

public economics
économie publique

Revue de l'**Institut d'Économie Publique**

Deux numéros par an

n° 28-29 – 2012/1-2

idep

Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise

Bruno Boidin *

Résumé

Cet article s'interroge sur le rôle que peuvent jouer les mutuelles de santé communautaires dans l'extension de l'assurance maladie au Sénégal. Nous apprécions les particularités et l'état d'avancement de l'extension de l'assurance mutualiste pour mettre en évidence les difficultés dans l'atteinte des objectifs. Nous proposons ensuite une discussion autour des limites structurelles et des conditions de réussite du programme d'extension pour souligner, en particulier, la nécessité d'une approche systémique de la santé comme condition de réussite du programme d'extension.

Summary

This article analyses the role of community based health insurance schemes on the extension of health insurance in Senegal. We estimate the state of progress of the extension of the mutualist health insurance, to bring to light the uncertainty in the achievement of the reforms. Finally we bring up a discussion around the structural limits and the conditions of success of the program. We underline in particular the necessity of a more systemic approach.

*. CLERSE, Faculté des sciences économiques et sociales, Université Lille 1.

Correspondance : Bruno.boidin@univ-lille1.fr.

Je remercie vivement les deux rapporteurs pour leur lecture attentive et leurs remarques qui ont permis d'améliorer cet article en vue de sa publication. Je reste seul responsable des erreurs et omissions éventuelles.

Mots-clés : Assurance maladie, mutuelles de santé,
décentralisation, Sénégal.

Keywords: Health Insurance, Health Mutual Insurance,
Decentralization, Senegal.

J.E.L. : I13, I15

1. Introduction

L'assurance maladie est récemment entrée dans une phase d'extension en Afrique. Même si cette extension demeure généralement lente et insuffisante, le mouvement est réel et semble irréversible. Il fait suite à deux décennies de sous-financement des dépenses de santé dans les pays pauvres et faiblement dotés en ressources. En effet, l'appauvrissement des États en Afrique est une tendance majeure depuis les années 1980 dans un contexte de crise longue et d'ajustements structurels. Les systèmes de santé ont lourdement subi les effets de ce contexte et la question de la couverture des risques de santé a été délaissée durant une vingtaine d'années. Les coûts de la santé ont été, en partie, transférés aux populations par la mise en place de mécanismes de paiement direct (recouvrement des coûts) qui devaient permettre une pérennisation financière et une responsabilisation des patients. Face aux limites importantes de tels mécanismes (inéquité face aux soins, insuffisance des ressources des ménages pour lever des fonds substantiels, limites des dispositifs d'exemption), les bailleurs de fonds et les acteurs de la santé n'ont pas abandonné le principe du paiement par les patients mais l'ont fait évoluer vers le prépaiement souvent associé à des formes d'assurance décentralisée appuyée sur des logiques communautaires.

De nombreux travaux ont été consacrés à l'extension de l'assurance maladie dans les pays pauvres (Dror, 2001, Perrot, De Roodenbeke, 2005, Dussault, Fournier, Letourmy, 2006, etc.). Ils établissent utilement des typologies et des analyses critiques des modalités d'expansion de l'assurance maladie. Ils pointent généralement, parmi les difficultés de mise en œuvre, celles liées à la pérennisation du financement dans un contexte de rationnement macroéconomique. Le recours aux financements communautaires est alors présenté comme une piste sérieuse de financement mais dont les conditions de mise en œuvre sont multiples. En particulier, les leviers communautaires de la santé ne se décrètent pas et doivent être étroitement articulés avec le système de santé et des politiques de décentralisation ambitieuses (Chankova, Sulzbach, Diop, 2008). Cependant, malgré l'intérêt

croissant pour ces questions, les études sur les différents régimes possibles de l'extension de l'assurance maladie sont encore limitées en nombre.

C'est dans ce cadre général que s'inscrit cet article. Celui-ci s'interroge sur le rôle des mutuelles de santé dans l'extension de l'assurance maladie, en prenant pour cas d'étude le Sénégal. Ce pays privilégie en effet le recours aux mutuelles de santé communautaire comme modalité d'extension de l'assurance maladie parmi d'autres dispositifs possibles (extension par l'assurance nationale financée par l'impôt, extension par l'assurance sociale financée par les cotisations, etc.)¹. Notre problématique consiste à interroger la pertinence et les limites des leviers communautaires de l'extension. La deuxième section précise la démarche méthodologique générale. La troisième section présente les différents régimes d'assurance maladie en Afrique pour y situer le Sénégal. La quatrième section expose l'expérience sénégalaise et cherche à en apprécier les résultats récents. La cinquième section propose une discussion et tire des enseignements dans une perspective de comparaison avec d'autres pays.

2. Démarche méthodologique

Une revue de la littérature des typologies de l'assurance maladie a permis dans un premier temps de mettre en évidence les différents modèles présents en Afrique. La littérature existante est à la fois constituée d'études de cas par pays et de synthèses sur l'extension de l'assurance maladie (Diop, Ba, 2010, Dror, 2001, Bennett, 2004, Destremeau, Lautier, 2006, Defourmy, Failon, 2011, etc.). Cette première revue a permis d'identifier les particularités du Sénégal et de situer son modèle parmi les différentes approches².

Un autre volet de la revue de littérature a consisté à collecter les résultats des études effectuées sur les pays avec lesquels le Sénégal est mis en perspective, en particulier le Ghana, le Cameroun et le Rwanda qui sont souvent présentés comme des réussites de programmes d'extension de l'assurance maladie.

S'agissant du cas sénégalais, une enquête est en cours depuis février 2011 dans le cadre des projets ANR Devglob (développement et globalisation), ANR RSTI (responsabilité sociale des entreprises et transition institutionnelle) et d'une

1. On définira ici la mutuelle de santé communautaire comme une mutuelle dont la gestion est assurée ou partagée par des usagers, usuellement dans le cadre d'un comité de gestion. Dans de nombreux cas, les mutuelles de santé communautaires ont été promues par les acteurs publics et ceux de l'aide internationale pour favoriser la prise en charge, au moins partielle, de la santé par les usagers, dans un contexte de rationnement des ressources.

2. Je remercie Juliette Alenda pour sa contribution à ce travail à travers son mémoire de Master effectué sous ma direction (Alenda, 2012).

bourse Erasmus Mundus de l'Union européenne qui ont permis d'effectuer plusieurs missions depuis janvier 2010. La démarche méthodologique repose sur trois volets : d'abord, une revue de littérature des travaux ayant analysé le système de couverture sociale au Sénégal ou dans des pays aux caractéristiques socioéconomiques voisines ; ensuite, une revue documentaire sur les textes de politique générale, les comptes-rendus et les documents internes produits par les acteurs institutionnels associés au processus d'extension de l'assurance maladie ; enfin, plusieurs entretiens qualitatifs auprès d'acteurs impliqués dans le système de santé et dans le programme d'extension de la couverture maladie ont permis de recueillir des éléments d'information et d'analyse supplémentaires. Ont été en particulier rencontrés à plusieurs reprises, entre janvier 2011 et juillet 2012 : deux représentants de l'OMS (respectivement responsable des programmes de décentralisation et de gouvernance et responsable de la lutte contre le paludisme) ; deux représentants de la Cellule d'appui au financement de la santé et aux partenariats (CAFSP) du ministère de la Santé (respectivement point focal assurance maladie et point focal partenariat-contractualisation) ; huit médecins occupant des responsabilités diverses dans des établissements de santé publics centraux ou décentralisés ; un conseiller technique au ministère de la Santé et de l'Action sociale ; deux représentants d'ONG de promotion de la santé et du développement humain ; trois spécialistes de santé publique de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Les entretiens se sont déroulés sur la base d'une grille d'entretien à questions ouvertes regroupées autour des thèmes suivants : 1) Présentation et rôle de l'organisation d'appartenance dans le système de santé et le processus d'extension de l'assurance maladie 2) Défaillances du système de santé 3) Connaissance de la politique nationale d'extension de l'assurance maladie et de ses différents leviers 4) Perception des défaillances de la politique nationale d'extension de l'assurance maladie.

La démarche méthodologique combine ainsi des éléments d'appréciation chiffrés, nécessaires mais au demeurant insuffisants pour une telle analyse, et des éléments plus qualitatifs portant sur le processus de transition du système de couverture maladie et plus généralement sur le système de santé et ses défaillances.

3. Diversité des régimes de l'assurance maladie en Afrique

La diversité des régimes d'assurance maladie en Afrique peut être mise en évidence sous deux angles. Dans un premier temps, l'examen des typologies que nous qualifions de statiques (elles classent les modèles à un moment donné) permet de montrer la disparité des situations tant en termes de types d'assurance que de secteurs mobilisés ou de taux de couverture. Dans un second temps, une

Tableau 1 : Principaux types d'assurance maladie

Types d'assurance	Source de financement	Gestion	Pays
Assurance maladie nationale.	Régime d'imposition général.	Secteur public.	Canada, Costa Rica, France, Grande-Bretagne.
Assurance maladie sociale.	Cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés.	Caisse de sécurité sociale ou caisse(s) d'assurance maladie.	Colombie, Allemagne, Japon, Corée du Sud, États-Unis (Medicare).
Assurance privée facultative – système commercial.	Primes payées individuellement ou par les employeurs et les salariés.	Compagnie d'assurance commerciale, à but lucratif ou non lucratif.	Afrique du Sud, États-Unis.
Assurance maladie communautaire.	Primes payées individuellement ou par les communautés.	La communauté ou une association.	Chine, Inde, Philippines, Rwanda, Sénégal.

Source : Hong Wang *et al.*, 2010.

approche plus dynamique, étudiant la transition des modèles vers une extension de l'assurance maladie, met en exergue trois grandes voies parmi lesquelles le cas sénégalais est identifié.

3.1. Typologies statiques

3.1.1. Diversité des types d'assurance

La typologie la plus fréquente distingue les quatre grands types d'assurances maladies existants. L'assurance maladie nationale découle du système de Beveridge (système universel financé par l'impôt et géré par l'État), tandis que l'assurance maladie sociale s'inspire du système bismarckien (système professionnel financé par des cotisations sociales et patronales et géré par les partenaires sociaux). Ces deux modèles sont dominants dans les pays riches. En Afrique, ils coexistent avec les assurances privées qui complètent en général les couvertures nationales et légales des fonctionnaires et des salariés du secteur privé. Enfin, les assurances communautaires, qui concernent de plus en plus de pays pauvres, tendent à se fonder sur les réseaux d'appartenance locaux et décentralisés et cherchent à compenser l'absence de couverture des populations rurales ou urbaines vulnérables.

Cette première typologie fait déjà apparaître d'importantes disparités entre les pays africains. Par exemple, le Gabon, faiblement peuplé et relativement riche, a pu choisir une assurance maladie sociale fondée sur des cotisations, complétées par l'impôt, tandis que le Ghana emprunte à Beveridge en passant principalement par l'impôt, tout en s'appuyant sur une assurance maladie décentralisée et communautaire pilotée par l'État. De nombreux pays sont ainsi caractérisés par le recours à plusieurs modèles même si un type d'assurance dominant peut être identifié (Tableau 1).

3.1.2. Diversité des secteurs mobilisés

D'autres travaux proposent des typologies par secteurs, public, privé ou mutualiste. Cette approche permet d'examiner de façon plus fine la contribution et les formes de mobilisation de chaque secteur. Ainsi, Ouattara et Soors (2007, voir Tableau 2) mettent en exergue la disparité des régimes d'assurance selon les catégories de populations et les inégalités de paniers de soins couverts. De tels régimes résultent de choix différents entre les pays africains. Au-delà de ces disparités, on observe cependant que les salariés des secteurs public et privé officiels sont généralement privilégiés par rapport aux emplois informels et ruraux, ce qui est une tendance bien connue depuis une vingtaine d'années. Cette typologie ne permet cependant pas d'identifier le modèle dominant privilégié par chaque pays.

3.1.3. Disparités des taux de couverture

L'examen des taux de couverture permet d'affiner encore l'analyse et de confirmer l'inégalité d'accès à la couverture maladie selon les pays et les catégories de populations. Ainsi Sery et Letourmy (2006, voir Tableau 3) proposent une typologie de chaque régime par les taux de couverture, distinguant d'un côté l'assurance obligatoire légale (pour les fonctionnaires et les salariés, notamment), de l'autre côté l'assurance volontaire (assurances privées, mutuelles, prépaiement). Cette dernière semble occuper une place encore limitée dans la couverture des besoins.

3.2. Typologies dynamiques

Destremeau et Lautier (2006) ont proposé une typologie des systèmes de protection sociale des pays en développement. Ils classent ces systèmes selon le stade de l'expansion de l'assurance maladie, entamée dans nombre de pays. Les auteurs distinguent trois catégories de pays.

Le *type 1* regroupe les pays dont « *le mouvement d'extension de la protection sociale est continu* » (comme en Tunisie, en Colombie), c'est-à-dire qui évoluent vers des systèmes combinant une assurance professionnelle avec la solidarité nationale, pour les plus vulnérables. On y observe un essor des assurances privées et un système mutualiste peu développé, la primauté de l'État et un système de soins assez efficace. On retrouve ici dans une certaine mesure le cas du Gabon, avec un système centralisé et la création récente de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale composée de trois fonds, un pour les fonctionnaires, un pour les salariés, et le dernier pour la population vulnérable et indigente. Les assurances privées sont recherchées par les fonctionnaires et les salariés jugeant l'assurance légale trop limitée. La volonté d'assurance universelle sociale limite le développement du mouvement mutualiste. L'acteur principal est l'État.

Tableau 2 : Assurance maladie par secteur dans 8 pays d'Afrique Subsaharienne

Guinée	Régime non contributif en rapport avec le statut de la fonction publique	Il existe une branche maladie au niveau de la caisse nationale de sécurité sociale, depuis 1994 pour les salariés du secteur privé, tiers payant avec ticket modérateur de 30 %	Mutuelles de santé, MURIGA pour le risque obstétrical et assureur privé	
Mali	Régime non contributif en rapport avec le statut de la fonction publique, des statuts particuliers comme les personnes âgées, les pupilles de la nation...	Régime contributif régi par le code du travail et prestations en nature, accidents du travail, maladies professionnelles, maternité et indemnité journalière et diverses prestations en nature	Mutuelles de santé et assureurs privés, caisses d'urgence obstétricale...	Mise en place d'un régime d'AMO pour le secteur formel, d'un fonds d'assistance médicale pour les indigents
Mauritanie	Régime non contributif en rapport avec les différents statuts : fonction publique civile et militaire, étudiant, indigent...	Régime contributif, régi par le code du travail et prestations en nature, accidents du travail, maladies professionnelles, maternité et indemnité journalière et diverses prestations en nature	Mutuelles de santé, assureurs privés, prise en charge des indigents...	
Niger	Idem	Idem	Mutuelles de santé et assureurs privés	Création d'une mutuelle générale des travailleurs de la fonction publique
Rwanda	Régime contributif géré par la Rwandaise d'assurance maladie fonctionnant au tiers payant avec un ticket modérateur de 15 %	Régime contributif, panier de soins et niveau de prise en charge variable en fonction des entreprises	- Fonds national pour l'assistance aux victimes les plus nécessiteuses du génocide et des massacres (FARG), prise en charge totale de 283 000 bénéficiaires. - Mutuelles de santé (7 388 647) : probablement le plus important réseau mutualiste en Afrique	Restructuration des différents régimes avec élargissement du panier de soins
Sénégal	Régime non contributif en rapport avec les différents statuts : fonction publique civile et militaire, étudiant, indigent...	Régime obligatoire contributif géré par les Instituts de prévoyance maladie IPN, panier de soins et ticket modérateur fonctions des IPN	Mutuelles de santé et assureurs privés	Réflexion en cours sur : - la création d'une caisse nationale d'assurance maladie prenant en charge le secteur formel - une caisse agricole dans le cadre de la loi d'orientation agricole - le renforcement de la législation sur les mutuelles et le fonds de solidarité national
Tchad	Régime contributif obligatoire prenant en charge soins ambulatoires et hospitalisation, y compris les évacuations à 75 %	Régime contributif régi par le code de prévoyance sociale, prestations en nature, accidents du travail, maladies professionnelles, maternités et indemnités journalières, diverses prestations en nature. Il existe quelques régimes maison	Mutuelles de santé et assureurs privés	Réflexion sur la mise en place d'un régime d'AMO, comité de pilotage créé
Togo	La prise en charge sanitaire des fonctionnaires et prévue. Pour les fonctionnaires détachés à l'extérieur, les coûts sont répartis entre l'agent et l'État. Prise en charge à 100 % des militaires.	Régime contributif régi par le code de sécurité sociale qui couvre : accidents du travail, maladies professionnelles, maternité.	Mutuelles de santé et assureurs privés	Réflexion en cours sur la mise en place d'un véritable régime d'AMO

Source : Ouattara, Soors, 2007, p. 57-62.

Tableau 3 : *Taux de couverture des systèmes légaux et de l'assurance volontaire (2004)*

	Côte d'Ivoire	Bénin	Burundi	Gabon	Guinée	Tchad	Togo
Système légal	6%	2.95%	10%	29%	3%	3.95%	23.2%
Assurances privées	3%	0.6%	0.1%	6%	0.1%	0.4%	0.2%
Mutuelles de santé	0.1%	29.15%	0	0	0.1%	1%	0.4%
Systèmes de prépaiement	0.9%	0	20%	0	0	0	0

Source : Sery, Letourmy, 2006, p. 197-228.

Le type 2 caractérise un système d'assurance assez inégalitaire, encore embryonnaire et dont l'extension est bloquée ou lente, avec un modèle à base professionnelle. Les services d'assurance classique (publique ou professionnelle) sont de piètre qualité et souvent accompagnés d'un développement plus ou moins dynamique de la micro-assurance. Le noyau assuré se limite encore largement aux salariés du secteur formel. Cependant l'État est en général actif dans le domaine de la santé et cherche dans certains cas à s'appuyer sur la décentralisation administrative et les organisations internationales ou non gouvernementales au niveau local. De nombreux pays d'Afrique subsaharienne rejoignent cette catégorie.

Enfin *le type 3* désigne les pays dualistes, possédant un système traditionnellement étatique mais ayant évolué vers le développement rapide de l'assurance privée. Ce système incite à l'auto-assurance, à cause de la dégradation des services publics, et l'assurance résiduelle conduit à de grandes inégalités. C'est l'exemple de l'Afrique du Sud, dont le système d'assurance est à dominante privée.

Les pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale se trouvent pour la plupart d'entre eux dans le type 2. Les pouvoirs publics cherchent à étendre l'assurance maladie, en optant pour deux approches dominantes différentes. D'un côté, certains pays ont commencé à mettre en place des assurances maladies universelles légales, comme le Bénin, le Gabon, le Burkina Faso, le Ghana (assurant des soins gratuits pour certaines catégories de la population). Soit l'État envisage une réforme permettant à chaque catégorie de la population de bénéficier d'une protection relativement homogène (cas du Gabon), soit l'on part d'un découpage donnant à chaque population une couverture spécifique, s'appuyant sur la décentralisation et les organismes locaux (cas du Ghana).

De l'autre côté, on trouve les pays privilégiant une approche à dominante communautaire par les mutuelles, comme au Mali, souvent présenté comme précurseur, ou encore la Guinée-Bissau, le Togo, ou le Libéria.

Le Ghana et le Sénégal se caractérisent tous deux dans cet ensemble par le caractère mixte de leur approche. Le Ghana, tout en développant une assurance maladie universelle légale, s'appuie largement sur les collectivités territoriales et

sur les mutuelles communautaires sous la tutelle de l'État. Le Sénégal a fait le choix de promouvoir conjointement les systèmes légal et communautaire, avec une assurance maladie importante pour le secteur formel, ainsi que des mutuelles pour les secteurs formel comme informel, les étudiants et les ménages fragiles.

4. L'extension de l'assurance maladie au Sénégal

Comme dans de nombreux autres travaux sur l'assurance maladie en Afrique, une importante limite est la carence en données quantitatives sur les agrégats de protection sociale et d'assurance maladie. Néanmoins, en croisant les rares sources existantes³, quelques grandes tendances apparaissent. Le pourcentage de femmes et d'hommes ne disposant d'aucune couverture médicale est très élevé, de l'ordre de 94 % et 92 %. La Sécurité sociale couvre moins de 1 % et les assurances privées 0,1 % des femmes et 0,5 % des hommes. 2 % des femmes et des hommes sont assurés par leur employeur et 2 % des femmes et 3 % des hommes recourent à une mutuelle communautaire ou non communautaire.

Au regard de ces chiffres, il semble aujourd'hui évident que l'atteinte de l'objectif de 50 % de population couverte en 2015, fixé dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement, est hors de portée. Comme souvent en Afrique Subsaharienne, la couverture des dépenses de santé est instituée pour le seul secteur formel alors qu'il ne représente que 10 % des travailleurs (Banque mondiale, 2007). Le principal défi est d'étendre l'assurance maladie au secteur informel et à la population la plus vulnérable. Dans son processus d'extension de la couverture maladie, le Sénégal se caractérise par sa volonté de promouvoir des systèmes assurantiels adaptés à chaque catégorie socioprofessionnelle de la population. Cette recherche d'une voie originale et adaptée aux spécificités sénégalaises s'appuie également sur une politique de décentralisation et d'extension des mutuelles de santé, en phase avec le principe de participation des différents acteurs.

4.1. Caractérisation du processus d'extension de l'assurance maladie au Sénégal

Au sein des différents modèles précédemment évoqués, le Sénégal a privilégié une approche mixte qui reflète la nécessité d'adaptation aux particularités

3. Faye (2010), Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie et ICF International (2012). Deux enquêtes sont en cours à notre connaissance : l'étude sur le budget social du Sénégal, conduite par le BIT et l'étude sur les dépenses de santé de l'OMS.

nationales. En effet, tout en cherchant à développer l'assurance maladie légale pour les salariés du secteur formel (en partie complétée par des mutuelles), les autorités publiques de ce pays souhaitent étendre l'assurance au secteur informel (rural et urbain) en s'appuyant principalement sur les mutuelles professionnelles ou communautaires⁴. Cette ambition s'appuie sur une volonté plus large de poursuite de la décentralisation administrative et sanitaire, qu'une loi a instituée en 1996 comme un élément central de la réforme des politiques publiques. Dans la logique de cette réforme, il s'agirait alors de conserver la diversité du système d'assurance maladie sénégalais tout en renforçant son système légal (pour le secteur formel) et en développant son volet décentralisé et mutualiste (pour les zones rurales et le secteur informel).

Les réformes récentes les plus significatives s'articulent ainsi autour de deux aspects. Le premier est l'extension de la couverture légale, en particulier pour les personnes de plus de 60 ans à travers, notamment, le plan Sésame⁵. Le second est *la promotion et l'extension des mutuelles sous deux grandes formes*. La première forme est la mise en place de deux mutuelles dédiées respectivement aux routiers et aux travailleurs du secteur agro-sylvo-pastoral. La deuxième forme, que nous allons examiner plus en profondeur, est la promotion active du système mutualiste décentralisé depuis 1994. En dehors des mutuelles d'origine professionnelle, ce sont les mutuelles communautaires dont il est question ici. Elles sont considérées comme centrales dans l'extension de l'assurance maladie et nécessitent un système administratif et sanitaire décentralisé, notamment, dans la mise en commun du risque propre au système assurantiel. C'est par ce mouvement d'extension que le Sénégal cherche à intégrer tous les acteurs de la santé.

L'importance du rôle des mutuelles a été réaffirmée en janvier 2011 lors de l'Atelier de contribution à la pérennisation des mutuelles de santé au Sénégal, organisé sous l'égide du ministère de la Santé avec l'appui du Programme santé de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) (USAID, 2010). En effet, il a été rappelé lors de cet atelier que la stratégie d'extension de la couverture du risque maladie reposait sur trois axes : la pérennisation et l'extension des politiques de gratuité à travers la création d'un Fonds National de Solidarité Santé ; la réforme des IPM ; la mutualisation du risque maladie dans

4. Les fonctionnaires dépendent de leur ministère et bénéficient d'une assurance non contributive et d'un ticket modérateur important. Les salariés du secteur formel se voient protégés par des Instituts de prévoyance maladie (IPM). Les entreprises d'une certaine taille doivent affilier leurs employés à ces IPM (cependant, de nombreuses disparités existent entre les entreprises, et le cadre juridique est aujourd'hui obsolète) (Thiam, 2009).

5. Le Plan Sésame a été lancé par une initiative du président de la République Abdoulaye Wade, en 2006. Ce plan prévoit la gratuité des soins pour les personnes âgées de plus de 60 ans. Il cible en particulier les 70 % de personnes ne bénéficiant pas d'une retraite. Son coût pour la collectivité a cependant posé d'importants problèmes dans la mesure où il a connu un grand succès du côté des bénéficiaires tout en n'étant pas suffisamment préparé du côté de l'État, son principal financeur.

le cadre de la décentralisation (DECAM). Or, le rapport de synthèse de cet atelier indique que « [...] à l'heure actuelle, *seules les organisations mutualistes disposent d'un potentiel important pour l'extension de la couverture maladie aux acteurs du secteur informel et du secteur rural* ».

Les mutuelles de santé, nationales ou communautaires, sont donc aujourd'hui considérées par les autorités publiques comme le principal outil d'extension de l'assurance maladie. Par ailleurs, les mutuelles d'épargne et de crédit sont envisagées comme un allié clé des mutuelles de santé, en proposant des produits diversifiés en plus de la santé et en évitant ainsi le risque financier important propre à ces petites structures (CAFSP, 2010a, p. 25)⁶. Pour réduire ce risque, certaines mutuelles communautaires s'organisent en unions ou réseaux.

Les mutuelles nationales issues du programme d'extension sont deux régimes spéciaux élaborés en 2008. Le régime des routiers s'est créé sur la base des expériences passées de cette catégorie en termes d'entraide, de solidarité, et de pratiques de contrôle social. Un fonds de réserve est mis en place en cas de risque financier. Le régime agro-sylvo-pastoral, créé sur le même principe, permettrait de réduire directement la pauvreté en protégeant par un système très adapté la population rurale, éloignée, et souvent pauvre. Une grande partie du secteur informel sera prise en compte. Le succès de cette stratégie est au cœur de l'extension des soins primaires.

Les mutuelles communautaires, qui nous intéressent plus particulièrement dans le cadre de cet article, se développent depuis 1989, principalement dans les zones rurales. Aujourd'hui, environ 200 mutuelles sont fonctionnelles à travers le territoire (Villane, Faye, 2008). Au cours des années 1990, l'enthousiasme des organismes internationaux, relayé par le volontarisme des populations, s'est couplé à la volonté de l'État de promouvoir le système mutualiste avec une Cellule d'appui aux mutuelles de santé, aux IPM et comités de santé (CAMICS). En effet, les mutuelles sont une source de financement alternative intéressante pour l'État qui ne peut plus assumer seul la santé. Afin d'éviter le manque de coordination sur le terrain, en raison des intérêts divergents de chaque acteur mutualiste, et d'harmoniser la localisation des mutuelles et centres de santé sur le territoire, un Cadre national de concertation (CNC) a été créé en 2001. Le CNC permet la participation des acteurs non étatiques à la mise en place des politiques concernant la protection de la santé et, notamment, dans la promotion des mutuelles et à la mise en place de conventions entre mutuelles et prestataires de soins (Sene, Kane, 2008). Depuis 2001, en partenariat avec le ministère de la Santé et de la Prévention,

6. Le couplage entre microfinance et mutuelles de santé est préconisé comme un moyen d'insérer les fonds des mutuelles de santé dans un ensemble plus large d'actifs financiers afin de diversifier les risques. De plus, l'adossement des mutuelles de santé à des fonds de microfinance permet d'utiliser le compte des adhérents de ces derniers pour prélever les cotisations et améliorer ainsi le recouvrement.

Tableau 4 : Structure du marché de l'Assurance Maladie Hors ISS et Hors Dommages corporels des assureurs privés en 2005

Type de régime	Montant dépensé en millions de Fcfa	Part de marché / dépenses	Part du nombre des assurés
IPM	8 414	41%	24%
Compagnies privées	5 369	26%	8%
Régime des fonctionnaires	4 796	24%	40%
Mutuelles de santé	1 325	6%	27%
Paiement direct des entreprises	539	3%	1%
Total	20 443	100%	100%

Source : Comptes nationaux de la santé au Sénégal (ministère de la Santé et de la Prévention, Agence nationale de la Statistique et de la Démographie), 2005.

les représentants des autres ministères, les promoteurs, les structures locales de santé et les unions de mutuelles discutent et élaborent les programmes de la santé, principalement mutualistes, intégrés dans le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) (Gouvernement du Sénégal, 2006). Le rôle de ces partenaires est donc fondamental dans l'extension de l'assurance maladie. En outre, en dehors des acteurs que sont la population, les mutuelles et les autres participants au CNC, les partenaires internationaux comme nationaux (Partnerships for Health Reform, USAID, le Bureau international du travail (BIT), etc.) sont nécessaires à la mutualité par leur appui technique et financier.

Un avantage reconnu des mutuelles est de pouvoir obtenir de façon souple des fonds d'origines très diverses (internationales, nationales et locales) désireux de financer directement des projets de santé (la plus grande ressource provenant des cotisations de la population)⁷. Les mutuelles se fraient ainsi un chemin important dans la couverture de la population sénégalaise et surpassent déjà la couverture fournie par les IPM, bien que leur part dans les dépenses totales de santé soit inférieure à celle des autres régimes, ceci étant dû à des paniers de soins encore insuffisants par rapport à ces derniers (voir Tableau 4). Elles sont destinées, selon la volonté publique, à couvrir la part la plus importante de la population sur le long terme, par la promotion de la forme communautaire ainsi que par l'extension des mutuelles nationales (principalement la loi d'orientation agro-sylvo-pastorale).

7. À plus long terme, cet avantage peut cependant être une source de fragilité dans la mesure où certains financeurs se retirent dès que leur soutien a permis le lancement de la mutuelle. Se pose alors la question, abordée dans le point 4.2 *infra*, de la pérennité financière des mutuelles.

Afin de soutenir le mouvement mutualiste ainsi que les IPM, la décentralisation de la santé se met peu à peu en place. La décentralisation est complémentaire à la mutualisation, cherchant à attirer des financements diversifiés et constituant un terrain propice à la participation de la société civile (Baade-Joret, 2006). Dans des milieux fortement ruraux, et dont la population est disparate sur un large territoire, la décentralisation permettrait une meilleure adéquation des besoins locaux en termes de santé et de l'offre que les structures locales peuvent proposer.

4.2. Éléments d'appréciation de l'extension de l'assurance maladie au Sénégal

Sur le plan des objectifs globaux, avec plus de 90 % de la population ne disposant d'aucune couverture médicale selon les dernières estimations, l'objectif d'atteindre 50 % de couverture en 2015 est *a priori* peu réaliste. Cependant l'augmentation constante du nombre de mutuelles constitue un indicateur *a priori* positif. En effet, la promotion des mutuelles a permis d'augmenter leur nombre à travers le pays, de 19 unités fonctionnelles en 1997, à 81 en 2003 puis 129 en 2005 (CAFSP, 2010b) et 200 en 2010. Il convient néanmoins de rester prudent concernant l'effet favorable d'un nombre croissant de mutuelles dans la mesure où cette tendance peut en réalité traduire une augmentation du nombre de mutuelles de petite taille qui présentent une grande fragilité financière (cet aspect est abordé un peu plus loin)⁸.

Certaines expériences de mise en réseau des mutuelles (Dakar, Kaolack, Thiès...) constituent également des manifestations du dynamisme du secteur mutualiste. La mise en réseau présente des avantages importants, en particulier en termes de taille critique et de partage de moyens.

L'absence d'indicateurs macroéconomiques récents rend cependant nécessaire de se pencher sur des analyses de la situation à une échelle méso voire microéconomique, celle des structures qui constituent le cœur des réformes, à savoir les mutuelles et les dispositifs institutionnels qui les encadrent⁹. À cet égard, le rapport de synthèse de l'Atelier de contribution à la pérennisation des mutuelles de

8. Si l'on ne dispose pas de chiffres sur l'évolution de la répartition des mutuelles par taille, on peut observer cette répartition en 2003 (ministère de la Santé du Sénégal, 2004). Sur les 81 mutuelles répertoriées, 24 unités disposent de pools d'adhérents dont la taille est supérieure à 400 tandis que 47 mutuelles ont un nombre d'adhérents compris entre 100 et 400 et 10 mutuelles un nombre inférieur à 100.

9. Nous n'abordons pas ici les initiatives de mise en œuvre de la gratuité de certaines prestations qui constituent un autre volet, certes important, mais non étudié dans cet article, de l'extension de l'assurance maladie. Nous passons également sous silence l'institutionnalisation des mutuelles professionnelles pour les routiers et les métiers du secteur sylvo-agro-pastoral.

santé au Sénégal, tenu en janvier 2011, permet de mettre en exergue les éléments suivants ¹⁰.

L'une des avancées majeures favorables à l'extension de l'assurance maladie nous semble être la progression indéniable du cadre réglementaire et des dispositifs institutionnels créés pour la promouvoir (arrêté interministériel, ateliers de bilan et de partage d'informations, dispositifs et outils de suivi-évaluation, mise en place de comités techniques ainsi que d'une plateforme des partenaires pour le développement de l'assurance maladie au Sénégal, etc.). Une autre avancée repose sur l'initiative de projets pilotes. En effet, le ministère de la Santé et de la Prévention, par l'entremise de la CAFSP, a élaboré une feuille de route pour accélérer l'extension de l'assurance maladie. S'agissant du processus de mutualisation, cette feuille de route prône la mise en œuvre du projet de mutualisation du risque maladie dans le cadre de la décentralisation (DECAM), en partenariat avec les collectivités locales, dans trois départements pilotes (Kaffrine, Darou Mousty et Kolda) ¹¹. Une question importante demeure cependant en suspens : celle du panier de soins que devraient couvrir en priorité les mutuelles pour combler de façon satisfaisante les failles de l'assurance maladie. En effet, la question du type de risques couverts fait débat dans les travaux sur les mutuelles. Ces dernières doivent-elles couvrir plutôt des petits risques à probabilité élevée ou des gros risques à faible probabilité ? Dans le cas du Sénégal, on peut observer (ministère de la Santé du Sénégal, 2004) que sur les 81 mutuelles répertoriées en 2003, une large majorité (58) couvrait uniquement des petits risques contre 23 mutuelles couvrant de gros risques liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales dans les structures hospitalières. Ces quelques données ne permettent pas de trancher le débat mais posent la question des conséquences du développement quantitatif des mutuelles sur la plus ou moins bonne mise en commun des risques.

Cependant, ces avancées sur le plan du cadre général favorable à la mutualisation semblent se faire à un rythme considéré comme insuffisant par les partenaires de cette politique. En témoignent, d'une part, la tenue, en octobre 2010, d'un atelier de concertation ayant conduit à élaborer un « plan d'accélération » de la mise en œuvre de la stratégie, d'autre part, le constat de défaillances des mutuelles fait lors

10. Nous remercions Monsieur Mbaye Sene de la CAFSP d'avoir mis à notre disposition les documents internes et rapports ayant permis de prendre connaissance du niveau de mise en œuvre de l'extension de l'assurance maladie. La présentation proposée ici est de la seule responsabilité de l'auteur de cet article.

11. Le projet DECAM s'appuie sur quatre volets : i) capitaliser les expériences mutualistes au Sénégal pour les étendre à toutes les collectivités locales (ii) mettre en place des liens stratégiques entre l'infrastructure de base des mutuelles de santé et les mécanismes formels de financement public à travers le renforcement des mécanismes de financement (iii) assurer la viabilité institutionnelle des mutuelles de santé, leurs relations avec les prestataires de soins, les collectivités locales et l'État à travers la mise en place de mécanismes de professionnalisation de leur gestion (iv) favoriser l'adhésion des populations aux mutuelles de santé par des activités de sensibilisation (marketing social et communication).

de l'Atelier de contribution à la pérennisation des mutuelles de santé au Sénégal en janvier 2011 ¹². Ces défaillances sont attribuées à des problèmes d'organisation, de structuration et de professionnalisation.

En outre, de telles défaillances doivent être mises en relation avec les études effectuées sur la viabilité financière et l'attractivité des mutuelles. En effet, au-delà des problèmes de gestion et d'organisation cités *supra*, se trouve la question cruciale de la pérennité des mutuelles, notamment communautaires, en lien avec leurs sources de financement. On trouve une première série de résultats intéressants dans l'étude de Jütting (2003) sur les déterminants de la participation aux mutuelles de santé communautaires en milieu rural sénégalais. Tout d'abord, le revenu et l'importance du capital social constituent un facteur favorable d'adhésion aux mutuelles, tandis que les ménages à faible revenu sont sous-représentés parmi les adhérents. Ensuite, le fait d'être catholique favorise l'adhésion, ceci étant expliqué par le support que l'Église catholique apporte à l'action des mutuelles et à leur promotion. Enfin, l'appartenance ethnique joue également un rôle : la probabilité de participation à une mutuelle est plus forte pour une personne d'ethnie Wolof que pour un individu d'ethnie Sérère ou Peulh. Au total, l'auteur estime que, pour les ménages les plus pauvres, d'autres solutions que celle de l'adhésion volontaire doivent être recherchées. Ceci soulève, pour le sujet qui nous concerne, la question de la viabilité financière des mutuelles face à l'insuffisante capacité à payer des populations en milieu rural.

L'étude de Atim *et al.* (2005), portant sur les déterminants de la stabilité financière des mutuelles de santé dans la région de Thiès, apporte également des enseignements précieux. Parmi les causes majeures d'instabilité financière, les auteurs retiennent la sélection adverse (inscription des personnes dont les membres de famille présentent des risques élevés), le faible taux de recouvrement, des changements fréquents dans le paquet de bénéfices sans modification concomitante des cotisations, enfin une utilisation limitée de la gestion financière. En revanche, certains facteurs souvent mis en évidence dans la littérature ne semblent pas

12. On peut ainsi lire dans la synthèse de cet atelier : « [...] il importe de faire remarquer que [la] viabilité [des mutuelles] est compromise par l'absence de professionnalisation de leur gestion. En effet, dans la quasi-totalité des mutuelles de santé communautaires, la gestion est assurée par des agents bénévoles ayant de faibles capacités en la matière et ne disposant pas d'outils appropriés. Ce manque de professionnalisation a pour conséquences :

- le faible taux de couverture de la population par des mutuelles de santé environ 6 % ;
- le faible taux de recouvrement des cotisations ;
- la faible attractivité des prestations offertes ;
- l'insuffisance d'articulation entre le mouvement mutualiste et les autres mécanismes de couverture du risque maladie ;
- un taux important de défection des membres adhérents. »

déterminants, par exemple la faible taille des pools de risques (nombre limité de membres et de bénéficiaires). On retrouve ainsi dans cette étude des problèmes qui tiennent à la fois à des déficiences de gestion, confortant ainsi les préconisations faites dans les ateliers de concertation organisés au Sénégal en 2010 et 2011 (voir *supra*), et des difficultés tenant à la situation et/ou au comportement des usagers. Sur ce dernier aspect, même si l'étude de Atim *et al.* met plutôt en évidence des problèmes de sélection adverse, la possibilité de risque moral, souvent abordée dans la littérature, ne doit pas être négligée.

Au total, les faiblesses des programmes appuyés sur les mutuelles constituent des obstacles majeurs à l'extension de l'assurance maladie. Cela nous conduit à proposer dans la section suivante une discussion des limites de ce mouvement d'extension axée sur la question particulière des mutuelles communautaires.

5. Discussion et éléments de comparaison

La mutualisation et la décentralisation sont deux instruments essentiels pour l'extension de l'assurance maladie. Pourtant, les éléments d'appréciation de l'extension de l'assurance maladie fondée sur ces dispositifs mettent en évidence que les objectifs fixés ne seront peut-être pas atteints. Nous proposons maintenant de regrouper les défaillances du programme d'extension en trois ensembles. Nous cherchons à montrer que ces trois ensembles ont tous trait à une approche insuffisamment systémique et transversale de la santé et de son financement.

5.1. Les problèmes d'articulation des dispositifs et des échelles d'intervention

Le premier ensemble de déficiences relève du manque de coordination et d'articulation, largement souligné dans les différents rapports et analyses¹³. Waelkens et Criel (2004) ont déjà abordé ce problème comme trait commun à de nombreuses expériences mutualistes en Afrique. Dans un système faisant intervenir de multiples acteurs aux intérêts parfois contradictoires, la cohérence de l'approche globale reste à construire. Dans le « document de Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais » (CAFSP, 2010a, p. 16), était déjà évoquée « *la faiblesse dans la coordination des interventions d'appui aux mutuelles [par les structures d'appui et les ministères]* ». Or, les documents et rapports ultérieurs, même s'ils font état d'efforts non négligeables en la matière (voir les améliorations

13. Cette carence ressort également des entretiens conduits auprès des représentants de l'OMS et du conseiller technique au ministère de la Santé.

institutionnelles section 4 *supra*), continuent de pointer des déficiences importantes. Ainsi, un enjeu important porte sur l'articulation entre les approches « *top down* » et « *bottom up* » de l'extension de l'assurance maladie. Les premières sont des initiatives de l'État, à l'instar de l'extension de la couverture maladie pour certains corps de métier ou certaines sous-populations, comme le gouvernement sénégalais l'a instauré pour les personnes de plus de 60 ans avec le plan Sésame. Les secondes répondent à des besoins locaux et communautaires et impliquent en principe la participation des populations. Comme l'explique Pascal Annicke (2008), ces deux échelles d'action doivent être considérées comme complémentaires et être articulées pour que le processus d'extension de la couverture soit une réussite. Dans le cas du Sénégal, le plan Sésame et le programme de développement des mutuelles de santé décentralisées ont pourtant été conduits de façon relativement indépendante, expliquant le constat d'une insuffisante articulation entre le mouvement mutualiste et les autres mécanismes de couverture du risque maladie.

En outre, il convient d'ajouter que les initiatives d'extension de l'assurance maladie pâtissent d'un problème de coordination tant des agences de coopération (acteurs de l'aide) que des différents acteurs publics (source : nos entretiens). Ainsi, à titre d'exemple, l'USAID et la Coopération belge développent de façon relativement indépendante deux programmes différents, l'un plutôt orienté vers une approche très ambitieuse de mise en réseau financière des mutuelles de santé au niveau départemental (USAID), l'autre plutôt axé sur une approche par district visant à recourir à un mélange d'outils de protection plus ou moins innovants (Coopération belge). Du côté des acteurs publics locaux, la création par le gouvernement Wade d'un comité interministériel regroupant tous les acteurs publics et les partenaires au développement œuvrant dans le domaine de la protection sociale semble aller dans le sens d'une meilleure coordination. Mais alors que ce comité dépend du ministère de l'Économie et des Finances, le premier gouvernement de Macky Sall (élu en 2012) a donné lieu à la création d'une délégation à la protection sociale et à la solidarité nationale directement rattachée à la présidence de la République, ce qui pourrait accroître les problèmes de coordination.

5.2. Le rôle central de l'État comme appui à l'extension des mutuelles

Le deuxième ensemble de déficiences concerne l'appui insuffisant des acteurs publics au système mutualiste¹⁴. Là encore, les évaluations déjà citées fournissent plusieurs arguments pour un renforcement de l'implication des acteurs publics. Le cadre réglementaire évolue à un rythme jugé insuffisant pour tenir compte du dynamisme de l'expansion des mutuelles et de leurs spécificités. La CAFSP, en

14. Cet insuffisant appui a été confirmé lors de nos entretiens avec les médecins, les représentants d'ONG et les spécialistes de santé publique.

charge de la promotion des mutuelles, dispose d'un mandat large mais de moyens relativement insuffisants. Les pouvoirs publics interagissent peu avec les réseaux de mutuelles, limitant leurs relations à de simples échanges d'informations. Les collectivités locales, comme indiqué plus haut, s'impliquent de façon encore limitée dans l'appui aux mutuelles. La décentralisation, malgré son intérêt pour le système mutualiste, implique, en effet, que la période de transfert de compétences s'accélère sur le plan opérationnel, au-delà des textes. La transition sera longue dans les régions rurales et souvent soumise à des changements politiques, afin de leur fournir les moyens humains et financiers nécessaires à leurs actions, en termes d'éducation, de formation, d'expérience et de stabilisation.

Il est intéressant de constater que les entretiens qualitatifs ainsi que l'analyse des comptes rendus de réunions et des synthèses d'ateliers effectués dans le cadre de notre étude montrent que les lacunes de l'action de l'État, soulignées indirectement par des études préalables n'ont finalement pas fait l'objet d'un effort à la mesure des enjeux de la part des gouvernements successifs sous la présidence de Abdoulaye Wade. Ainsi, sur la base de son étude sur les mutuelles, Jutting (2003) soulignait déjà que la situation des plus pauvres justifiait une prise en charge de leur prime d'adhésion par les pouvoirs publics. De leur côté, Atim *et al.* (2005) estimaient que les difficultés des mutuelles de la région de Thiès tenaient plutôt à des déficiences de gestion et de compétence des personnels qu'à un problème de sécurité financière nécessitant une réassurance¹⁵ ; or, l'État sénégalais ne semble pas avoir opéré un tri entre les différentes options possibles, comme l'illustre la coexistence de plusieurs programmes mis en œuvres par les acteurs de la coopération (voir *supra* 5.1).

5.3. Les défaillances plus larges du système de santé

Un troisième ensemble de déficiences relève des défaillances plus larges du système de santé et des contraintes qui dépassent la simple question du financement mais réduisent pourtant significativement la capacité de l'extension de la couverture maladie à jouer un rôle de levier de la santé. Le développement de l'offre de santé au Sénégal depuis les années 1970 doit être fortement relativisé car la progression de l'offre de santé a suivi un rythme similaire à celle de la population. Le ratio entre le personnel de santé et la population est inférieur à celui des pays voisins (Sambo, 2009). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a régulièrement classé le Sénégal comme souffrant d'une pénurie aiguë de personnel de santé (variable cependant selon les régions). Par ailleurs, de façon liée aux carences d'ordre quantitatif, se pose de façon cruciale le problème de l'insuffisante qualité des soins au regard des besoins. À cet égard, l'amélioration de la qualité des soins offerts constitue une

15. Cependant, comme le souligne Dror (2001), dans le cas général, l'absence de réassurance constitue un obstacle important au développement pérenne des mutuelles à une large échelle.

condition d'incitation à l'adhésion aux mutuelles. On peut alors s'interroger sur les déséquilibres potentiellement causés par une extension de l'assurance maladie qui ne tiendrait pas compte des défaillances de l'offre de santé et pourrait déstabiliser le système de santé.

Au-delà des lacunes du système de santé, les évolutions démographiques constituent un autre enjeu crucial qui ne semble pas être pris en compte dans le programme d'extension de la couverture maladie. Entre 2005 et 2050, la population des plus de 60 ans devrait passer de 4,9 à 12,2 % de la population totale et quintupler en valeur absolue (Annicke, 2008). À supposer que des mesures politiques soient prises pour assurer les besoins de pensions de vieillesse futurs, il conviendra de tenir compte de cette évolution dans les charges financières à venir. Or, l'extension actuelle de l'assurance maladie ne semble pas reposer sur des prévisions à long terme (Baumann, 2010).

5.4. Mise en perspective

Il est utile de mettre en perspective les limites actuelles de l'expérience sénégalaise avec certains facteurs de succès identifiés dans d'autres pays africains. Ainsi, le Ghana et le Rwanda ont réussi à faire passer en une dizaine d'années la population couverte par une assurance maladie de moins de 1 % à plus de 50 % pour le premier et plus de 80 % pour le second. D'autres pays tels que le Cameroun améliorent, avec un rythme plus lent mais prometteur, leur taux de couverture. Or, les traits saillants de la politique d'extension conduite dans ces différents pays (voir le cas ghanéen en encadré n° 1) peuvent être comparés aux lacunes du dispositif sénégalais.

encadré 1

L'expérience ghanéenne

Le Ghana a connu une longue évolution de son système de santé. Des soins médicaux gratuits ont été remplacés par un système libéralisé dans les années 1980, favorisant l'accroissement rapide du nombre de prestataires privés. Le recours aux structures de soins par les plus pauvres a, en conséquence, fortement diminué. Dans les années 1990, le « *Cash and Carry* » fut mis en place, instaurant le paiement total des médicaments. Dans les années 2000, les dépenses directes des ménages ont alors peu à peu diminué. Le « *Cash and Carry* » est en effet réformé pour laisser place au « *National Health*

*Insurance Scheme*¹⁶ » (NHIS), afin d'orienter l'assurance maladie vers les plus vulnérables. Le Ghana réoriente son système autour des principes d'équité, de solidarité, de mise en commun des risques, de subventions croisées, de partenariat, de participation démocratique de tous les acteurs concernés, de pérennité. L'échelon et l'outil de référence devient le district administratif (OMS, 2010).

Le nouveau système est basé sur la micro-assurance santé, grâce à des arrangements institutionnels entre l'administration décentralisée et les politiques centrales, afin d'étendre la couverture à l'ensemble du pays, en se concentrant sur les plus vulnérables. L'extension de la couverture, à partir de 2003 et surtout en 2005, fut expérimentée dans tous les districts du pays. Avec cette extension est créé le « *National Health Insurance Fund* » (NHIF), instrument de gestion des financements publics pour l'assurance maladie (égalité dans l'offre de subventions étatiques, couverture des indigents basée sur le même type de subventions, implantation des mutuelles, assistance technique, mise en place de bureaux régionaux), financé grâce à la TVA et au système de Sécurité sociale. Est également créé le « *National Health Insurance Council* » (NHIC), qui régule les supports techniques des « *District Mutual Health Insurances* » (DMHIs). L'administration du district permet de faire émerger les projets de DMHIs.

Le ministère occupe la position de meneur dans cette stratégie. Il est responsable du développement, de la planification, de la coordination et de la mobilisation des ressources. L'ensemble est supervisé par une autorité nationale, la « *National Health Insurance Authority* » (NHIA).

En son sein, le « *Ghana Health Service* » (GHS) est chargé de la prestation de soins et services, géré de manière démocratique par des partenaires diversifiés, et l'efficacité est recherchée dans la gestion des financements (planifier, arbitrer, justifier, contrôler, etc.). Toutes les institutions publiques de santé conventionnées avec le ministère de la Santé fonctionnent ainsi, avec un budget autonome, en vue de les responsabiliser. Cette offre comprend, non pas trois niveaux comme dans la plupart des autres pays, mais cinq niveaux : national, régional, district, sous-district, communautaire. La santé communautaire est donc valorisée dans cette stratégie.

Les DMHIs sont autonomes tout en étant supervisées par le niveau régional qui gère également les éventuels conflits et apporte une assistance technique. Le niveau national formule la politique, l'accréditation des services de santé, le suivi des mutuelles et des prestataires et leur évaluation, la mise en place de la logistique et des supports techniques.

Trois types d'assurances maladies sont donc autorisés au Ghana : les DMHIs au niveau des districts, les assurances maladies privées à but lucratif (PCHIS, *Private Commercial Health Insurance Scheme*), et les mutuelles d'assurances

16. Mis en place juridiquement par le « *National Health Insurance Act* » en 2003, et démarré en décembre 2004.

privées (PMHIS). Seules les premières reçoivent le soutien financier du gouvernement à travers le NHIA. Chaque mutuelle de district est divisée en mutuelles communautaires. Le système est donc uniforme tout en étant décentralisé.

Ainsi la structure du financement a également évolué au fil des années. Avec l'introduction du NHIS et de la TVA, les ménages contribuent pour une faible partie et le gouvernement verse moins d'argent directement.

En 2009, selon des sources officielles, 62 % de la population était enregistrée, et 86,37 % possédait une carte valide. 145 DMHIs et 10 bureaux régionaux étaient fonctionnels, et plus de 5 000 prestataires étaient accrédités par le NHIS.

Ces résultats sont à comparer aux objectifs de départ du plan de développement sanitaire à l'origine du NHIS (30 à 40 % de couverture en 2010, 50 à 60 % en 2015). Les populations les mieux couvertes en 2008 sont les personnes de plus de 70 ans (75,9 %), suivies des mineurs (60,3 %) et des indigents. Le secteur le moins bien couvert est le secteur formel (24,6 %). Les pauvres sont les premiers bénéficiaires. Les districts les plus pauvres (ceux du nord du pays) ont les taux de couverture les plus élevés. La part des dépenses directes des ménages a diminué depuis l'introduction du NHIS. Le Ghana consacre presque 12 % de son budget à la santé, soit 8,1 % du PIB en 2009 (d'après les comptes nationaux de la santé). Le pays dépense 54 \$US par habitant en santé, au-dessus des recommandations de l'OMS.

Concernant tout d'abord le manque de coordination et d'articulation des acteurs constaté au Sénégal, il existe – au contraire – une cohérence globale dans les initiatives menées au Cameroun, au Ghana et au Rwanda. Au Cameroun, les premières mutuelles sont apparues à la fin des années 1990 et leur expansion est favorisée par la mise en place d'une importante mise en réseau qui permet une bonne articulation entre les mutuelles, les services de santé et les autorités locales. Au Ghana et au Rwanda, une étroite synergie est promue entre les niveaux local et national de solidarité, grâce au leadership du ministère de la Santé fortement impliqué dans la supervision du développement des mutuelles (Diop, Ba, 2010). Au Rwanda, le ministère de la Décentralisation a également accompagné le processus d'extension des mutuelles par une démarche volontariste et en s'appuyant sur ses prérogatives en termes de protection sociale (l'adhésion à une assurance santé y est, de fait, obligatoire).

Ensuite, concernant l'insuffisant appui des acteurs publics au système mutualiste observé au Sénégal, outre les éléments précédents qui témoignent d'une plus grande implication des autorités publiques camerounaises, rwandaises et ghanéennes, dans la décentralisation et l'appui organisationnel, le volet financier a également été fortement soutenu au Ghana et au Rwanda (le Cameroun demeurant en retrait sur ce volet). Le Ghana a ainsi mis en place en 2003 un système

national d'assurance maladie basé sur les districts (Baffoe-Twum, Oppong, 2004). Les systèmes mutualistes d'assurance santé de district permettent d'arrimer le financement des mutuelles de santé à un système national décentralisé qui sécurise leur fonctionnement. Au Rwanda, un Fonds national de garantie et un Fonds de solidarité de district furent créés en 2006 pour soutenir financièrement l'expansion des mutuelles de santé (World Bank, n.d.)¹⁷.

Au total, le Ghana, le Rwanda et, dans une moindre mesure, le Cameroun, se caractérisent par une volonté politique forte, un appui organisationnel et technique aux mutuelles communautaires et un objectif de soutien financier au système mutualiste permettant d'assurer les objectifs d'équité. Ces différents leviers de réussite semblent encore faire, en partie, défaut au Sénégal.

6. Conclusion

Le Sénégal constitue un exemple révélateur de la place acquise par les politiques de mutualisation et de décentralisation de la santé. Malgré l'intérêt en soi de ces dispositifs et les tendances encourageantes soulignées par les acteurs et les experts, notre approche met en évidence que, parmi les conditions de réussite de ces initiatives, une réflexion stratégique transversale à la politique de santé et au système de santé ne peut être éludée. La nécessité d'une approche systémique en santé a d'ailleurs été soulignée par plusieurs travaux comparatifs sur les déterminants de la santé (Stillwaggon, 2006) qui indiquent les limites du cloisonnement des programmes et des leviers de la santé. Dans le cas du Sénégal, il semble que la politique d'extension de l'assurance maladie soit conduite sans réflexion suffisante sur un projet d'ensemble de politique de santé qui inclurait des considérations relatives aux groupes prioritaires, à la solidarité territoriale ou encore au temps long du financement de la santé.

Cet article ne visait pas à infirmer les travaux antérieurs sur l'extension de l'assurance maladie et en particulier le rôle des mutuelles ainsi que leurs limites dans ce processus. Les expériences d'autres pays tendent vers des conclusions identiques notamment sur la nécessité de l'érection de l'assurance maladie comme priorité nationale et sur l'importance d'une politique générale coordonnée. Néanmoins, nous pensons avoir apporté des éléments empiriques complémentaires depuis les travaux conduits au milieu des années 2000. Ces éléments permettent d'actualiser les connaissances sur l'expérience sénégalaise, à partir d'entretiens et de documents inédits et récents. Ils mettent en exergue que, derrière le foisonnement d'initiatives,

17. L'important soutien financier de la communauté internationale a également joué un rôle majeur au Rwanda.

les avancées en matière de politique cohérente et ambitieuse d'extension de l'assurance maladie demeurent fragiles, alors que les travaux et les expériences menés tant au Sénégal que dans d'autres pays soulignent sa nécessité.

Quelques limites de ce travail doivent être évoquées, en particulier les lacunes tenant à la quantification des grands agrégats de la couverture maladie et de leur évolution. Des études en cours (BIT, OMS) devraient permettre de disposer de tels agrégats et de les analyser dans nos travaux futurs.

Références

- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], ICF International. 2012. *Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples au Sénégal 2010-2011*, Calverton, Maryland, USA : ANSD et ICF International.
- Alenda, J. 2012. *L'extension de l'assurance maladie en Afrique subsaharienne. Une illustration par la transition du système de santé au Sénégal*, Mémoire de Master 2^e année, Faculté des sciences économiques et sociales, Université Lille 1.
- Annicke, P. 2008. *Sénégal. L'analyse des prestations et des indicateurs de résultat de la protection sociale*. Genève, Département de la Sécurité sociale, BIT.
- Atim, C., F. Diop and S. Bennett. 2005. *Déterminants de la stabilité financière des mutuelles de santé : une étude menée dans la région de Thiès au Sénégal*, Bethesda, MD : The Partners for Health ReformPlus Project, Abt Associates Inc.
- Baade-Joret, B. 2006. *Reflections on Health Care Decentralization in Senegal*, Virginia, Development Associates Issue Paper.
- Baffoe-Twum, M. and R.A. Opong. 2004. *Institutional Aspects of Scaling-up Community-based Health Insurance : the case of Ghana*. Ghana, AWARE-RH Project.
- Banque Mondiale. 2007. *Sénégal, à la recherche de l'emploi. Le chemin vers la prospérité*, Rapport n°40344-SN, Washington D.C., Banque mondiale.
- Baumann, E. 2010. « Protections sociales en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal », Paris, *Notes de la Fondation Jean-Jaurès*, n°56, 1-19.
- Bennett, S. 2004. "The Role of Community Based Health Insurance within the Broader Health Financing System : a Framework for Analysis", *Health Policy and Planning*, 19(3), 147-158.
- Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat. 2010a. *Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais* (Partie 1, Estimation de la couverture du risque maladie), Dakar, CAFSP. <http://www.coopami.org/>.
- Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat. 2010b. *Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais* (Partie 1, Régimes contributifs volontaires), Dakar, CAFSP. <http://www.coopami.org/>.
- Chankova, S., S. Sulzbach and F. Diop. 2008. "Impact of Mutual Health Organizations : Evidence from West Africa", *Health Policy and Planning*, 23(4), 264-276.
- Defourny, J. and J. Failon. 2011. « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques », *Mondes en développement*, 39(1), 7-26.
- Destremau, B. and B. Lautier. 2006. *Analyse et comparaison des systèmes de protection sociale du monde en développement, éléments de typologie et de méthode*, Réseau Impact.
- Diop, F. and A. Ba. 2010. *Mutual Health Insurance, Scaling-up and the Expansion of Health Insurance in Africa*, USAID/Abt Associates, Health Systems 20/20.
- Dror, D. 2001. "Health Insurance and Reinsurance at Community Level", In D.M. Dror and A.S. Preker (eds), *Social Re-insurance : A New Approach*

- to *Sustaining Community Health Financing*, Geneva : International Labor Office ; Washington, DC : World Bank.
- Dussault, G., P. Fournier and A. Letourmy. 2006. *L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Washington, DC : World bank, World bank publications.
- Faye, C. 2010. *Revue de la protection sociale dans quelques pays de l'Afrique de l'Ouest*, UNDP, Union européenne.
- Gouvernement du Sénégal. 2006. *Document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté : 2006-2010*. Dakar. <http://www.gouv.sn/>.
- Jütting, J. 2003. "Health Insurance for the Poor? Determinants of Participation in Community Based Health Insurance Schemes in Rural Senegal", *OECD Development Center Working paper*, n° 204, 1-32.
- Ministère de la Santé du Sénégal. 2004. *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal*.
- Quattara, O. and W. Soors. 2007. "Social Health Insurance in French-speaking Sub-Saharan Africa : Situation and Current Reform", in J. Holst and A. Drandrup-Lukanow, *Developing Countries' Experiences, Lessons Learnt and Recommendation*, International Labour Office, Germanu.
- Perrot, J. and E. De Roodenbeke (eds). 2005. *La contractualisation dans les systèmes de santé*, Paris, Karthala.
- Sambo, L. 2009. *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, 2009-2013 : Sénégal*, Brazzaville, Bibliothèque de l'OMS.
- Sene, M., N.D. Kane. 2008. « Cadre national de concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé », in : Forum Kurukan Fugan (ed.), *Guide des initiatives santé*, Dakar.
- Sery, J.P., A. Letourmy. 2006. « Couverture du risque maladie en Afrique francophone : état des lieux, défis et perspectives », in G. Dussault, P. Fournier, A. Letourmy, *L'Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Washington D.C., Banque Mondiale.
- Stillwaggon, E. 2006. *AIDS and the Ecology of Poverty*, Oxford, Oxford University Press.
- Thiam, B. 2009. *Study on Extending Social Protection in Senegal*, Geneva, International Social Security Association.
- USAID. 2010. *Atelier national de concertation sur la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie au Sénégal, Rapport de synthèse des travaux*, Mbour, Abt, USAID, Ministère de la santé et de la prévention, Africare, Groupe ISSA, HKI.
- Villane, C. and M. Faye. 2008. « Les mutuelles de santé, un outil d'extension de la couverture du risque maladie au Sénégal », in : Forum Kurukan Fugan (ed.), *Guide des initiatives santé*, Dakar.
- Waelkens, M.P. and B. Criel. 2004. « Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche », Washington D.C., Banque Mondiale, *Health, Nutrition, and Population Family Discussion Paper*.
- Wang, H., K. Switlick and C. Ortiz. 2010. *Manuel sur l'assurance maladie : comment l'opérationnaliser*, Edition française, Bethesda, Maryland : Abt Associates Inc., Projet Health Systems 20/20.
- World Bank. n.d. *Rwanda : A Country Status Report on Health and Poverty*, The Rwanda Ministry of Health and World Bank Africa Region Human Development.