

## FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DE LA SANTÉ EN AFRIQUE : LES MUTUELLES DE SANTÉ

V. RICHARD

*Med Trop* 2005 ; **65** : 87-90

**RÉSUMÉ** • Le financement de la santé en Afrique subsaharienne s'appuie de plus en plus souvent sur un paiement direct par les populations. Pour répondre à un meilleur partage des risques, des systèmes de mutualisation se développent. Mais les mutuelles ne sont toujours pas une réponse aux problèmes d'équité. La faiblesse de la participation contributive des populations et l'offre de soins notamment dans le secteur public ne permettent pas de garantir des soins de qualité indispensables au développement des mutuelles. Cependant l'Etat ne doit pas pour autant oublier son rôle notamment pour définir et garantir un panier de biens et services accessibles à tous. Les mutuelles seront-elles une étape vers une couverture universelle et quel avenir pour leur implantation dans un contexte d'économie informelle ?

**MOTS-CLÉS** • Financement de la santé - Mutuelles - Afrique francophone.

.....

### COMMUNITY FINANCING FOR HEALTH CARE IN AFRICA: MUTUAL HEALTH INSURANCE

**ABSTRACT** • Health care in sub-Saharan Africa is increasingly financed by direct payments from the population. Mutual health insurance plans are developing to ensure better risk sharing. However mutual health insurance cannot fully resolve all equity issues. The low resources available for contribution and the limited availability of care services especially in the public sector cannot guarantee the quality of care necessary for the development of mutual health insurance. National governments must not forget their responsibility especially for defining and ensuring basic services that must be accessible to all. Will mutual health insurance plans be a stepping-stone to universal health care coverage and can these plans be successfully implemented in the context of an informal economy?

**KEY WORDS** • Health care financing - Mutual health care insurance - French-speaking Africa.

Près de la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux soins de santé de base. La pauvreté, la réduction des budgets sociaux et de santé ne font qu'aggraver la situation et handicapent le développement des pays d'Afrique subsaharienne.

Pour tenter de remédier à cette faillite des systèmes publics en Afrique, le financement communautaire des services de santé est devenu incontournable. La mise en œuvre du recouvrement des coûts a révélé que les populations avaient une certaine capacité à payer pour leur santé. Mais, des questions majeures d'équité en terme d'accès aux soins ont rapidement été identifiées non seulement pour les populations qui ne bénéficiaient pas de ressources suffisantes mais aussi pour celles dont les ressources fluctuaient au cours de l'année. Avec l'abandon du financement étatique et de son corollaire, la gratuité des soins, les soins rares et coûteux comme l'hospitalisation sont devenus inaccessibles à un nombre significatif d'individus. Les problèmes d'accès liés au paiement direct pourraient-ils être atténués par la mise en œuvre de formules de prépaiement et de partage du risque par

les populations ? (1) La suite logique du paiement direct par le recouvrement des coûts de l'initiative de Bamako est-elle systématiquement celle des systèmes de financement de la santé par mutualisation ?

.....

### COMMENT DÉFINIR LES MUTUELLES ?

.....

En Europe, les mutuelles de santé se définissent comme des assurances complémentaires d'une assurance maladie obligatoire universelle qui se sont développées dans des secteurs économiques cloisonnés. Cette solidarité est née de relations mutuelles entre personnes ayant une communauté d'intérêt. Elles garantissent moyennant le versement d'une cotisation, un remboursement d'une partie des frais secondaires à la réalisation du risque couvert. En France, par exemple, 4 personnes sur 5 ont une couverture complémentaire, principalement de nature mutualiste, notamment dans la sphère économique des employés. Ce qui se traduit pour cette classe de la société par un recours au médecin plus fréquent et plus coûteux.

Alors qu'en Afrique subsaharienne, il apparaît clairement que l'assurance privée ne permet pas de répondre aux besoins des populations. D'autres mécanismes de financement fondés sur la communauté sont en cours de développement et répondent à la composante informelle de l'économie de ces pays (2).

• Travail de la sous direction Action scientifique et technique (V.R., Docteur en médecine, Epidémiologiste, Economiste de la santé), DCSSA, Paris, France.

• Correspondance : V. RICHARD, DCSSA, Sous-direction Action scientifique et technique, 12 boulevard Soult, 75012 Paris • Fax : +33 (0)1 41 93 28 93 •

• Courriel : v\_richard@club-internet.fr •

• Article sollicité

L'épargne, parfois confondue de façon excessive avec un principe de mutualisation, relève plus d'une conception d'entraide. L'individu cotise en prévision de futurs besoins, et bénéficiera alors des fonds qu'il a versé et parfois d'un prêt. Les tontines en Afrique répondent à ce type de mécanisme mais sont souvent dirigées vers des priorités autres que la santé. Les tontines sont plus orientées vers une redistribution à court terme, alors que dans le domaine de la santé, il est nécessaire d'avoir une vision à moyen voire à long terme. Dans les sociétés traditionnelles, les individus attendent souvent un retour en échange de toute contribution effectuée dans un contexte de confiance. Leur volonté de payer est donc biaisée. Comment accepter de payer pour sa protection sans aucune retombée immédiate ?

L'abonnement est un mécanisme de paiement anticipé entre un usager et une structure de soins. Le premier bénéficie alors de soins gratuits ou à tarif préférentiel ainsi que d'une continuité des soins, la seconde d'une avance de trésorerie et de fidélisation des usagers. L'absence de réflexion de ce mécanisme autour d'un réseau de soins, incluant centres de santé et hôpitaux de référence, trouve ses limites et conduit les usagers à fréquenter plutôt les hôpitaux, même en première intention, procédure en contradiction avec le principe des soins de santé primaire. La gestion reste alors dans les mains des structures de santé et n'associe pas les communautés.

Les mutuelles de santé sont des associations libres et volontaires de personnes qui, au moyen uniquement des cotisations de leur membre, leur garantissent une protection contre le risque maladie en dehors de toute assurance publique (3). Les communautés s'organisent pour créer des structures d'assurance maladie. Les bénéficiaires sont à la fois géants, par conséquent ils supportent eux-mêmes les risques financiers. Les premières mutuelles en Afrique ont été créées sur le modèle européen et se sont appuyées sur des catégories professionnelles (fonctionnaires, enseignants, militaires). La MUTEC au Mali, s'est créée à partir du syndicat des enseignants. Les militaires au Sénégal ont créé dès 1985 une mutuelle à adhésion obligatoire (3,4). Elles assurent alors la prise en charge de frais non couverts par l'Etat ou développent des structures de soins gérées par elles mêmes, comme la MUTEC au Mali.

Pendant les limites du financement individuel qui s'est traduit par le paiement direct des usagers rappellent le besoin d'un financement socialisé du secteur de la santé et conduisent aujourd'hui à proposer le développement de mutuelles d'un autre type, à caractère privé non lucratif devant non seulement répondre au financement du secteur mais aussi chercher à améliorer la qualité des soins en s'appuyant sur les structures publiques de santé et la participation des communautés à leur gestion.

### MUTUELLES ET ÉQUITÉ ?

Aujourd'hui, seuls 5% à 10% de la population active bénéficient d'une couverture sanitaire en Afrique subsaharienne. Les prestations des mutuelles de santé ne touchent

Tableau I - Effectifs couverts par une mutuelle dans certains pays d'Afrique subsaharienne en 2003.

	Adhérents	Bénéficiaires	Rapport Bénéficiaires/adhérents
Bénin	16 791	41 428	2,47
Burkina Faso	5 268	14 873	2,82
Cameroun	9 890	15 947	1,61
Côte d'Ivoire	45 097	527 670	11,70
Guinée	63 001	84 820	1,35
Mali	13 779	469 815	34,10
Mauritanie	2 055	13 055	6,35
Niger	20 874	49 868	2,39
Sénégal	42 235	308 563	7,31
Tchad	1 160	1 775	1,53
Togo	742	20 011	2,47

qu'une faible partie de la population en Afrique de l'Ouest (Tableau I) alors que mutualiser un risque n'est efficace que si le nombre d'adhérents est élevé. Ce dernier reste encore faible dans la majorité des mutuelles en Afrique (Tableau II) car les adhérents potentiels vivent sur un mode de survie (5). Compte tenu des faibles effectifs des adhérents, les mutuelles ne permettent qu'un partage relativement faible des risques.

Mais l'absence d'assurance santé touche le plus souvent l'économie informelle et le monde rural pour lesquels les indicateurs de santé sont aussi les plus mauvais. Ces populations connaissent au cours de l'année des moments de vulnérabilité et d'instabilité financière qui mettent souvent au second plan les problèmes de santé immédiats qui ne sont plus alors des besoins fondamentaux.

En Afrique subsaharienne, le quotidien est plus souvent une lutte pour la survie. Le témoignage de cette mère rencontrée avec son enfant dans un centre de réhabilitation nutritionnelle d'un centre de santé au fin fond du Logone occidental montre bien cette vulnérabilité. Elle acceptait de le laisser mourir faute d'hospitalisation mais ce choix s'imposait à elle. Une hospitalisation aurait déstabilisé le budget familial et pu conduire à la mort le reste de la fratrie. Les pauvres sont souvent incapables d'accéder à une assurance

Tableau II - Nombre moyen d'adhérents et de bénéficiaires par mutuelle en 2003

	Nombre de mutuelles	Nombre moyen d'adhérents par mutuelle	Nombre moyen de bénéficiaires par mutuelle
Bénin	43	390	963
Burkina Faso	36	146	413
Cameroun	22	450	725
Côte d'Ivoire	36	1 253	14 658
Guinée	55	1 145	1 542
Mali	56	246	8 390
Mauritanie	3	685	4 352
Niger	12	1 740	4 156
Sénégal	87	485	3 547
Tchad	7	166	254
Togo	9	82	2 223

maladie minimale. Comment donc assurer enfin leur accessibilité aux soins et mettre en œuvre une véritable politique de prise en charge des indigents ? Ni le recouvrement des coûts ni les mutuelles actuellement développées en Afrique subsaharienne ne répondent à cette mission vis-à-vis des plus pauvres, mission qui reviendrait plutôt à l'Etat.

### LES FAIBLESSES ACTUELLES DES MUTUELLES DE SANTÉ ?

Le caractère privé des mutuelles ne les rend pas pour autant indépendantes de l'Etat dont un des rôles est de définir un cadre juridique aujourd'hui inexistant ou inadapté au développement des politiques appliquées aux formations sanitaires et plus particulièrement aux mutuelles de santé. De plus, elles doivent s'appuyer généralement sur les structures de soins publiques dont l'amélioration de la qualité et l'extension de la couverture sanitaire passe par des mesures qui sont de la responsabilité de l'Etat.

La société civile est encore mal organisée en Afrique subsaharienne. Elle ne représente pas un contre-poids suffisant au rôle de l'Etat. Au Mali, où le développement des mutuelles a connu un certain dynamisme grâce à un appui important de l'Etat, la place de la société civile reste encore mal définie et l'interventionnisme de l'Etat prépondérant. Dans la plupart des pays, les mutuelles fonctionnent sans statut ou avec un statut d'association.

De plus, dans certains pays comme le Mali ou la Côte d'Ivoire (Tableau I) le déséquilibre entre le nombre d'adhérents et les bénéficiaires rend fragile la pérennité d'une solidarité qui se développe à travers les mutuelles. Comment prendre en compte le volume de la famille dans le cadre de cette solidarité ? Les grandes familles sont souvent les plus vulnérables.

Le développement des mutuelles (Tableau II) reste néanmoins soumis à la faiblesse de la capacité contributive des populations déjà constatée dans le cadre de l'initiative de Bamako (6). La pauvreté des populations s'accompagne logiquement de difficultés dans la disponibilité financière qui sont un frein à la création de mutuelles de santé et du paiement *ex ante* qu'elles nécessitent. La dégradation de la situation économique de nombreuses régions rurales africaines, l'instabilité des revenus pèsent lourdement sur le développement

et la pérennité des systèmes d'assurance maladie à adhésion volontaire par la diminution de la capacité contributive des ménages.

Le niveau de qualité de l'offre de soins est souvent très bas en Afrique subsaharienne, ce qui réduit les chances de succès de l'implantation des mutuelles. Le système mutualiste ne peut donc pas s'appuyer sur un réseau de soins fiables. Les mutuelles ne peuvent alors garantir aux adhérents une réelle offre répondant aux investissements financiers qu'ils seraient appelés à réaliser. C'est la notoriété d'une structure de soins qui peut conduire la population à adhérer à une mutuelle.

L'organisation des systèmes de santé, notamment en milieu urbain, où il est fréquemment noté la quasi absence de réseaux de soins entre les secteurs public et privé, est une limite au développement des mutuelles. Certains prestataires profitent de cette carence et jouent alors le rôle d'assureur, principalement pour avoir une source de revenu stable au détriment des besoins prioritaires des populations qui peuvent alors ne pas être pris en compte.

### QUELLE RÉORGANISATION POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ ?

L'Etat ne devrait pas se limiter à favoriser le développement de mutuelles, signe de son incapacité à développer des systèmes d'assurance à l'échelon national (7). Il devrait fixer un panier de biens et services qui serait une limite des conditions d'accès aux soins financés par les pouvoirs publics et accessibles à tous. Ceci devrait conduire à l'adoption d'un cadre juridique permettant d'homogénéiser la cotation des actes aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Ce serait alors un premier signe d'une volonté politique d'intégrer la santé comme outil du développement des pays. La définition de priorités et de critères d'évaluation sont des points majeurs de cette démarche. Il est nécessaire de mettre en place des dispositifs organisationnels et institutionnels permettant de garantir l'accessibilité à des soins de qualité, incitant notamment les prestataires à améliorer l'offre de soins.

En Afrique, la demande de soins se traduit souvent par un déséquilibre du budget familial ou, par manque de ressources à un arrêt précoce voire à la non observance d'une prescription. Ces pratiques fréquentes mettent ainsi non seulement en péril directement la vie des patients mais aussi font courir des risques à la collectivité dans le cas de maladies contagieuses. En conséquence, le rôle de l'Etat paraît là important afin de protéger la collectivité. Les mutuelles ne peuvent constituer une solution à la problématique des indigents. Les cotisations se traduisent aujourd'hui par des montants fixes qui ne tiennent compte ni des revenus ni des risques de chacun. L'investissement de l'Etat par la définition et la prise en charge d'un panier de biens et services permet d'envisager non seulement une protection de la collectivité mais aussi le développement d'un système assurantiel complémentaire proche des mutuelles qui se sont développées dans les pays occidentaux. Les assureurs interviennent alors en complément, peuvent offrir des services supplé-

Tableau III - Evolution des mutuelles entre 1997 et 2003 en Afrique subsaharienne.

	1997	2000	2003
Bénin	11	23	43
Burkina Faso	6	26	36
Cameroun	18	20	22
Côte d'Ivoire		29	36
Guinée	6	27	55
Mali	7	22	56
Mauritanie	-	-	3
Niger	6	12	12
Sénégal	19	29	87
Tchad	3	4	7
Togo	-	7	9

mentaires et négocier des contrats spécifiques avec les offreurs de soins.

L'aléa moral qui pèse notamment sur les patients infectés par le VIH en Afrique subsaharienne serait probablement à l'origine de leur exclusion d'un système de financement uniquement privé qui aurait alors intérêt à sélectionner les risques les plus faibles par une segmentation du marché et des contrats différents pour amener les adhérents à révéler la catégorie de risque à laquelle ils appartiennent. Ces personnes représentent un niveau de risques sanitaires nettement plus important que la moyenne et par conséquent un risque financier pour le système assurantiel, mais pourtant ce sont bien ces risques qui peuvent trouver un intérêt particulier à avoir accès aux soins de santé.

L'assurance maladie publique universelle des régimes de type Beveridge met en œuvre la solidarité nationale entre les citoyens et entre les générations. Elle compense les inégalités indépendantes de la volonté individuelle. Cependant financé par l'impôt, elle trouve ses limites dans des pays où l'économie est essentiellement basée sur des marchés informels.

#### QUELLES CONTRIBUTIONS ATTENDUES DES MUTUELLES AU SYSTÈME DE SANTÉ ?

Quelle voie devraient prendre les mutuelles en Afrique ? Celle d'une assurance privée, facultative, au premier franc, dans un système d'absence de solidarité public à laquelle seuls les riches auraient accès et rendre alors pérenne le recouvrement des coûts pour les pauvres tel qu'il existe aujourd'hui ? Celle d'une assurance complémentaire pour couvrir l'ensemble des dépenses laissées à la charge des malades ?

D'un point de vue d'économie de la santé, les mutuelles doivent permettre une meilleure régulation des dépenses de santé en fixant des tarifs de remboursement aux adhérents. Dans le cadre d'une politique de panier de biens et services adoptée par les États, les mutuelles peuvent alors favoriser la demande de soins et l'accessibilité à des soins de qualité.

La gestion de structures directement subventionnées par les mutuelles devrait permettre de garantir aux usagers des services de qualité et un suivi médical. Et ce d'autant plus qu'elles garantiront le développement de réseaux de soins par le conventionnement de certains professionnels de santé.

Reconnues comme acteur de la santé, elles devront développer un partenariat avec les pouvoirs publics pour une politique prospective de développement de la santé qui devra passer par un cadre institutionnel clairement défini. La

confrontation de l'État et d'une société civile organisée amènera les réformes nécessaires à l'accessibilité géographique et financière des populations d'Afrique subsaharienne à des soins de qualité.

#### CONCLUSION

Les mutuelles de santé sont pour certains une étape dans la construction d'un système de santé et de couverture universelle, mais les niveaux de pauvreté des pays d'Afrique subsaharienne sont probablement un frein à leur développement et devraient conduire à s'intéresser à développer *ex ante* une couverture universelle obligatoire. Et ce d'autant plus que les mutuelles ne sont pas une solution à la prise en charge des indigents et les politiques en faveur de leur développement ne se préoccupent pas de la problématique de l'équité.

L'assurance dans le secteur formel en Afrique subsaharienne couvre généralement une faible tranche de la population (fonctionnaires de l'État et quelques employés du secteur formel). La pérennité des mutuelles dépend à la fois du nombre de cotisants réguliers et de la disponibilité d'une offre de soins de bonne qualité. Mais si les mutuelles qui se sont développées autour d'acteurs économiques bien identifiés ont obtenus des résultats probants, des interrogations restent posées quant à leur développement dans un contexte d'économie informelle.

#### RÉFÉRENCES

- 1 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - Rapport sur la santé dans le monde 2000. OMS ed, Genève, 2000, pp 109-130.
- 2 - DROR D, JACQUIER C - Micro-assurance : élargissement de l'assurance maladie aux exclus. *Revue internationale de sécurité sociale* 1999 ; **52** : 87-119.
- 3 - LETOURMY A - Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement. *Afrique Contemporaine* 2000 ; **195** : 230-240.
- 4 - BROUILLET P, WADE M, KAMBÉ M, NDAO M - Emergence des mutuelles de santé en Afrique. Enseignements et perspectives tirés d'une enquête sur les mutuelles de santé au Sénégal. *L'enfant en milieu tropical* 1997 ; **228**.
- 5 - KADDAR M, GALLAND B - Pré-paiements des soins de santé. Centre international de l'enfance ed, Paris, 1997.
- 6 - DE LA ROCQUE M - Equité et exclusions des services de santé. De la recherche à l'action, l'expérience d'une ONG. *Cahiers Santé* 1996 ; **6** : 341-344.
- 7 - ILUNGA TB, FOURNIER P, CONTANDRIOPOULOS A-P, ETE J - Mutuelle et assurance rurales de santé : quelles approches pour l'Afrique ? *L'enfant en milieu tropical* 1997 ; **228** : 23-28.