général du ***faible mécanisme de financement de l'ANAM***. Notre étude se penchera sur la ***problématique de la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de financement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie***.

A travers la spécification de la problématique nous allons présenter les différents problèmes identifiés et qui nous ont amené à cette formulation.

✓ En effet, d'abord en passant en revue les différentes sources de financement dont a bénéficié l'ANAM depuis sa création, nous avons relevé, plus haut, dans l'état des lieux d'une part les sources traditionnelles à savoir le budget général de l'Etat, les Partenaires Techniques et Financiers (le PRPSS et la Coopération Suisse), les cotisations sociales (la part des adhérents) et d'autre part les sources de financement innovant que constituent les taxes à l'embarquement, les droits d'accises et la redevance sur les communications GSM. Mais il est à souligner que les ressources mobilisées à travers le financement innovant et les cotisations des adhérents sont restées dans un compte spécial RAMU créé au Trésor Public. Contrairement aux cotisations des adhérents dont les procédures de paiement ont été élaborées par l'ANAM, force est de constater que l'agence n'a pas été associée au processus qui a abouti à l'obtention des ressources innovantes. En plus de cela, non seulement ces fonds n'ont pas servi au financement des activités de l'ANAM pendant pratiquement les quatre (4) exercices de l'Agence mais aussi les responsables de l'ANAM ne connaissent pas le montant exact du financement mobilisé. Le manque d'information sur le financement mobilisé en matière des ressources innovantes par le Gouvernement et surtout de ce qui devait échoir dans les comptes de l'ANAM ne permet pas le règlement par exemple des factures des prestataires de soins. Cette situation a, a priori, eu des répercussions sur la bonne mise en œuvre des PTA 2013, 2014 et sur celui en cours d'exercice.

Le graphique suivant montre la part des cotisations sociales et celle de l'appui des GSM dans le compte spécial RAMU.

**Graphique 3 : Compte spécial RAMU**



Source : ANAM, Point de financement du RAMU, 2014.

D'abord, l'analyse de ce graphique montre que la mobilisation des ressources additionnelles (financement innovant) au cours de ces deux dernières années représente 97% des fonds disponibles au niveau du compte spécial RAMU. C'est plus de deux milliards de franc CFA qui ont pu être mobilisés selon les informations contenues dans le point de financement du RAMU (Chiffre que l'ANAM peine à confirmer faute de non accès au compte en question).

Ensuite, l'ANAM dispose d'une direction chargée de la communication et de la mobilisation des ressources. Cette direction qui doit jouer un rôle stratégique dans la mise en place de partenariat durable entre l'ANAM et les autres structures capables de l'appuyer sur le plan technique, opérationnel et financier; et qui doit aussi se charger de mobiliser des ressources dont l'ANAM aura grandement besoin au fur et à mesure du bon déroulement du processus d'opérationnalisation du RAMU rencontre des difficultés au nombre desquelles nous pouvons citer :

- ✓ le nombre insuffisant de ressources humaines en qualité et en effectif (inexistence de spécialiste en communication et en marketing social) ;

- ✓ la non disponibilité d'une stratégie de financement clair de l'ANAM ;
- ✓ l'inexistence d'un plan de mobilisation de ressources ;
- ✓ la non appropriation du plan intégré de communication qui doit être adapté au contexte de l'ANAM.
- ✓ le non fonctionnement des services de la direction
- ✓ Etc.

Actuellement, l'ANAM n'est appuyée que par la Coopération Suisse et par le PRPSS qui est un projet de la Banque Mondiale. Même si au départ, il y a eu la Coopération Technique Belge, l'OIT, la Coopération Française, l'OMS et l'USAID, force est de constater que ce n'est pas encore le grand engouement attendu au niveau des PTF. Il est donc à rechercher les causes de cette situation.

Enfin, au niveau même des sources de financement innovant, ce sont seulement les taxes à l'embarquement, les droits d'accises et la redevance sur les communications GSM qui sont mobilisés quand on sait que les sources innovantes sont nombreuses à savoir : produits de voyage et de tourisme, impôt sur le change de devises, impôts sur les transferts d'argent, taxe sur les profits des firmes pharmaceutiques, les taxes sur les produits nocifs à la santé comme le tabac, l'alcool, le sucre, sel, l'huile, etc.

En choisissant de mener notre réflexion sur le thème « **Contribution pour la mise en oeuvre d'un mécanisme efficace de financement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie** », notre objectif est de contribuer à la mise en place d'un mécanisme efficace de financement de l'ANAM. Ainsi, les résultats de notre recherche pourront servir de repère en matière de recherche pour une stratégie de mobilisation de ressources financières au profit surtout de l'ANAM.

## **1.2- Spécification de la problématique**

L'Agence Nationale d'Assurance Maladie se trouve confrontée à un certain nombre de difficultés dans la bonne conduite de ces activités actuelles mais surtout futures quand on sait que l'opérationnalisation du RAMU doit être une réalité sur toute l'étendue du territoire national. C'est un énorme défi que l'ANAM doit à tout prix relever pour le bien-être de la population béninoise. Le RAMU comme un mécanisme de protection sociale devra aussi aider à la réduction de la pauvreté. C'est pour apporter notre contribution au relèvement de

ces défis qu'il nous a semblé opportun de proposer des approches de solutions aux problèmes spécifiques liés à la problématique de notre thème de mémoire :

**« Problématique de la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de financement de l'ANAM ».**

Les problèmes spécifiques que nous avons ciblés sont :

- la forte dépendance de l'ANAM de la subvention financière de l'Etat ;
- la faible communication sur l'Agence d'Assurance Maladie Universelle ;
- la faible communication sur le mécanisme du financement innovant au profit de l'ANAM;
- la faible diversité des partenaires techniques et financiers ;
- l'inexistence d'un plan de mobilisation de ressources ;
- la faible mobilisation de ressources additionnelles et
- l'opacité dans la gestion des ressources innovantes par les structures du Ministère en charge de l'Economie et des Finances.

Nous n'allons pas nous intéresser à tous ces problèmes spécifiques. Ceci parce que certains d'entre eux sont en voie d'être résolus ou pourraient connaître une solution à travers la mise en œuvre du processus de résolution des problèmes spécifiques que nous avons retenus. En effet, premièrement, l'atelier sur l'appropriation du Plan Intégré de Communication inscrit dans le plan de travail et prévu pour être exécuté avant la fin de l'exercice en cours devrait permettre de mieux cerner la faible communication sur l'ANAM. Deuxièmement, la réalisation d'un plan de mobilisation de ressources devra prendre en considération, la faible diversité des partenaires techniques et financiers et la faible mobilisation des ressources additionnelles. Troisièmement, une bonne mise en œuvre du plan de mobilisation de ressources devrait permettre de réduire la forte dépendance de l'ANAM de la subvention financière de l'Etat.

C'est pour toutes ces raisons que notre étude se penchera sur les deux problèmes spécifiques suivants :

Problème Spécifique n°1 : inexistence d'un plan de mobilisation des ressources

Problème Spécifique n°2 : faible communication sur le mécanisme du financement innovant au profit de l'ANAM.

La recherche d'approches de solutions à ces différents problèmes passe par les séquences de résolution de la problématique.

## **II- VISION GLOBALE ET ETAPES DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE**

### **2.1- Vision globale de résolution de la problématique**

Il s'agit ici, d'exposer les approches génériques et les séquences de résolution de la problématique.

#### **2.1.1- Approche générique de résolution du problème général.**

Le problème général de notre étude est *le faible mécanisme de financement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie*. Si le mécanisme de financement de l'ANAM présente des insuffisances, c'est parce qu'il y a d'une part une inexistence de plan de mobilisation des ressources et d'autre part une faible communication sur le mécanisme du financement innovant au profit de l'ANAM.

Dans cette perspective, nous procéderons par des approches génériques pouvant permettre de résoudre les problèmes spécifiques identifiés.

##### **2.1.1.1- Approches génériques de résolutions des problèmes spécifiques**

###### **2.1.1.1.1- Approche générique liée au problème spécifique n°1**

Le premier problème spécifique est celui de l'inexistence d'un plan de mobilisation de ressources. La résolution de ce problème spécifique passe non seulement par la réalisation d'un plan stratégique de développement avec la définition d'une vision claire de l'ANAM face aux défis et enjeux qui l'attendent mais aussi par l'identification d'une stratégie de mobilisation des ressources financières qui intègrent toutes les sources possibles de financement. La théorie de la mobilisation des ressources financières constitue ici, l'approche de résolution de l'inexistence du plan de mobilisation des ressources financières.

###### **2.1.1.1.2- Approche générique liée au problème spécifique n°2**

La faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM constitue le deuxième problème spécifique. Cela peut signifier que la communication qui devait exister entre institutions que les acteurs de la Direction du Partenariat Stratégique, de la

Communication et de la Mobilisation des Ressources et ceux des structures en du Ministère de l'Economie et des Finances n'a pas bien fonctionné.

L'approche de résolution de ce problème que nous allons utiliser est la communication institutionnelle.

### 2.1.2- Synthèse des approches par problèmes

Dans le tableau suivant, nous allons faire le résumé des différentes approches que nous avons retenues par problèmes spécifiques.

**Tableau 5** : Synthèse des approches par problème

Niveaux spécifiques	Problèmes spécifiques	Approches théoriques retenues
1	Inexistence d'un plan de mobilisation de ressources	Approche théorique basée sur la théorie de la mobilisation des ressources financières
2	Faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM	Approche théorique basée sur la communication institutionnelle

Sources : Résultats de nos investigations

### 2.2- Etapes de la résolution du problème général retenu

Pour résoudre la problématique de notre étude, nous avons retenu les huit (08) étapes suivantes :

1. la fixation des objectifs de la recherche ;
2. la formulation des hypothèses de l'étude ;
3. la construction du tableau de bord de l'étude (TBE) ;
4. la revue de la littérature ;
5. la méthodologie de l'étude ;
6. l'établissement du diagnostic ;
7. les approches de solutions et conditions de mise en œuvre ;
8. la construction du tableau de synthèse de l'étude (TSE).

**Deuxième partie : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Nous allons aborder dans cette partie, le cadre théorique et méthodologique de l'étude, ensuite nous aborderons l'organisation des enquêtes pour finir par l'établissement du diagnostic.

## **Chapitre 1 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE**

La définition des objectifs, des hypothèses en passant par les causes des problèmes, l'établissement du tableau de bord ainsi que la revue de littérature seront le menu de ce chapitre.

### **I- OBJECTIFS DE L'ETUDE**

La présente étude poursuit un objectif général et deux objectifs spécifiques.

#### **1.1- Objectif général**

Contribuer à la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de financement de l'ANAM.

##### **1.1.1- Objectifs spécifiques**

Ils sont au nombre de deux à savoir :

- ✓ Identifier les grandes lignes spécifiques à l'ANAM pour contribuer à l'élaboration de son plan de mobilisation des ressources;
- ✓ Construire des axes pour une meilleure stratégie de communication en faveur de la mobilisation des ressources innovantes.

### **II- IDENTIFICATION DES CAUSES LIEES AUX PROBLEMES SPECIFIQUES**

Nous allons nous intéresser aux causes liées aux problèmes spécifiques. Car leur résolution permettra de trouver les approches idoines au problème général.

#### **2.1- Causes liées au problème spécifique n°1**

La cause fondamentale de l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources est la faible opérationnalisation de la DSPCMR.

En effet, « la mobilisation des ressources est l'ensemble des moyens qu'une organisation doit acquérir pour mettre en œuvre son plan d'action. Elle va au-delà de la levée de fonds. Il s'agit d'obtenir diverses ressources auprès d'une multitude de partenaires, par différents moyens »<sup>23</sup>.

En nous basant sur cette définition, on peut se demander comment l'ANAM n'a pu se doter d'un plan de mobilisation des ressources ? En premier lieu, il est à rappeler que son élaboration est programmée comme activité au Plan de Travail Annuel 2015 de l'ANAM. En deuxième lieu, quand on sait que la mise en place d'un tel plan passe fondamentalement par la disponibilité d'un plan stratégique de développement et de l'identification des mécanismes de mobilisation de ressources, on comprend alors les difficultés que rencontre l'ANAM pour se le doter. En effet, s'il est vrai que la DPSCMR est dirigée par un spécialiste en Diplomatie et en mobilisation de ressources, il n'en demeure pas moins vrai que la DPSCMR souffre du manque de personnel et de la non opérationnalisation des services qui sont sous cette direction (aucun service n'est fonctionnel à l'ANAM, mais la prise de l'AOF devait pallier cette situation). Si l'élaboration du plan stratégique relève de la DTSFIAMU (le processus étant en cours) qui prend en compte tous les acteurs de l'agence, l'identification des mécanismes de mobilisation des ressources au profit de l'ANAM revient plutôt à la DPSCMR qui doit en définir les stratégies de leur mise en œuvre afin de non seulement diversifier les partenaires techniques et financiers mais aussi et surtout de les maintenir dans un partenariat durable. Cette stratégie ne doit pas occulter le financement de l'Etat. A tout ceci s'ajoute le problème récurrent de manque de ressources financières pour la bonne conduite de la réalisation de ces différents outils. Toute chose que devait pallier une bonne mise en œuvre d'un bon plan de mobilisation de ressources.

---

<sup>23</sup> **MOBILISATION DES RESSOURCES, Mini Guide pratique pour le ROCARE, novembre 2010**

## **2.2- Causes liées au problème spécifique n°2**

La faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM est due à la non implication de l'ANAM dans le processus de mise en place du mécanisme de mobilisation des ressources innovantes par le Ministère en charge de l'Economie et des Finances.

En d'autres termes, pour le problème spécifique, il a manqué une communication entre institutions sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM. En effet, d'abord, l'ANAM malgré son statut de structure de gestion d'une des grandes initiatives du Gouvernement à savoir le RAMU, n'a pas participé à la stratégie de mobilisation des ressources innovantes et elle n'a pas été non plus associée à la clé de répartition des fonds mobilisés dans ce cadre par le Gouvernement. Ensuite, **l'ordonnance N°2014-01 du 02 janvier 2014** portant Loi de Finances pour la gestion de 2014 et la **Loi N°2014-25 du 16 décembre 2014** portant Loi de Finances pour la gestion de 2015 ont prévu respectivement dans le cadre de la mobilisation des ressources innovantes, **4** et **5,7 milliards** au profit du RAMU. Seulement, l'ANAM ne saurait donner la situation de ce compte spécial ouvert au Trésor public et intitulé « Opération RAMU » parce que n'ayant pas jusque-là accès au compte. Enfin, s'il est convenu que les fonds mobilisés dans le cadre du financement innovant devrait servir au paiement des prestations, force est de constater qu'aucun prestataire n'est payé jusqu'à ce jour. Par ailleurs, à tout ceci nous devons ajouter la faible fonctionnalité de la DPSCMR.

Rappelons à toutes fins utiles qu'à l'interne c'est-à-dire au niveau du secteur de la santé, l'ANAM a été associée à la validation du cadre méthodologique de l'étude sur la mobilisation des ressources innovantes pour la couverture sanitaire universelle en cours de réalisation avec le concours d'un consultant de l'OMS. Mais cette implication de l'ANAM s'est arrêté à ce niveau, le processus étant conduit par le Secrétariat Général du Ministère.

### **III- HYPOTHESES DE L'ETUDE**

#### **3.1- Hypothèse générale**

Les faiblesses du mécanisme de financement de l'ANAM sont dues à la faible opérationnalisation de la DSPCMR et à la non implication de l'ANAM dans la mise en place du processus de mobilisation des ressources innovantes.

##### **3.1.1- Hypothèse spécifique n°1**

L'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources est due à la faible opérationnalisation de la DSPCMR.

##### **3.1.2- Hypothèse spécifique n°2**

La faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM est due à la non implication de l'ANAM dans la mise en place du processus de mobilisation des ressources innovantes par le Ministère de l'Economie et des Finances.

### **IV- TABLEAU DE BORD**

**Tableau 6** : Tableau de bord de l'étude : **Contribution pour la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de financement de l'ANAM**

Niveau d'analyse		Problématiques	Objectifs	Causes supposées être à la base des problèmes	Hypothèses
<b>Niveau Général</b>		<b>(Problème Général)</b> Insuffisances du mécanisme de financement de l'ANAM	<b>(Objectif Général)</b> Contribuer à la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de financement de l'ANAM	<b>(Cause Générale)</b>	<b>(Hypothèse Générale)</b>
<b>Niveaux spécifiques</b>	<b>1</b>	<b>(Problème spécifique 1)</b> Inexistence d'un plan de mobilisation des ressources	<b>(Objectif spécifique 1)</b> Ressortir les grandes lignes spécifiques à l'ANAM pour contribuer à l'élaboration de son plan de mobilisation des ressources.	<b>(Cause spécifique 1)</b> Faible opérationnalisation de la DPSCMR.	<b>(Hypothèse spécifique 1)</b> L'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources est due à la faible opérationnalisation de la DPSCMR.
	<b>2</b>	<b>(Problème spécifique 2)</b> Faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM	<b>(Objectif spécifique 2)</b> Construire des axes pour une meilleure stratégie de communication en faveur de la mobilisation des ressources innovantes.	<b>(Cause spécifique 2)</b> Non implication de l'ANAM dans le processus de mise en place des ressources innovantes.	<b>(Hypothèse spécifique 2)</b> La faible communication sur la stratégie de mobilisation des ressources innovantes est due à la non implication de l'ANAM dans le processus de mise en place des ressources innovantes.

**Sources** : Résultats de nos investigations

## **V- REVUE DE LA LITTÉRATURE**

Dans cette partie de notre document, nous ferons le point des connaissances et contributions antérieures faites à la résolution des problèmes en étude à partir de la documentation mobilisée au cours de nos recherches.

Nous adopterons une démarche basée principalement sur la prise en compte des approches génériques que nous avons retenues dans la vision globale de résolution de la problématique spécifiée. Pour ce faire, il sera question de faire le point des connaissances sur chaque problème spécifique à partir des approches génériques retenues et qui se présentent comme suit :

- Approche générique basée sur la théorie de la mobilisation des ressources financières
- Approche générique basée sur la communication d'entreprise

### **5.1- Point des connaissances sur le problème de l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources**

L'approche générique retenue pour la résolution du problème de l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources est la théorie de la mobilisation des ressources financières.

Tout d'abord, la notion de ressources au sein de ce paradigme doit être bien définie. Car chaque auteur lui donne un contenu différent en présentant une liste plus au moins limitative. Ainsi, pour **Anthony Oberschall** (1973), les ressources regroupent toutes sortes de choses, depuis les ressources matérielles : emplois, revenus, économies et accès à des biens matériels et à des services jusqu'aux ressources immatérielles : autorité, engagement moral, croyance, amitié, capacité... Selon **Charles Tilly** (1976), elles peuvent être « pouvoir de travail, biens matériels, armes, votes et toutes sortes de choses, tant qu'elles sont utiles dans l'action pour des intérêts partagés ». Nous pouvons en résumé de ce qui précède définir simplement une ressource comme « tout ce qui sert à l'action »<sup>24</sup> (**Bertrand Oberson**, 2009).

C'est dans les années 70, aux Etats Unis que le paradigme de la mobilisation des ressources<sup>25</sup> est né dans le cadre des mouvements sociaux. Aujourd'hui, il est beaucoup plus utilisé par les

---

<sup>24</sup> **OBERSON B.**, Cours n°6 : Le paradigme de la mobilisation des ressources, *Sociologie de l'action collective*, 2009, p.1.

<sup>25</sup> **NEVEU E.**, *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, Éditions La Découverte, Collection Repères, no 207, 2002, p. 52.

institutions, les organisations, etc. pour désigner tout ce qui est mis en œuvre (moyens) pour capter les ressources tant humaines, logistiques, techniques que financières.

Pour le *Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education* (ROCARE), la mobilisation des ressources est l'ensemble des moyens qu'une organisation doit acquérir pour mettre en œuvre son plan d'action<sup>26</sup>. Il n'y a pas de projet sans ressources. Dans leur mini guide de mobilisation des ressources, il est conseillé de connaître d'abord les ressources à mobiliser, ensuite de définir les mécanismes pour les mobiliser et enfin de choisir les partenaires auprès de qui les ressources doivent être mobilisées.

Dans le *Guide pour la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du plan opérationnel de lutte contre le VIH/SIDA en milieu de travail*, on pouvait lire : « La mobilisation des ressources s'articulera autour d'une combinaison d'actions visant, notamment à : identifier les différentes catégories de ressources à mobiliser (savoir quoi mobiliser) ; choisir les mécanismes permettant d'obtenir les ressources (savoir comment mobiliser les ressources) ; cibler les fournisseurs de ressources et comprendre leurs motivations par rapport à cette politique ou à la problématique de la pandémie du VIH et du sida en milieu de travail ; mobiliser tous les partenaires du monde du travail à l'adhésion à cette politique et convaincre les opérateurs économiques du Burundi à financer certaines activités.»<sup>27</sup>

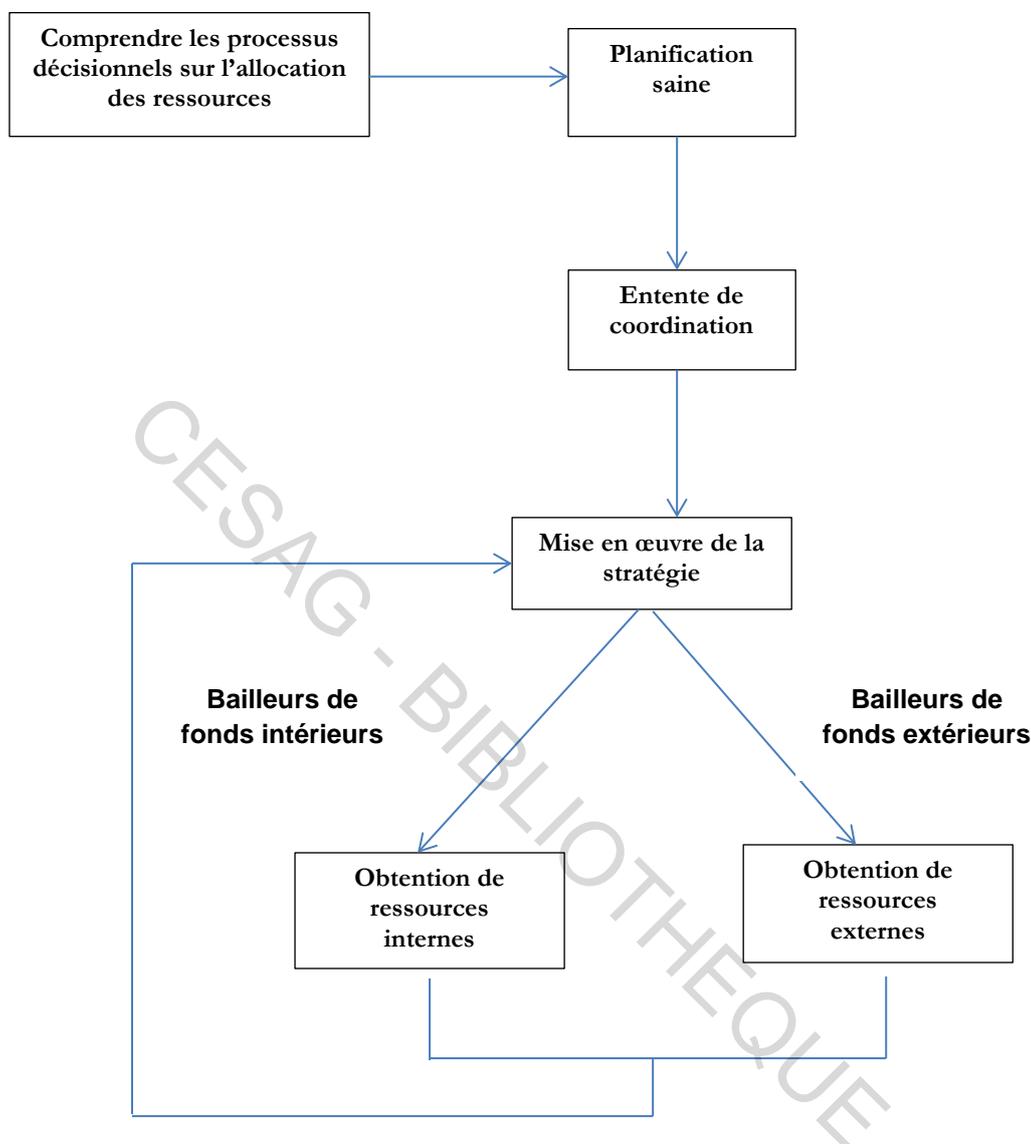
Le schéma sur le chemin critique de la mobilisation des ressources nous donne les différentes étapes de ce processus.

---

<sup>26</sup> ROCARE, *MOBILISATION DES RESSOURCES, Mini Guide pratique pour le ROCARE*, 2010, p.7.

<sup>27</sup> GUIDE DE MOBILISATION DES RESSOURCES POUR LA MISE EN OEUVRE DU PLAN OPERATIONNEL DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA EN MILIEU DE TRAVAIL, Période 2011-2015 BUJUMBURA, 19 Mai 2011, p.4.

**Schéma 2** : Chemin critique de la mobilisation des ressources



Sources : Guide de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du plan opérationnel de lutte contre le VIH et le sida en milieu de travail, Burundi, 2011

Abordant, la question du financement du RAMU dans son mémoire de fin de formation, **Saara Floriane GNACADJA** (2012) trouvait que : « ...les investissements nécessaires à la mise en œuvre d'un plan d'assurance maladie doivent être consentis de manière durable afin de donner au régime institué le temps et les moyens d'acquérir de l'autonomie, de s'autofinancer et de s'autogérer. Il peut donc se poser un problème de mobilisation des ressources financières nécessaires au développement de certaines activités capitales comme la

mise place et le fonctionnement de l'Agence Nationale d'Assurance Maladie et de ses démembrements.»<sup>28</sup>.

Nous soutenons à la base de cette littérature et par rapport à notre expérience sur gestion des organisations que la réalisation d'un plan de mobilisation des ressources financières est nécessaire pour toute organisation ou institution qui aspire à une autonomie et à un autofinancement à long terme de ses activités. En effet, disposer de ressources financières suffisantes est une condition clé pour pouvoir atteindre efficacement des objectifs préalablement fixés.

En ce qui concerne, les mécanismes de mobilisation de ces ressources, ils sont considérés comme des méthodes utilisées pour obtenir des ressources auprès des partenaires identifiés au préalable. L'identification de ces mécanismes permet de diversifier les approches au-delà de la réaction des demandes. *Ces mécanismes de mobilisation des ressources dépendent en grande partie du contexte et par conséquent diffèrent d'un pays à un autre. (ROCARE, 2010)*

## **5.2- Point des connaissances sur le problème de la faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM**

« La communication est désormais reconnue comme un des secteurs clé de l'économie de l'immatériel dont l'essor caractérise le tournant du XX<sup>e</sup> au XXI<sup>e</sup> siècle... Vecteur roi de la mise en relation, au sens propre comme au sens figuré, il n'y a pas de plus sûr levier.»<sup>29</sup> (GIULY, 2013). C'est ainsi que GIULY E. définissait la communication tout court.

D'après Brochard et Lendrevie (1999), il est courant de distinguer deux types de communication selon le contenu de leur message : la commerciale et la « corporate », aussi appelée communication institutionnelle ou sociale. La première a trait aux produits et aux marques et elle est souvent considérée comme une offensive dans l'esprit des consommateurs. La seconde porte sur l'institution elle-même ; elle est souvent assimilée à la communication d'entreprise. Car elle élargit l'échange à la société dans son ensemble en établissant des liens avec les « tiers concernés » (fournisseurs, actionnaires, écoles et universités, etc.), « les

---

<sup>28</sup> GNACADJA S. F., Problématique du financement du Régime d'Assurance Maladie Universelle en Afrique subsaharienne : Cas de la République du Bénin, Mémoire de fin de formation Master 2, Ecole Supérieure d'Assurance de Paris, 2012, p.61.

<sup>29</sup> GIULY E., La communication institutionnelle, Privé/public : le manuel des stratégies, Presses Universitaires de France, novembre 2013, p.19.

réseaux de pouvoir » (les administrations et les politiques) ou les « réseaux d'influence » (les leaders et opinion publique).<sup>30</sup>

Parallèlement à son essor dans la sphère entrepreneuriale, la communication institutionnelle désigne aussi la communication développée par des institutions, c'est-à-dire des organismes évoluant dans la sphère publique ou parapublique. Elle s'applique autant aux structures communales et intercommunales (Fourdin, Poinclou, 2000), que gouvernementales et ministérielles (Berthelot-Guiet, Ollivier-Yaniv, 2001).

**Eric GIULY** (2013) a identifié de façon claire les missions de la communication institutionnelle. Il s'agit : définir le caractère unique de l'identité de l'entreprise ou de l'institution, développer son image auprès d'une chaîne ininterrompue de publics différents, défendre sa réputation lorsque c'est nécessaire et, enfin, déployer au mieux ses **stratégies relationnelles auprès de l'ensemble de ses parties prenantes**.

Il s'avère nécessaire que toute institution qui se veut performante d'établir des stratégies relationnelles pour une communication permanente avec l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le développement de ses activités.<sup>31</sup> Ainsi la communication institutionnelle devra être perçue par les managers des institutions, associations et organisations (publiques et privées) comme un levier de la performance organisationnelle et financière. En effet, **elle une pratique managériale qui use de mécanismes de persuasion, souvent fondés sur la séduction**.

Il est important de rappeler et ceci en restant en phase avec tous les auteurs suscités que l'absence de communication à l'intérieur comme à l'extérieur d'une institution engendre des questions, des doutes et des extrapolations de la part des publics de l'institution. C'est pour cette raison, qu'il est indispensable à notre point de vue d'instaurer une communication institutionnelle appropriée et dynamique entre les institutions appelées à collaborer ensemble.

La revue de la littérature sur la problématique posée nous amène à aborder dans le chapitre suivant, la collecte et l'analyse des données afin de vérifier nos hypothèses.

---

<sup>30</sup> MESSAOUDENE L. et HERNANDEZ S., La communication sociale, un levier de performance organisationnelle ? Le cas des politiques de santé publique en matière de nutrition, 61 Revue management & avenir, 2014, p.146-167.

<sup>31</sup> SICOTTE C., CHAMPAGNE F., CONTADRIPOULOSA.-P.(1999), « La performance organisationnelle des organismes publics de santé », Rupture revue transdisciplinaire en santé, Vol. 6, n°1, p. 34-10.

## **Chapitre 2 : CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE**

Dans cette partie, nous allons exposer les démarches entreprises pour la collecte des données et leur traitement, en vue de produire les résultats qui permettent de vérifier les hypothèses et d'atteindre les objectifs fixés.

### **I- DESCRIPTION DE LA METHODOLOGIE**

La méthodologie utilisée pour vérifier les hypothèses émises a embrassé d'une part, une approche empirique consacrée à la description des méthodes d'enquête et d'autre part, une approche théorique issue des contributions antérieures aux problèmes spécifiques que nous avons retenus.

#### **1.1- Approche empirique**

Elle a consisté au choix d'une méthode d'enquête pour vérifier les hypothèses. Les étapes franchies dans cette démarche sont les suivantes :

- objectif ;
- population mère ;
- nature de l'enquête ;
- échantillonnage ;
- techniques et outils de présentation des données.

##### ***1.1.1- Fixation de l'objectif de l'enquête et identification de la population mère***

###### ***1.1.1.1- Objectif de l'enquête***

Notre enquête a pour objectif de collecter les données nécessaires à la vérification des hypothèses précédemment formulées. Ainsi, nous verrons si :

- la faible opérationnalisation de la DPSCMR est effectivement à l'origine de l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources.
- la faible communication sur la stratégie de mobilisation des ressources innovantes est réellement à l'origine de la non implication de l'ANAM dans le processus de mise en place des ressources innovantes.

### **1.1.1.2- Identification de la population mère**

Notre étude s'est basée sur une enquête interne en raison des problèmes spécifiques que nous avons à résoudre. C'est ainsi que cette enquête a été uniquement réalisée à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, structure d'accueil objet de notre étude.

En ce qui concerne la population mère, elle est composée essentiellement du personnel de l'ANAM. Et c'est d'ailleurs la population la mieux indiquée pour connaître pour connaître réellement les difficultés de l'agence. Sa décomposition est décrite au tableau 3.

### **1.1.2- Nature de l'enquête et échantillonnage**

#### **1.1.2.1- Technique de l'enquête**

Il s'agit d'une enquête interne par entretien basée essentiellement sur des données qualitatives. Nous avons procédé par un guide d'entretien à l'endroit du personnel interviewé. Ce guide d'entretien est conçu par rapport aux problèmes spécifiques identifiés. Il s'agit d'une technique d'enquête qui touche tous les individus de notre échantillonnage.

#### **1.1.2.2- Echantillonnage**

Nous avons retenu un échantillon de 10 personnes décomposé comme suit :

- Direction générale : 1 personne ;
- DPSCMR : 3 personnes ;
- DTSFIAMU : 3 personnes ;
- DAF : 2 personnes et
- AC : 1 personne.

#### **1.1.3- Technique de dépouillement**

Les informations recueillies à l'aide du guide d'entretien ont subi un traitement manuel à cause de la petitesse de notre échantillon.

#### **1.1.4- Outils de présentation des données**

Les données recueillies avec le guide d'entretien sont restituées sous forme de graphiques, plus précisément dans l'analyse.

#### **1.2- Approches théoriques : outils d'analyse et seuil de décision**

Le seuil de décision sera fondé sur les données. Ainsi, pour arrêter définitivement les hypothèses, il est retenu pour chacune d'elles, le principe de la majorité relative. En d'autres termes, l'opinion dont le poids est le plus élevé en matière de pourcentage, sert à formuler l'élément de diagnostic.

## **II- DE L'ORGANISATION DES ENQUETES A L'ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC**

Dans cette section, nous présenterons l'organisation des entretiens, l'analyse des résultats puis, la vérification des hypothèses avant d'établir le diagnostic.

#### **2.1- Préparation et réalisation des enquêtes**

La collecte d'informations fiables pour cette étude s'est effectuée sur la base des entretiens que nous avons eus avec l'ensemble des cadres de l'ANAM. Le guide d'entretien (voir annexe) que nous avons conçu, en dehors de l'aspect général du mécanisme de financement de l'ANAM qu'il a visé, a aussi pris en compte les questions pouvant porter sur les problèmes spécifiques de l'agence.

Tous les entretiens ont été réalisés à l'ANAM et se sont déroulés sur la période du 1<sup>er</sup> octobre au 30 octobre. Le guide a été administré par nous-même. Nous avons recueilli des interviewés des informations et opinions sur les faiblesses du mécanisme de financement de l'ANAM.

Ces interviews ne se sont pas déroulées sans difficultés.

#### **2.2- Difficultés rencontrées et limites des données**

##### **2.2.1- Difficultés rencontrées**

Les difficultés rencontrées dans le cadre de ce travail sont essentiellement liées à non disponibilité de certains cadres à nous accorder une entrevue. Leurs réponses étant pourtant utiles à l'établissement du diagnostic. Ceci a retardé un peu le travail à notre niveau.

Mais fort heureusement, nous avons pu surmonter ces difficultés en faisant preuve de persévérance et de patience pour obtenir les données suffisantes et nécessaires à cette étude.

### ***2.2.2- Limites des données***

En ce qui concerne les limites des données, elles sont relatives au fait que nous ayons circonscrit nos investigations au sein de l'ANAM. En effet, les acteurs extérieurs du mécanisme de financement de l'ANAM que sont certains cadres du Ministère en charge de l'Economie et des Finances, n'ont pas été impliqués dans cette enquête.

## **2.3- Présentation et analyse des résultats des entretiens**

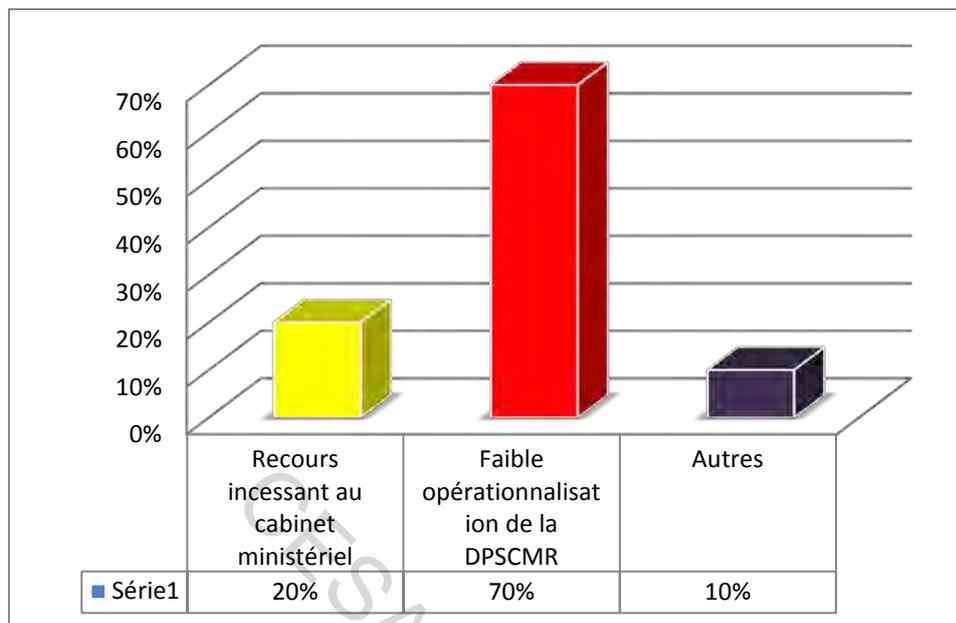
A cette étape du travail, nous analyserons les données collectées afin de vérifier si les différentes hypothèses émises expliquent véritablement les problèmes spécifiques qui leurs sont liés afin d'établir le diagnostic pouvant conduire aux propositions de solutions. Il est à noter que nous avons réalisés tous les entretiens.

En effet, l'analyse des résultats d'enquête est faite par rapport aux différents problèmes spécifiques. Elle porte essentiellement sur les causes possibles identifiées préalablement et sur les préoccupations exprimées dans le guide d'entretien en annexe.

### ***2.3.1- Présentation et analyse des données relatives à l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources***

Le graphique suivant nous présente les résultats des entretiens que nous avons réalisés sur les causes possibles de l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources à l'ANAM.

**Graphique n°4** : Données relatives au problème spécifique n°1



**Source** : Résultats de nos investigations, novembre 2015

Ce graphique montre que 70% des personnes interviewées, estiment que l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources pour l'ANAM s'explique par la faible opérationnalisation de la DPSCMR. Cependant, 20% des enquêtés pensent que cette situation est due au recours incessant de l'ANAM au Cabinet Ministériel. Par ailleurs, 10% trouvent d'autres causes à ce problème.

La faible opérationnalisation de la DPSCMR est donc la cause à retenir face à ce problème.

### **2.3.2- Présentation et analyse des données relatives à la faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM**

Avant toute analyse relative aux données recueillies sur la non implication de l'ANAM dans le processus de mobilisation des ressources innovantes, il nous paraît important de revenir d'abord sur la notion de « financement (ressources) innovant »

#### **2.3.2.1- Bref aperçu sur la notion de financement innovant**

La problématique des « financements innovants » émerge dans le champ de la coopération internationale au développement à l'occasion de la *Conférence de Monterrey*<sup>32</sup> (Mexique, 2002) sur le financement du développement. Faisant le constat de l'insuffisance des flux de

<sup>32</sup> Rapport de la Conférence internationale sur le financement du développement, Monterrey en Mexique, mars 2002

l'aide publique au développement pour réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) adoptés par les Nations unies en 2000 à l'horizon 2015, le texte de la déclaration finale appelle à identifier des « sources novatrices » de financement. La conférence de suivi à Doha en septembre 2008 appelle à un changement d'échelle dans leur mise en œuvre.

Le caractère novateur de ces financements porte sur l'origine des fonds, sur les modalités de leur affectation (mécanismes) ou bien sur leur destination. L'innovation réside également dans l'amélioration de la prévisibilité et de la rapidité dans le décaissement des fonds («*frontloading*»<sup>33</sup>) ainsi que dans l'approche basée sur l'efficacité et les résultats. Les financements innovants se caractérisent également par l'exploration de partenariats nouveaux entre des acteurs publics et privés pour optimiser l'impact des ressources financières disponibles.

Enfin, la notion de financement innovant a émergé dans le sillage de celle sur la gouvernance et le financement des biens publics mondiaux (Kaul et al, 1999) dans un contexte marqué non seulement par la « fatigue » de l'aide mais aussi par la prise de conscience des limites écologiques de la croissance (Rio, 1992) et des défaillances du marché pour assurer des fonctions collectives de régulation qu'impliquent la délivrance de ces biens.

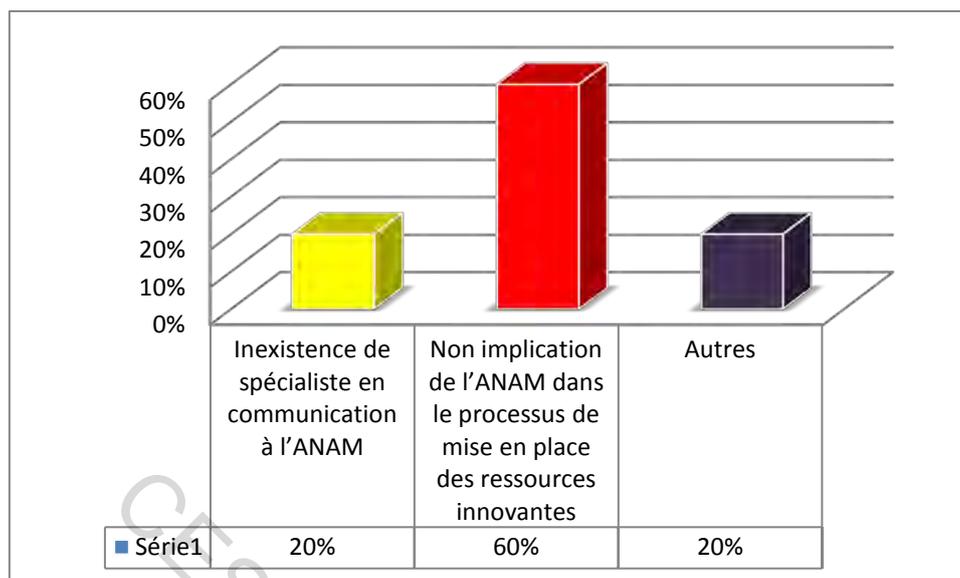
### ***2.3.2.2- Analyse des données liées au problème spécifique n°2***

Les résultats des entretiens sur le problème de la faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM sont illustrés par le graphique suivant :

---

<sup>33</sup> Comprendre par ce mot, la préalimentation ou l'anticipation

**Graphique n°5** : Données relatives au problème spécifique n°2



**Source** : Résultats de nos investigations, novembre 2015

Le graphique n°5 montre que :

- 20% des interviewés mentionnent l'inexistence de spécialiste en communication ;
- 60% des interviewés penchent pour la non implication de l'ANAM dans le processus de mise en place des ressources innovantes ;
- 20% des interviewés donnent d'autres réponses au problème.

De tout ce qui précède, il ressort que la non implication de l'ANAM dans le processus de mise en place des ressources innovantes prend le dessus sur les autres.

Les résultats de ces différentes analyses confrontés à nos observations personnelles à l'issue des trois mois de stage effectués au siège de l'ANAM, donc au cœur de l'agence, nous permettent de juger de la fiabilité et de la complétude des données issues de notre enquête.

## 2.4- Vérification des hypothèses

Il s'agit ici, d'apprécier le degré de validité des hypothèses à partir de l'analyse des résultats de nos entretiens.

### 2.4.1- Vérification de l'hypothèse spécifique n°1

Au regard des résultats obtenus, les tendances observées permettent de se rendre compte que la majorité des personnes consultées confirme notre hypothèse relative au problème

spécifique n°1. En effet, sur les 10 personnes interrogées, 07 c'est-à-dire plus de la moitié expliquent l'inexistence de plan de mobilisation des ressources par la faible opérationnalisation de la DPSCMR. En conséquence, notre hypothèse de base est confirmée.

#### ***2.4.2- Vérification de l'hypothèse spécifique n°2***

En considérant les résultats issus des entretiens, il ressort que l'hypothèse de base est confirmée en ce sens que des 10 personnes interrogées, 06 invoquent la non implication de l'ANAM dans le processus de mise en place des ressources innovantes. Ainsi, l'hypothèse spécifique n°2 est confirmée.

### **2.5- Etablissement du diagnostic de l'étude**

La vérification des hypothèses nous a permis d'identifier les causes réelles se trouvant à la base de nos différents problèmes spécifiques. Ceci nous permet de formuler les éléments de diagnostic qui suivent.

#### ***2.5.1- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°1***

Suite à la vérification de l'hypothèse spécifique n°1, l'élément de diagnostic n°1 se formule de la manière suivante : ***la faible opérationnalisation de la DPSCMR est à la base de l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources.***

#### ***2.5.2- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°2***

La vérification de l'hypothèse spécifique n°2 permet de libeller l'élément de diagnostic n°2 en ces termes : ***la non implication de l'ANAM dans le processus de la mise en place des ressources innovantes est à l'origine de la faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM.***

L'établissement du diagnostic de l'étude nous permet d'aborder dans la partie suivante les approches de solutions et les conditions de leur mise en œuvre.

**Troisième partie : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE**

Cette partie sera consacrée à la proposition des solutions pour contribuer à l'éradication des différentes causes qui sous-tendent les problèmes spécifiques. Aussi, les conditions de mise en œuvre de ces solutions avec les recommandations nécessaires ont-elles été formulées pour permettre à l'ANAM de mettre en place un mécanisme efficace de financement pour la bonne exécution de sa mission.

## **Chapitre 1 : APPROCHES DE SOLUTIONS**

La résolution d'un problème est perçue comme un défi à relever. Elle permet de proposer des conditions de correction des causes qui provoquent ces problèmes en tenant compte des objectifs fixés. C'est ainsi que dans cette partie, nous allons proposer des solutions pour l'élimination des différentes causes qui sont à la base des problèmes spécifiques.

### **I- APPROCHES DE SOLUTIONS AU PROBLEME DE L'INEXISTENCE D'UN PLAN DE MOBILISATION DES RESSOURCES**

Le diagnostic a établi que l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources est due à la faible opérationnalisation de la DPSCMR.

Il est nécessaire de rendre opérationnel la DPSCMR en la dotant non seulement de tous les services techniques prévus par l'organigramme (Annexe 1) mais aussi de ressources humaines compétentes et dont elle a besoin pour fonctionner pleinement.

L'ANAM doit se doter d'un plan stratégique de développement qui définit clairement sa vision, sa mission, ses objectifs et décline ses principaux axes stratégiques. Le développement de ce plan d'action tiendra compte des grandes orientations de l'ANAM. Mais en attendant ce plan stratégique de développement, la DPSCMR pourra réviser la situation actuelle des ressources et identifier les points à améliorer en :

- ✓ analysant la situation actuelle des ressources de l'ANAM ;
- ✓ évaluant la durabilité des ressources actuelles de l'ANAM ;
- ✓ identifiant les besoins supplémentaires ;
- ✓ identifiant les différents mécanismes de mobilisations des ressources qui seront propres à l'ANAM ;
- ✓ dressant une liste des partenaires financiers potentiels ;
- ✓ s'informant sur les axes d'intervention des partenaires financiers potentiels.

Tout ceci permettra à terme de préparer et de concevoir un plan de mobilisation des ressources financières pour combler les besoins de l'ANAM. Ce processus a l'avantage de déterminer également les besoins spécifiques et de pouvoir les prioriser dans leur mise en œuvre.

## **II- APPROCHES DE SOLUTIONS AU PROBLEME DE FAIBLE COMMUNICATION SUR LE MECANISME DE FINANCEMENT INNOVANT AU PROFIT DE L'ANAM**

Le diagnostic a établi que la faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM est due à la non implication de l'ANAM dans le processus de mise en place des ressources innovantes.

Il faut donc une implication de l'ANAM dans le processus de la mise en place du financement innovant. Pour ce faire, nous préconisons :

- ✓ la mise sur pied d'un cadre de concertation qui va réunir l'ANAM et les autorités du Ministère de l'Economie et des Finances en charge de la mobilisation des ressources innovantes ;
- ✓ la mise à disposition de l'ANAM ou le recrutement au profit de la DPSCMR de cadres en quantité et en qualité pour prendre résolument en charge les questions de communication ;
- ✓ la définition d'une stratégie managériale par la nouvelle direction générale de l'ANAM et basée sur les techniques de la communication institutionnelle pour lui permettre de s'impliquer davantage dans toutes les politiques, mécanismes ou creusets où se prennent des décisions au profit de l'agence.
- ✓ l'appropriation du plan intégré de communication de l'ANAM par tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du RAMU.
- ✓ La mise en œuvre effective du Plan Intégré de Communication.

## **Chapitre 2 : CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS**

Les améliorations de la qualité sont conditionnées par la mise en œuvre réussie de la solution appropriée. Ainsi, les solutions appropriées que nous avons proposées ne trouveront leur efficacité qu'après la prise en compte de certaines conditions favorables à leur mise en œuvre. La mise en place d'un mécanisme efficace de financement de l'ANAM suppose la résolution des problèmes spécifiques qui lui sont liés, à travers les approches de solutions proposées. Elle suppose également l'adhésion de tous les acteurs afin qu'ils soient à l'aise avec la solution et qu'il y ait suffisamment d'enthousiasme pour ladite solution. C'est pour toutes ces raisons que nous adressons quelques recommandations aux différents acteurs.

### **I- RECOMMANDATIONS A L'AGENCE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE (ANAM)**

Pour une meilleure application des solutions proposées, l'ANAM doit entre autres :

- ✚ accélérer le processus d'élaboration du plan stratégique de développement et du plan de mobilisation des ressources programmés dans le plan de travail annuel 2015 mais non encore exécutés jusqu'à présent;
- ✚ planifier la mise en œuvre des solutions proposées et les appliquer;
- ✚ mettre en place, un mécanisme de suivi et d'évaluation. Ceci en faisant le suivi pour déterminer si la solution a produit les résultats escomptés et en prenant des décisions pour voir s'il faut élargir la mise en œuvre, modifier ou décider de tester une autre solution.

### **II- RECOMMANDATIONS AUX AUTORITES DU MINISTERE DE LA SANTE**

Dans le but de permettre à l'ANAM de fonctionner correctement pour atteindre les objectifs à elle fixés, les autorités du Ministère de la Santé doivent :

- ✚ signer l'arrêté portant organisation et fonctionnement des directions techniques de l'ANAM ;
- ✚ procéder à l'installation du Conseil d'Administration de l'ANAM ;
- ✚ procéder à la nomination des directeurs à la tête des directions techniques vacantes et non encore opérationnelles ;
- ✚ recruter ou affecter des cadres en nombre et en qualité ;

- ✚ mettre les compétences en adéquation avec les besoins de recrutement.

### **III- RECOMMANDATIONS AUX AUTORITES DU MINISTERE EN CHARGE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES**

Pour une bonne planification de ses activités en vue de l'élaboration d'un plan d'action objectif, le Ministère de l'Economie et des Finances doit :

- ✚ fournir de façon trimestrielle des informations sur les ressources innovantes mobilisées au profit de l'ANAM ;
- ✚ libérer effectivement les ressources mobilisées au profit de l'ANAM en se référant à la définition du concept de financement innovant ;
- ✚ travailler, de concert avec l'ANAM, pour l'identification d'autres sources de financement innovant pour une diversité des sources ;
- ✚ mettre à la disposition de l'ANAM les ressources mobilisées tant dans le cadre de son fonctionnement que du paiement des prestataires de soins de santé.

### **IV- RECOMMANDATIONS A L'ENDROIT DU GOUVERNEMENT**

Dans le but de permettre à l'ANAM de rendre le RAMU à l'échelle nationale, le Gouvernement doit :

- ✚ continuer de doter l'ANAM et mettre à disposition à temps les subventions en tenant compte de ses besoins et de son plan de développement ;
- ✚ créer un cadre de concertation qui regroupera l'ANAM et les cadres du Trésor pour la gestion efficiente des ressources innovantes pour ainsi permettre à l'ANAM de participer à tout le processus de la mobilisation des ressources innovantes.

**Tableau n°7** : Synthèse de l'étude

Niveau d'analyse		Problématiques	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses	Eléments de diagnostic	Solutions
<b>Niveau Général</b>		Insuffisances du mécanisme de financement de l'ANAM	Contribuer à la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de financement de l'ANAM				
<b>Niveaux spécifiques</b>	<b>1</b>	Inexistence d'un plan de mobilisation des ressources	R ressortir les grandes lignes spécifiques à l'ANAM pour contribuer à l'élaboration de son plan de mobilisation des ressources.	Faible opérationnalisation de la DPSCMR.	L'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources est due à la faible opérationnalisation de la DPSCMR.	la faible opérationnalisation de la DPSCMR est à la base de l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources	Rendre opérationnelle la DPSCMR en la dotant non seulement de tous les services techniques prévus par l'organigramme mais aussi de ressources humaines compétentes et dont elle a besoin pour fonctionner pleinement.
	<b>2</b>	Faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM	Construire des axes pour une meilleure stratégie de communication en faveur de la mobilisation des ressources innovantes.	Non implication de l'ANAM dans le processus de mise en place des ressources innovantes.	La faible communication sur la stratégie de mobilisation des ressources innovantes est due à la non implication de l'ANAM dans le processus de mise en place des ressources innovantes.	la non implication de l'ANAM dans le processus de la mise en place des ressources innovantes est à l'origine de la faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM.	Procéder à l'implication de l'ANAM dans le processus de la mise en place du financement innovant

## **Conclusion**

La mise œuvre d'une couverture sanitaire universelle implique forcément la mise en place d'un mécanisme de mobilisation des ressources pour son financement. Les stratégies de financement du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) au Bénin sont élaborées autour des cotisations des affiliés, de la subvention de l'Etat, de l'appui de quelques Partenaires Techniques et Financiers et de l'instauration d'un mécanisme de financement innovant au profit de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie dénommé « Opération RAMU ».

La mise en place d'un mécanisme dynamique de financement fait appel à l'élaboration des plans stratégique de développement et de mobilisation des ressources. Le premier plan permet de développer les axes stratégiques à partir de la vision et des grandes orientations de l'institution avec l'établissement de son budget et s'étend sur une période variant entre 3 et 5 ans. Le deuxième plan quant à lui, œuvre à mobiliser les ressources nécessaires pour la réalisation des activités planifiées par le premier. Une cohérence des deux plans avec une synergie d'actions efficacement menées conduit au succès.

L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, structure chargée de rendre opérationnel le RAMU sur toute l'étendue du territoire national peine à asseoir un mécanisme de financement efficace pour l'accomplissement de sa mission. En effet, l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources et la faible communication sur le mécanisme de financement innovant mis en place par le Gouvernement au profit de l'ANAM constituent des défis majeurs à relever tant pour l'agence que pour le Ministère de la Santé qui en assure la tutelle. C'est pour cette raison que nous avons, à l'issue de nos investigations, proposé des solutions pour contribuer à rendre efficace le mécanisme de financement de l'ANAM. Notre démarche, loin de se substituer au plan de mobilisation des ressources, a proposé dans un premier temps, les principales étapes pour y aboutir. Dans un second temps, il est nécessaire pour les acteurs qui interviennent à divers niveaux dans l'opérationnalisation du RAMU d'instaurer une communication institutionnelle rationnelle autour de la mobilisation des ressources innovantes. Ce mécanisme de financement innovant constitue une option novatrice qui vient pallier à l'insuffisance des ressources traditionnelles disponibles (cotisations des affiliés,

subventions de l'Etat, PTF). Tout ceci permettra à l'ANAM de disposer des ressources nécessaires pour assurer la durabilité financière de la couverture sanitaire universelle.

Au terme de cette étude, nous avons la ferme conviction que le présent document ouvre la voie à une réflexion plus profonde, celle de la concrétisation de toutes les idées émises dans ce mémoire.

L'application adéquate de ces idées requiert un certain nombre de conditions que nous avons retracées dans le présent document. Mais tout ceci n'est objectivement possible et efficacement réalisable que si des efforts continuent d'être faits pour doter l'ANAM de la loi portant institution du RAMU au Bénin.

Dans l'optique d'une couverture universelle et durable des populations béninoises, nous nourrissons l'espoir, que la réflexion se poursuivra pour déboucher sur des études ultérieures portant sur certains aspects non abordés ici tels que la responsabilisation du personnel de l'agence.

## **Références bibliographiques**

### **A. Ouvrages**

- GIUILY E. (2013) : *La communication institutionnelle, Privé/public : le manuel des stratégies*, 2ème édition, Presses Universitaires de France, p.189.
- LEHNISCH J.-P. (1985): *La Communication dans l'entreprise*, éd Presses Universitaires de France, p.126.
- MOLARD J. (2014) : *Dictionnaire de l'assurance*, 3è édition, SEFI, p.448.
- PHELPS E. C. (1992): *Les fondements de l'économie de la santé*, éditions publi-union.
- PINEAULT R. & DAVELUY C (1995) : *La planification de la santé : concepts- méthodes- stratégies*, éditions nouvelles, p.480.
- NEVEU E. (2002) : *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, Éditions La Découverte, Collection Repères, no 207, p. 52.

### **B. Documents politique et stratégie**

- RB, MPPD, INSAE. (2003) : *3ème Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH 3), synthèse des résultats*.
- RB/MS (2014) : *Annuaire des statistiques sanitaires*
- RB/MS (2009) : *Plan National de Développement Sanitaire 2009 – 2018*, Cotonou.
- RB/MS/DNPS (2003) : *Document de politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin*, Cotonou.
- RB, MS. (2006) : *Comptes Nationaux de la Santé, Exercice 2003*, Cotonou, avril.

### **C. Articles**

- Anna McCord (2010) : « *L'impact de la crise financière mondiale sur la protection sociale dans les pays en développement* », Overseas Development Institute, Royaume-Uni, Revue internationale de sécurité sociale, vol. 63, p.35-51.
- CARRIN G., DESMET M. & BASAZA R. (2001) : « *L'assurance maladie dans les pays en développement à faible revenu: nouveau rôle des pouvoirs publics et des organisations d'assurance maladie sans but lucratif en Afrique et en Asie* », dans *Construire la sécurité sociale: la privatisation en question*, Sécurité sociale, vol 3, p.158-194.

- CARRIN G. (2001): « *L'assurance maladie: un chemin parsemé d'obstacles pour les pays en développement* », nouveaux cahiers de l'IUED, collection enjeux, p.199-213.
- CARRIN G. (2002): « *L'assurance sociale maladie dans les pays en développement: un défi permanent* », Revue internationale de Sécurité Sociale, vol 55, p.73-89.
- Francie L. (2012) : « *Pour une protection sociale liée au travail en faveur des travailleurs du secteur informel* », BIT, Genève, Revue internationale de sécurité sociale, vol. 65, p.11-36
- Harris E. (2013) : « *Financement des socles de protection sociale: réflexions sur l'espace budgétaire* », FMI, Washington, DC, Etats-Unis, Revue internationale de sécurité sociale, vol. 66, p.117-153.
- MESSAOUDENE L. & HERNANDEZ S. (2014), *La communication sociale, un levier de performance organisationnelle ? Le cas des politiques de santé publique en matière de nutrition*, 61 Revue management & avenir, p.146-167.
- SICOTTE C. & al. (1999), « *La performance organisationnelle des organismes publics de santé* », Rupture revue transdisciplinaire en santé, Vol. 6, n°1, p. 34-100.
- SCHEIL-ADLUNG X. & BONNET F. (2011) : « *Au-delà du cadre de la couverture légale: évaluer la performance de la protection sociale de la santé Suisse*, Revue internationale de sécurité sociale, vol. 64. p.25-45
- SHERLOCK & al. (2012) : « *Protection sociale et prévention sanitaire dans les pays en développement: apprécier l'impact des pensions et de l'assurance maladie sur la santé*», BIT, Genève, Revue internationale de sécurité sociale, vol. 65, p.59-79.

#### **D. Notes techniques, rapports et supports de communication**

- ANAM (2014) Rapport d'activités de l'année 2013.
- ANAM (2015) Rapport d'auto évaluation 2014.
- Commissariat Général au Développement Durable, France (2013) : « Les mécanismes du financement innovant », col. Références, février, p.94.
- MATHAUER I., SOUMARE A & SEMEGAN B. (2010), *Analyse du financement de la santé et réflexion sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin*, rapport, OMS.
- Ministère du Travail (2011): « *Guide de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du plan opérationnel de lutte contre le VIH et le SIDA en milieu de travail* », Période 2011-2015 Bujumbura, 19 Mai, p.4.

- OBERSON B., (2009) : « Cours n°6 : *Le paradigme de la mobilisation des ressources, Sociologie de l'action collective* », p.12
- O.M.S (2000): *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, OMS Genève.
- O.M.S (2002): *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, OMS Genève.
- ONU (2002): Rapport de la Conférence internationale sur le financement du développement, Monterrey en Mexique, mars.
- R B, MPREPE (1997): « Rapport social 96 éd INFRE »
- ROCARE (2010) : « *MOBILISATION DES RESSOURCES, Mini Guide pratique pour le ROCARE* », p.16.
- TCHIBOZO H. (2012) : « *Vers l'instauration d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin : Le RAMU en dix questions et réponses* », lettre d'info n° 004, Communauté de Pratique Accès Financier aux Soins de Santé en Afrique (CdP AFSS), janvier.
- TCHIBOZO H. (2011) : « *Comment financer l'assurance maladie universelle en Afrique au Sud du Sahara ?* », note technique rédigée pour le Comité Technique Interministériel sur le RAMU, Novembre.
- TCHIBOZO H. (2011) : « *Modalités d'intégration du mouvement mutualiste au schéma de l'assurance maladie universelle* », note technique produite pour le CTI/RAMU dans le cadre de la réalisation des études sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU).
- TCHIBOZO H. (2011) : « *Le régime d'assurance maladie universelle au Bénin : Rêve ou réalité ?* », Conférence formative organisée dans le cadre du trentenaire de la coopération suisse au Bénin, Parakou, décembre, support de communication.
- TCHIBOZO H, (2011) : « *Rôle des assureurs dans la mise en place de l'assurance maladie universelle en Afrique* », Conférence Formative de l'Institut International des Assurances, Douala, 4 Novembre 2011, Support de communication.
- TCHIBOZO H. & al (2011): « *Processus de mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin, rapport d'étape au 31 décembre 2011* ».

### **E. Mémoires**

- ADENLE A. L. & OGOUNCHI N. (2012) : *Mise en oeuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin : Mythe ou réalité*, Mémoire de Licence Professionnelle, Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest (UCAO), Cotonou, Bénin.
- DOSSOUMOU C. P. (2012) : *L'assurance maladie universelle face à la problématique de la gestion du risque maladie en zone CIMA : cas du Bénin*, Mémoire du Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurances, Cycle III, soutenu à l'Institut International des Assurances (IIA), Yaoundé en novembre 2012.
- GNACADJA F.S. (2012) : *Problématique du financement du Régime d'Assurance Maladie Universelle en Afrique subsaharienne : cas de la République du Bénin*, Mémoire du Diplôme de Master 2, soutenu à l'Ecole Supérieure d'Assurances (ESA), Paris en 2012.
- TCHIBOZO H. (2003) : *L'Assurance Maladie Universelle dans les Pays en Développement à Faible Revenu : Réflexion sur la Faisabilité et les Difficultés Potentielles de mise en œuvre en République du Bénin*, Mémoire du Diplôme Postgrade en Economie et Management de la Santé, soutenu à l'Université de Lausanne en mars 2003.

### **F. Textes législatifs et réglementaires**

- Convention 102 de l'Organisation Internationale du Travail (O.I.T).
- Loi n° 98-019 portant code de sécurité sociale en République du Bénin.
- Ordonnance N°2014-01 du 02 janvier 2014 portant Loi de Finances pour la gestion de 2014.
- Loi N°2014-25 du 16 décembre 2014 portant Loi de Finances pour la gestion de 2015.
- Décret n°2011-089 du 08 mai 2012 portant création, attribution, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM).

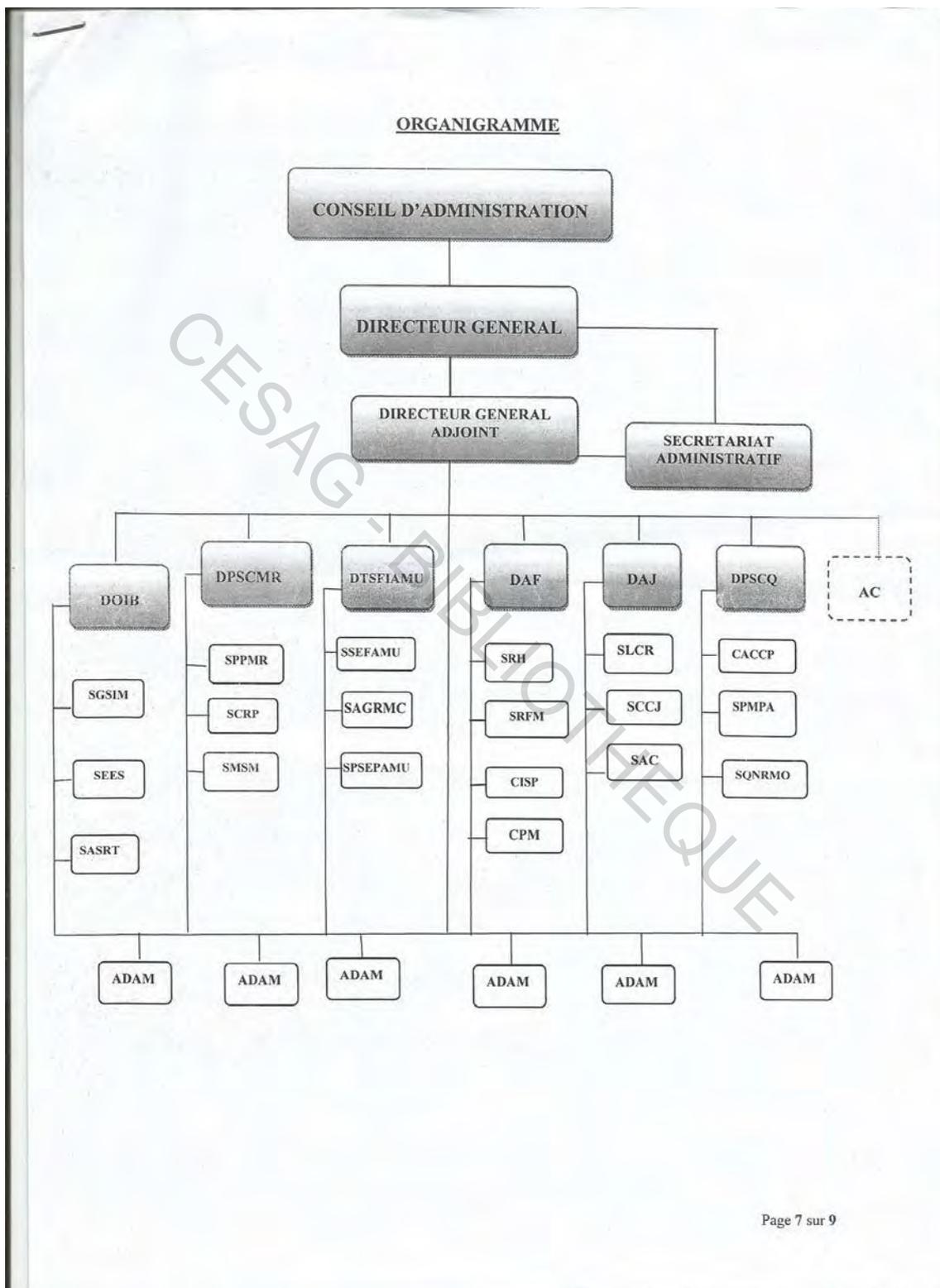
### **G. Webographie**

- [www.beninsante.org](http://www.beninsante.org), consulté en octobre 2015
- [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), consulté en octobre 2015
- [www.insae-bj.org](http://www.insae-bj.org), consulté en octobre 2015
- [www.oms.int](http://www.oms.int), consulté en octobre 2015
- [www.google.com](http://www.google.com), consulté en octobre 2015

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**ANNEXES**

**Annexe 1 : Organigramme de l'ANAM**



**LISTE DES SIGLES**

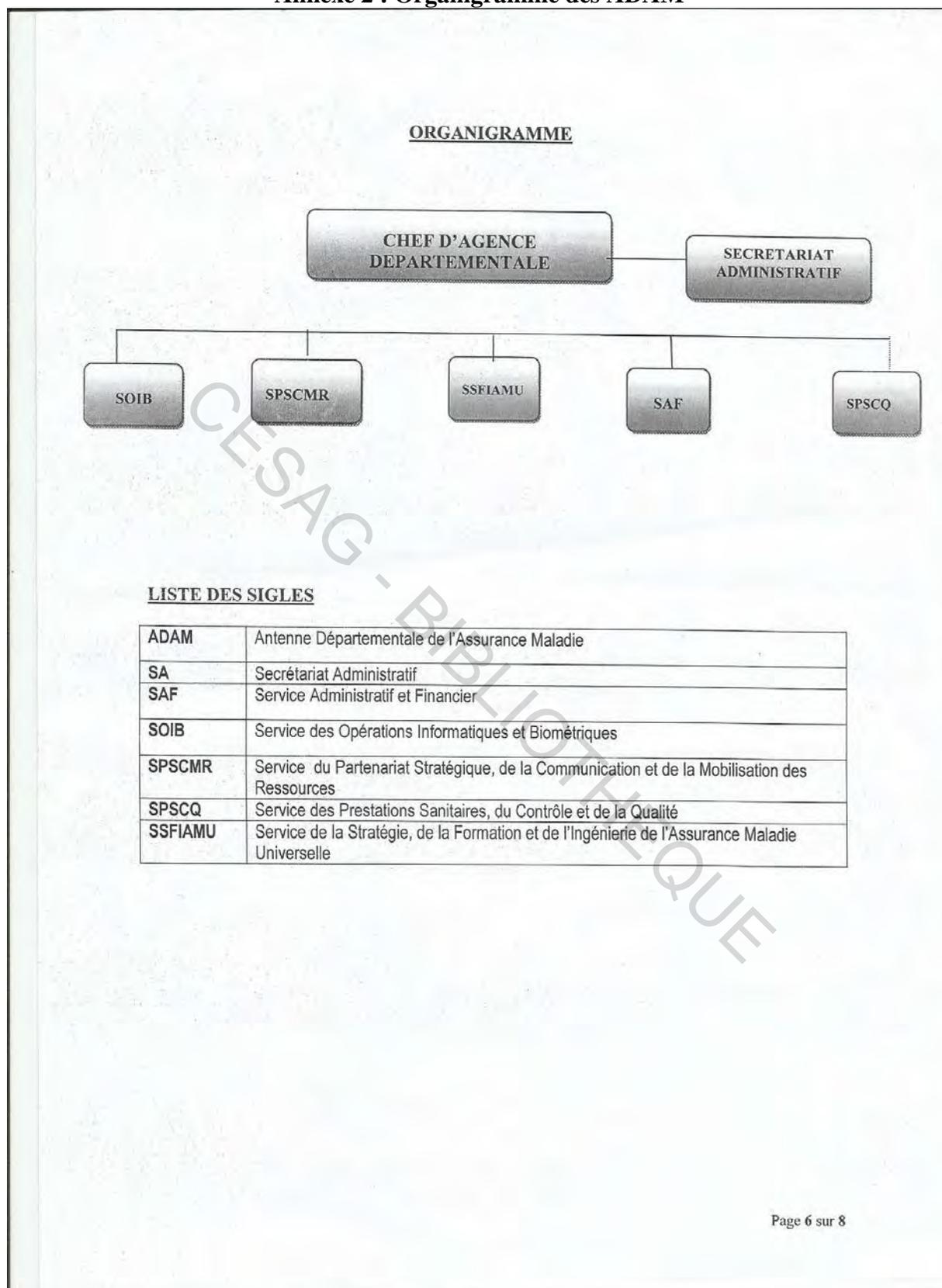
AC	Agent Comptable
ADAM	Antenne Départementale de l'Assurance Maladie
CACCP	Cellule de l'Audit Clinique et du Contrôle des Prestations
CISP	Cellule des Investissements et du Suivi du Portefeuille
CPM	Cellule de Passation des Marchés
DAF	Direction Administrative et Financière
DAJ	Direction des Affaires Juridiques
DGT	Direction de la Gestion de la Trésorerie
DTSFIAMU	Direction Technique chargée de la Stratégie, de la Formation et de l'Ingénierie de l'Assurance Maladie Universelle
DOIB	Direction des Opérations Informatiques et Biométriques
DPSCMR	Direction du Partenariat Stratégique, de la Communication et de la Mobilisation des Ressources
DPSCQ	Direction des Prestations Sanitaires, du Contrôle et de la Qualité
SAC	Service de l'Arbitrage et du Contentieux
SAGRMC	Service de l'Actuariat, de la Gestion des Risques et de la Maîtrise des Coûts
SAP	Service de l'Assistance de Proximité
SASRT	Service de l'Architecture du Système, des Réseaux et de la Télécommunication
SCCJP	Service du Conventionnement et du Conseil Juridique ;
SCRP	Service de la Communication et des Relations Publiques
SDBD	Service de Développement et des Bases de Données
SEES	Service de l'Exploitation, des Etudes et du Suivi
SRFM	Service des Ressources Financières et du Matériel
SRH	Service des Ressources Humaines
SGSIM	Service de Gestion du Système d'Information et de la Maintenance
SIF	Service des Investissements Financiers
SLCR	Service de la Législation, de la Codification et de la Réglementation
SMCM	Service de la Mobilisation Sociale et du Marketing
SPMPA	Service des Prestations Médicales, Pharmaceutiques et Assimilées

Page 8 sur 9

<b>SPMR</b>	Service du Partenariat, du Protocole et de la Mobilisation des Ressources
<b>SPPA</b>	Service des Prestations Pharmaceutiques et Assimilées
<b>SPSEPAMU</b>	Service de la Planification, de la Statistique, du Suivi et de l'Évaluation du Processus d'Assurance Maladie Universelle
<b>SQNRMO</b>	Service de la Qualité, de la Nomenclature et des Références Médicales Opposables
<b>SRPP</b>	Service des Relations Publiques et du Protocole
<b>SSEFAMU</b>	Service de la Stratégie, des Etudes et de la Formation en Assurance Maladie Universelle

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## Annexe 2 : Organigramme des ADAM



### **ANNEXE 3 : Le guide d'entretien**

Madame/Monsieur,

Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation pour l'obtention du MBA en Gestion des Services de Santé au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG), nous avons engagé des réflexions sur le thème : « **Contribution pour la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de financement de l'ANAM** ». A cet effet, nous vous prions de bien vouloir apporter votre contribution en répondant aux questions ci-dessous pour nous aider à trouver les causes susceptibles d'être à la base des problèmes relevés au cours de notre stage à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie. Nous vous savons gré de votre disponibilité.

- 1- Qu'est ce qui explique l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources pour l'ANAM ?
- 2- Que faut-il faire de façon concrète pour y remédier ?
- 3- Comment expliquez-vous la faible communication sur la stratégie de mobilisation des ressources innovantes au profit de l'ANAM ?
- 4- Que préconisez-vous comme solution pour une efficacité du mécanisme de mobilisation des ressources au profit de l'ANAM ?
- 5- Quelles recommandations feriez-vous en direction des acteurs qui interviennent dans le mécanisme de financement de l'ANAM à savoir l'ANAM, le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Economie et des Finances et le Gouvernement ?

***Merci pour votre collaboration***

## TABLE DES MATIERES

Dédicaces.....	ii
Remerciements.....	iii
Liste des sigles.....	iv
Liste des tableaux, figures et graphiques.....	v
Glossaire de l'étude.....	vi
Résumé.....	vii
Abstract.....	ix
Sommaire.....	xi
<b>Introduction .....</b>	<b>i</b>
<b>Première Partie : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE, OBSERVATIONS DU STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>15</b>
<b>Chapitre 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE ET OBSERVATIONS DU STAGE .....</b>	<b>16</b>
I- CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE.....	16
1.1- Présentation du Bénin, du Ministère de la Santé et de l'ANAM.....	16
1.1.1- Présentation générale de la République du Bénin.....	16
1.1.2- Présentation du Ministère de la Santé .....	22
1.1.2.1- Mission, Organisation et fonctionnement .....	22
1.1.3- Présentation de l'ANAM .....	26
1.1.3.1- Création, objet et attributions .....	26
1.1.3.2- Organisation et Fonctionnement .....	26
1.1.3.2.1- Le Conseil d'Administration .....	26
1.1.3.2.2- La Direction Générale .....	27
1.1.3.2.3- Le Comité de Direction .....	28
1.1.4- Présentation des autres structures et mécanismes impliqués dans l'assurance maladie au Bénin .....	28
1.1.4.1- Les sociétés d'assurance commerciale .....	28
1.1.4.2- Les mutuelles de santé.....	28
1.1.4.3- La Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS).....	29
1.1.4.4- Le fonds sanitaire des indigents (FSI).....	30
1.1.4.5- L'Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) .....	30
1.1.4.6- Le programme de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans.....	30
1.1.4.7- Le Régime spécial des fonctionnaires en activité .....	30
1.1.4.8- Le Fonds National des Retraites du Bénin (FNRB).....	31
1.1.4.9- La caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).....	31
1.1.4.10- Les Mécanismes traditionnels de couverture du risque maladie.....	31
II- OBSERVATIONS DE STAGE .....	32
2.1- Etat des lieux.....	32
2.1.1- Organisation et fonctionnement .....	32
2.1.2- Des ressources humaines, matérielles et financières .....	34
2.2- Inventaire et regroupement des constatations par centre d'intérêt.....	39
2.2.1- Inventaire des atouts (forces et opportunités).....	39
2.2.2- Inventaire des défis (points à améliorer et menaces) .....	39
2.2.3- Regroupement des problèmes par centre d'intérêt .....	40

<b>Chapitre 2 : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE : CHOIX, SPECIFICATION ET VISION GLOBALE DE LA RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>42</b>
I- CHOIX ET SPECIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE .....	42
1.1- Choix de la problématique .....	42
1.2- Spécification de la problématique .....	45
II- VISION GLOBALE ET ETAPES DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE .....	47
2.1- Vision globale de résolution de la problématique .....	47
2.1.1- Approche générique de résolution du problème général. ....	47
2.1.1.1- Approches génériques de résolutions des problèmes spécifiques .....	47
2.1.1.1.1- Approche générique liée au problème spécifique n°1 .....	47
2.1.1.1.2- Approche générique liée au problème spécifique n°2 .....	47
2.1.2- Synthèse des approches par problèmes .....	48
2.2- Etapes de la résolution du problème général retenu .....	48
<b>Deuxième partie : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.....</b>	<b>49</b>
<b>Chapitre 1 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE .....</b>	<b>50</b>
I- OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	50
1.1- Objectif général .....	50
1.1.1- Objectifs spécifiques .....	50
II- IDENTIFICATION DES CAUSES LIEES AUX PROBLEMES SPECIFIQUES.....	50
2.1- Causes liées au problème spécifique n°1 .....	50
2.2- Causes liées au problème spécifique n°2 .....	52
III- HYPOTHESES DE L'ETUDE .....	53
3.1- Hypothèse générale .....	53
3.1.1- Hypothèse spécifique n°1 .....	53
3.1.2- Hypothèse spécifique n°2 .....	53
IV- TABLEAU DE BORD .....	53
V- REVUE DE LA LITTERATURE .....	55
5.1- Point des connaissances sur le problème de l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources .....	55
5.2- Point des connaissances sur le problème de la faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM .....	58
<b>Chapitre 2 : CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.....</b>	<b>60</b>
I- DESCRIPTION DE LA METHODOLOGIE.....	60
1.1- Approche empirique.....	60
1.1.1- Fixation de l'objectif de l'enquête et identification de la population mère .....	60
1.1.1.1- Objectif de l'enquête .....	60
1.1.1.2- Identification de la population mère .....	61
1.1.2- Nature de l'enquête et échantillonnage .....	61
1.1.2.1- Technique de l'enquête.....	61
1.1.2.2- Echantillonnage .....	61
1.1.3- Technique de dépouillement .....	61
1.1.4- Outils de présentation des données .....	62
1.2- Approches théoriques : outils d'analyse et seuil de décision .....	62
II- DE L'ORGANISATION DES ENQUETES A L'ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC .....	62
2.1- Préparation et réalisation des enquêtes .....	62
2.2- Difficultés rencontrées et limites des données.....	62
2.2.1- Difficultés rencontrées .....	62

2.2.2- Limites des données .....	63
<b>2.3- Présentation et analyse des résultats des entretiens .....</b>	<b>63</b>
2.3.1- Présentation et analyse des données relatives à l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources .....	63
2.3.2- Présentation et analyse des données relatives à la faible communication sur le mécanisme de financement innovant au profit de l'ANAM .....	64
2.3.2.1- Bref aperçu sur la notion de financement innovant.....	64
2.3.2.2- Analyse des données liées au problème spécifique n°2 .....	65
<b>2.4- Vérification des hypothèses .....</b>	<b>66</b>
2.4.1- Vérification de l'hypothèse spécifique n°1 .....	66
2.4.2- Vérification de l'hypothèse spécifique n°2 .....	67
<b>2.5- Etablissement du diagnostic de l'étude .....</b>	<b>67</b>
2.5.1- Élément de diagnostic lié au problème spécifique n°1 .....	67
2.5.2- Élément de diagnostic lié au problème spécifique n°2 .....	67
<b>Troisième partie : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE .....</b>	<b>68</b>
<b>Chapitre 1 : APPROCHES DE SOLUTIONS.....</b>	<b>69</b>
I- APPROCHES DE SOLUTIONS AU PROBLEME DE L'INEXISTENCE D'UN PLAN DE MOBILISATION DES RESSOURCES .....	69
II- APPROCHES DE SOLUTIONS AU PROBLEME DE FAIBLE COMMUNICATION SUR LE MECANISME DE FINANCEMENT INNOVANT AU PROFIT DE L'ANAM .....	70
<b>Chapitre 2 : CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS.....</b>	<b>71</b>
I- RECOMMANDATIONS A L'AGENCE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE (ANAM).....	71
II- RECOMMANDATIONS AUX AUTORITES DU MINISTERE DE LA SANTE.....	71
III- RECOMMANDATIONS AUX AUTORITES DU MINISTERE EN CHARGE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES .....	72
IV- RECOMMANDATIONS A L'ENDROIT DU GOUVERNEMENT.....	72
<b>Conclusion .....</b>	<b>74</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>80</b>