

Les mutuelles de santé subventionnées comme instruments de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal

Rencontre des Etudes Africaines en France (REAF) – Marseille - Juillet 2018
Panel « Les chantiers de la santé en Afrique : répétition de scénarios déjà vus ou véritables dynamiques nouvelles ? » (C. Baxerres et K. Sams)

Céline DEVILLE, Fabienne FECHER, Marc PONCELET

Université de Liège (Belgique)

celine.deville@uliege.be

Introduction

En septembre 2013, le Président sénégalais Macky Sall a lancé le programme de Couverture Maladie Universelle (CMU), qui « repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion » (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013 : 9). Conformément aux recommandations de l'OMS en faveur de la mutualisation du risque et du prépaiement (WHO, 2010), la stratégie de CMU repose – parallèlement aux politiques d'exemption ciblées¹ et aux mécanismes traditionnels de protection sociale du secteur formel² – sur le développement des mutuelles de santé à base communautaire pour la prise en charge des acteurs des secteurs informel et rural. Entre 2012 et 2017, le Sénégal est passé d'une couverture de 20% à 47% de la population, tous mécanismes confondus (dont la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans instituée en 2014).

Des moyens humains et financiers considérables ont été mis en place afin de soutenir la création et le développement des mutuelles de santé sur l'ensemble du territoire national, selon la logique « d'une mutuelle de santé par collectivité locale », ainsi que l'adhésion de la population à travers une subvention de la cotisation. Depuis 2015, le Sénégal dispose en effet d'une Agence de la CMU, qui compte plus de 200 agents. Son budget, en constante augmentation, était de 20 milliards de FCFA en 2016, dont 3 milliards issus des partenaires au développement. Les besoins de l'agence ayant cependant été estimés à 60 milliards pour l'année 2016, un prêt concessionnel de plus de 40 milliards de FCFA fut accordé par le Japon.

L'appui aux mutuelles de santé par l'Etat sénégalais n'est pas neuf : la première cellule d'appui aux mutuelles de santé fut créée en 1998 au sein du ministère de la Santé et un Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal fut élaboré en 2004 (Ministère de la Santé, 2004). Le programme de CMU s'inspire également fortement de la Stratégie d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais de 2008 (Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, 2008). Cette contribution vise à répondre à la question suivante : l'appui aux mutuelles de santé dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle est-il une « répétition de scénarios déjà vus » ou constitue-t-il, au contraire, une « véritable dynamique nouvelle » ? Notre analyse repose sur une revue documentaire ainsi que des entretiens semi-directifs réalisés entre 2016 et 2018 auprès de différentes parties prenantes au niveau stratégique (national) et opérationnel (dans la région de Kaolack) (encadré 1). L'analyse se nourrit

¹ A savoir la gratuité de la césarienne, la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, le Plan Sésame (gratuité des soins pour les personnes âgées de 60 ans et plus, ainsi que la gratuité de la dialyse).

² Les agents de l'Etat sont partiellement couverts par l'Etat via l'imputation budgétaire, les retraités par l'IPRES tandis que les salariés du secteur privé sont pris en charge à travers les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM).

également d'observations non-participantes et de conversations informelles, ainsi que des données quantitatives disponibles, récoltées lors de nos recherches de terrain.

Encadré 1 : Typologie et nombre d'acteurs interviewés

Agents ACMU et Ministère de la Santé (20)
Responsables mutualistes (12)
Partenaires techniques et financiers (9)
Responsables sanitaires et prestataires de soins (12)
Bénéficiaires Bourse de Sécurité Familiale (18)
Autres (8)

Le choix des mutuelles de santé communautaires comme instruments de la CMU

Une répétition de scénarios déjà vus ?

Dans la littérature, on distingue généralement trois phases du développement des mutuelles de santé au Sénégal : une phase de naissance (avant 1994), voyant notamment la création de la mutuelle de Fandène (région de Thiès), reconnue comme la première mutuelle de santé à base communautaire du Sénégal et toujours active à l'heure actuelle (Gollock, Haddad, & Fournier, 2015) ; une phase de diffusion (1994-1998) des expériences mutualistes, principalement dans la région de Dakar et le centre du Sénégal ; et enfin, une phase d'engagement à partir de 1998, qui se traduit par une multiplication progressive du nombre de mutuelles de santé, mais surtout par l'engagement progressif de l'Etat et d'une multitude d'acteurs (multi- ou bilatéraux, ONG internationales et nationales, etc.) dans l'appui à ces organisations mutualistes (Ministère de la Santé, 2004).

C'est en effet en 1998 que fut créée la Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé, aux IPM et aux Comités de Santé (CAMICS) au sein du ministère de la Santé. En 2003, la loi 2003-14 relative aux mutuelles de santé définit un cadre juridique pour ces dernières et, en 2004, le Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé fut élaboré, en vue d'« améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé » (Ministère de la Santé, 2004 : 31). Il est suivi, en 2008, de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais, qui promeut l'amélioration et l'extension des initiatives de gratuité, la réforme de l'assurance maladie obligatoire ainsi que le développement des mutuelles de santé, notamment à travers des « régimes spéciaux » tels des mutuelles socio-professionnelles. Parmi ces régimes spéciaux figure également le « projet de Démonstration de l'extension de l'assurance maladie sur la base des mutuelles de santé dans le contexte de la décentralisation » (mieux connu sous son acronyme DECAM), porté par Abt Associates dans la cadre du programme santé de l'USAID. En 2013, lors de l'élaboration du Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle 2013-2017, le DECAM (devenu « Décentralisation de l'Assurance Maladie ») devient la stratégie centrale du programme de CMU, à travers son slogan « une collectivité locale, une mutuelle de santé au moins ». L'amélioration et l'extension des initiatives de gratuité ainsi que la réforme de l'assurance maladie obligatoire seront également réaffirmées comme axes d'intervention pour atteindre la CMU.

Comment expliquer ce choix ? L'approche par les « coalitions de cause »

La Couverture Maladie Universelle, et en particulier sa composante d'appui aux mutuelles de santé, se situe donc dans une continuité claire par rapport aux stratégies précédemment élaborées. Comment expliquer cette continuité ou « répétition de scénarios déjà vus » ? Une

première explication peut être fournie par le terme de « dépendance au sentier » (*path dependency*) qui suppose que « les choix passés mettent en place des structures et des routines qui, en s’institutionnalisant, contraignent la marge de manœuvre des acteurs politiques dans le présent » (De Maillard & Kübler, 2009). Cependant, au-delà d’une approche par les institutions, il semble qu’une approche des politiques publiques par les idées soit plus à même d’expliquer cette continuité, à travers le concept de coalition de cause (*advocacy coalition*) :

« Il s’agit d’acteurs collectifs poursuivant un but précis : faire en sorte que les activités étatiques déployées dans un sous-système de politique publique obéissent aux principes, objectifs et instruments véhiculés par le système de croyance qui leur est propre. Ces coalitions se composent normalement d’acteurs venant d’horizons variés, tant issus du secteur public que privé. Ce qui les unit est le fait de partager un même système de croyance et de se coordonner mutuellement dans le but de promouvoir ce dernier » (De Maillard & Kübler, 2009).

Il semble en effet qu’une « coalition de cause » importante se soit formée autour de la mutuelle de santé à base communautaire au Sénégal. Elle rassemble différents acteurs parmi lesquels une « communauté épistémique »³ d’experts de la mutualité, nationaux et internationaux, dont l’appartenance ou le rôle a pu évoluer au fil du temps (agents de l’Etat, agents de la coopération, notamment d’Abt Associates, consultants externes, chercheurs, etc.) ainsi que les représentants des structures mutualistes du pays (fédérations, unions régionales) et de leurs structures d’appui. De nombreux acteurs de cette coalition ont été impliqués dans la réflexion et l’élaboration de chacun des documents stratégiques cités ci-dessous.

« C’est que la stratégie d’extension de la couverture du risque maladie était quasiment une réflexion de l’USAID à travers Abt, qui est l’agence d’exécution. Maintenant, cette réflexion-là a été menée avec l’ensemble des acteurs. [...] A l’époque, c’est l’actuel conseiller en protection sociale au niveau de Abt qui était le coordonnateur de l’Unité Assurance maladie dont je vous fais allusion au niveau de la CAFSP. Il est au niveau de Abt présentement. Alors que c’est lui, à l’époque, qui était le coordonnateur, le responsable de cette unité-là. Et, on travaillait en étroite collaboration avec l’USAID parce qu’il fallait mettre en place la stratégie » [Agent CMU, 02/03/2016].

A travers ces documents s’est construit un discours présentant la mutualité comme étant « la » solution la plus appropriée au développement d’une couverture contre le risque maladie des acteurs des secteurs informel et rural. Le Plan de Développement des Mutuelles de Santé de 2004 souligne par exemple « la force des mutuelles de santé et leur acceptabilité sociale » et considère que celles-ci « constituent une alternative crédible comme système de financement décentralisé de la santé » (Ministère de la Santé, 2004 : 25-31). Plus récemment, le projet DECAM et puis la stratégie de développement de la CMU partent du postulat selon lequel les mutuelles de santé communautaires « sont, à l’état actuel du niveau de couverture et de l’ampleur des secteurs informels et ruraux dans le pays, les seules à disposer de potentiels pour couvrir la majorité de la population sénégalaise » (Ministère de la Santé et de l’Action Sociale, 2013 : 19).

Présentées comme « la » solution la plus crédible ou appropriée, les mutuelles de santé communautaires ne sont pas comparées en tant que telles à d’autres stratégies qui auraient pu être ou sont mises en œuvre dans le cadre de la CMU, telles que les initiatives de gratuité, qui couvrent aujourd’hui (avec de plus ou moins grandes difficultés de mise en œuvre) une grande proportion de la population. Les mutuelles socio-professionnelles ont quant à elles été progressivement oubliées. Enfin, la « coalition de cause » en faveur des mutuelles de santé apparaît d’autant mieux dans le conflit qui a opposé les partisans de l’approche DECAM à une

³ Haas définit la communauté épistémique comme « un réseau de professionnels ayant une expertise et une compétence reconnue dans un domaine particulier et une revendication d’autorité en ce qui concerne les connaissances utiles pour les politiques dans ce domaine » (Haas, 1992).

approche alternative développée par la coopération bilatérale belgo-sénégalaise dans les départements de Kounghoul et de Foundiougne dès 2013 : les Unités Départementales d'Assurance maladie (UDAM). En promouvant un modèle d'assurance maladie à plus grande échelle et professionnalisé – de par la délégation des pouvoirs du Conseil d'administration à une équipe dirigeante –, ce projet a suscité de nombreuses tensions et des résistances, y compris au sein de l'Agence de la CMU, du fait qu'il remet en cause certains principes à la base du DECAM, notamment la gestion communautaire :

« Une gestion déléguée, une gestion où on n'aurait plus la participation des communautés. Et là, nous, on va se défendre, on ne sera pas d'accord, parce que ce sera... Enfin, ça, c'est autre chose qu'une mutuelle ! » [Responsable mutualiste, 07/04/2016].

Les acteurs de cette coalition de cause et les documents qu'ils ont élaborés, ne présentent cependant pas une vision idéalisée de la mutualité. Ils en reconnaissent les faiblesses, telles que la faible attractivité des paquets de prestation, la faible capacité contributive des ménages ou les problèmes de gouvernance et l'absence de professionnalisation dans la gestion. Face à ces défis, l'argumentaire qui est développé est le suivant :

« Le faible développement des mutuelles de santé dans le pays est lié en partie à la faible implication des parties prenantes clés dans la mise en place des mutuelles. [...] Le faible appui de l'Etat central et des collectivités locales aux mutuelles communautaires n'a pas permis jusqu'ici de transformer les mutuelles de santé en relais dans l'extension de la couverture du risque maladie. Le faible appui des pouvoirs publics et la modicité des montants de cotisation ont contraint la plupart des mutuelles à offrir des paquets de prestations pas attractives à leurs adhérents » (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013 : 29).

Ainsi, la CMU, et plus particulièrement la stratégie DECAM, repose sur « la mise en place d'un partenariat effectif entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat pour impulser les progrès vers la couverture maladie universelle » (Abt Associates, n.d. : 2). Ce partenariat se concrétise principalement par l'extension et l'harmonisation des paquets de services offerts par la mutuelle de santé, ainsi qu'une politique de subvention étatique des cotisations à hauteur de 50% (soit 3500 FCFA à charge du bénéficiaire, et 3500 à charge de l'Etat) et de 100% pour les personnes identifiées comme indigentes (ménages bénéficiaires du programme de Bourse de Sécurité Familiale et titulaires de la Carte d'Egalité des Chances).

Tableau 1 : Description des caractéristiques du modèle de mutuelle dans le projet Décentralisation de l'Assurance Maladie (DECAM) Sénégal

N°	Caractéristiques	Description des caractéristiques
01	Unité d'enrôlement	Adhésion familiale/groupe et ou individuelle
02	Montant de la cotisation et de subvention par l'état ou un tiers-payant	3 500 FCA par bénéficiaire et l'état subventionne les 50 % (3 500 FCFA) restant pour chaque bénéficiaire ayant la capacité contributive et 9 000 FCFA intégrant le ticket modérateur pour les ménages pauvres
03	Modalités de co-paiement ou ticket modérateur ou reste à charge	20 % à la charge du bénéficiaire pour les prestations suivantes : les médicaments, les tests diagnostiques (laboratoire et imagerie médicale) et les hospitalisations au-delà de 10 jours ; 50 % pour les médicaments acquis dans les structures privées
04	Modalités de versement de la cotisation	Uniquement en espèces
05	Disponibilité de transport	Disponible uniquement en cas d'évacuation sanitaire
06	Contenu Panier de Soins	Panier de soins complet sans les maladies chroniques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
07	Fréquence de versement de la cotisation	Modalité de versement optionnel (Annuel, Trimestriel, Semestriel) <ul style="list-style-type: none"> • Si versement annuel et semestriel : période d'observation de 1 mois • Si versement trimestriel : période d'observation de 2 mois
08	Restriction à une formation sanitaire	Il existe une restriction dans l'accès aux formations sanitaires conventionnées par la mutuelle (situation actuelle)

Tableau 1 Source : Sagna et al. (2016) cité par Seck et al. (2017).

Cette idée de « partenariat effectif » et d'une plus grande implication de l'Etat dans l'appui (technique et financier) aux mutuelles de santé n'est pas neuve non plus, mais le programme de CMU présente cependant un changement considérable par rapport aux stratégies qui avaient été précédemment élaborées : la volonté politique affirmée et la priorité accordée à ce programme, qui était au premier plan des promesses électorales lors de la Présidentielle de 2012, ainsi que les moyens considérables qui sont mis à sa disposition. A travers la CMU, plusieurs projets et axes d'intervention parfois anciens ont été concrétisés. Ce programme a eu des conséquences importantes sur le fonctionnement des mutuelles de santé communautaires, ce qui fera l'objet de la deuxième partie de cette contribution.

Les conséquences de la CMU sur le mouvement mutualiste sénégalais

L'évolution du nombre de mutuelles de santé et de leurs adhérents

La mise en œuvre de la CMU, à travers la « Décentralisation de l'Assurance Maladie » (DECAM), a eu des conséquences fondamentales sur le mouvement mutualiste au Sénégal. Le nombre de structures a très fortement augmenté, et plus particulièrement depuis la mise en œuvre du DECAM (Figure 1). Chaque commune du pays dispose aujourd'hui d'au moins une mutuelle de santé à base communautaire. Le mouvement mutualiste a également été structuré, avec la création d'une union nationale, ainsi que des unions régionales et départementales sur l'ensemble du pays.

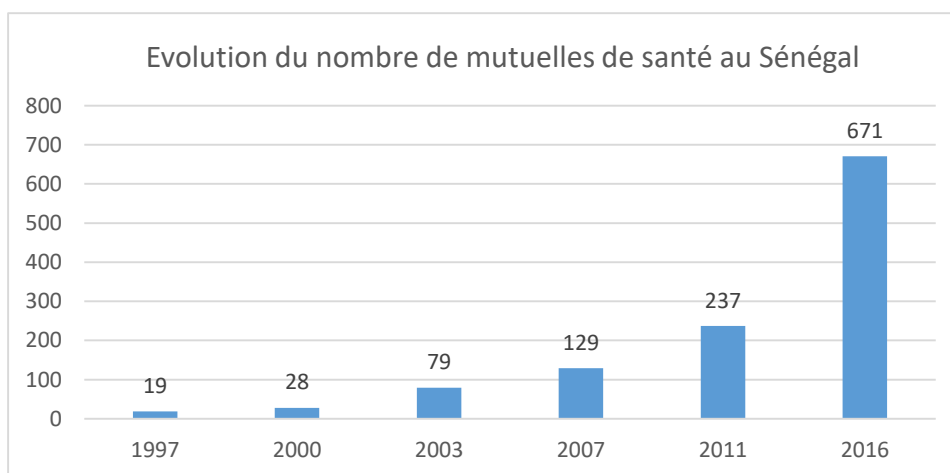


Figure 1. Evolution du nombre de mutuelles de santé au Sénégal.
Elaboré à partir de : Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé (2004), Stratégie Nationale de Développement Economique et Social 2013-2017 ; Rapport d'activités ACMU 2016.

Les mutuelles qui ont été créées après 2013 ont directement adopté les paramètres généraux définis par le programme de CMU. Pour les mutuelles préexistantes, cependant, ces paramètres (paquet de base, montant de la cotisation) ont dû être adoptés par les assemblées générales :

« Les mutuelles ne devaient pas refuser. En fait, c'est une proposition, donc une proposition qu'on devait amener à l'assemblée générale. Mais il fallait bien argumenter cette proposition à cette assemblée générale, c'est pourquoi toutes les mutuelles, avec leur assemblée générale, ont dit oui. Parce qu'on a bien argumenté, et les populations ont trouvé l'attractivité du paquet. [...] On n'a pas eu vraiment de réticences » (Responsable mutualiste, 07/04/2016).

C'est avant tout l'attractivité du paquet de soins qui encouragé les mutuelles à adopter le modèle DECAM. Si, pour une majorité des mutuelles de santé, la cotisation de 3500 FCFA représentait

une augmentation⁴, elle permettait avant tout d'inclure de nouvelles prestations, telles que le paquet complémentaire (soins hospitaliers) et les médicaments de spécialités vendus par les pharmacies privées et pris en charge à 50%⁵. Ce nouveau paquet de services, rendu attractif par la subvention partielle de l'Etat, devait en effet permettre d'augmenter considérablement la base d'adhérents aux mutuelles de santé, répondant directement au constat selon lequel « le faible taux de pénétration des mutuelles de santé s'explique par la faible attractivité des paquets de prestation offerts par les mutuelles de santé, en raison de la faiblesse des montants des cotisations et des taux de prise en charge » (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013 : 12).

Le nombre de bénéficiaires aux mutuelles de santé communautaires a en effet considérablement augmenté, passant d'une estimation de 3.79% de la population en 2007 à 16% en 2016 (Agence de la CMU, 2017). Cependant, le nombre de bénéficiaires qui cotisent volontairement à la mutualité est resté bien en deçà, comme le montre la figure ci-dessous (figure 2). En effet, à l'heure actuelle, la majorité des bénéficiaires des mutuelles de santé est constituée par les familles bénéficiaires du programme de Bourse de Sécurité Familiale (BSF)⁶ qui sont progressivement enrôlés dans les mutuelles et dont la cotisation est entièrement subventionnée par l'Etat. Il en est de même pour les détenteurs de la Carte d'Egalité des Chances⁷. Sur les 2.255.786 bénéficiaires des mutuelles de santé comptabilisés en 2016, seuls 755.654 cotisent effectivement à la mutuelle, soit 33%, alors que les bénéficiaires de la BSF représentent quant à eux près de 66% des bénéficiaires des mutuelles de santé. La proportion de la population cotisant dans les mutuelles de santé peut donc être estimée à 5,28% de la population sénégalaise, soit une augmentation faible par rapport au taux de 3,79% estimé en 2007, d'autant plus si l'on considère la multiplication des organisations mutualistes sur la même période.

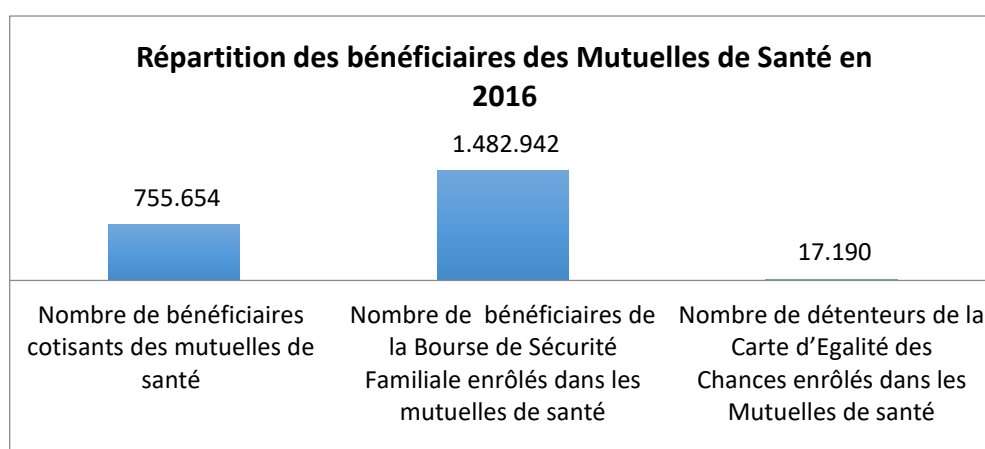


Figure 2 Répartition des bénéficiaires des Mutuelles de Santé en 2016

Source : Rapport d'activités ACMU 2016

⁴ Elles étaient, dans 58% des mutuelles de santé préexistantes, inférieures ou égales à 200 FCFA par mois, soit 2400 FCFA par personne et par an (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013) .

⁵ En effet, la majorité des mutuelles de santé ne couvrait que les petits risques, et les médicaments de spécialité étaient exclus dans 72% d'entre elles (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013).

⁶ Ce programme est un programme de transferts monétaires conditionnels mis en œuvre par la Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale, qui touche actuellement 300.000 familles sénégalaises identifiées comme vulnérables ou extrêmement pauvres. Celles-ci reçoivent une bourse de 25.000 FCFA par trimestre, soit 100.000 FCFA par an. Les membres de ces ménages sont progressivement enrôlés dans les mutuelles de santé depuis fin 2014.

⁷ Ce programme, mis en œuvre par le ministère de la Santé et de l'Action sociale, est destiné aux personnes vivant avec un handicap et vise à leur faciliter l'accès aux services sociaux, en priorité les services de santé.

Ces résultats, malgré l'adoption d'un paquet de soin élargi, questionnent les principaux facteurs qui entravent l'adhésion aux mutuelles de santé (Panda et al., 2016). Différentes études ont été menées sur cette question. Deux d'entre elles ont été réalisées en 2015 dans la région de Ziguinchor et ont notamment identifié le manque d'information, le faible niveau de revenu et la grande taille des ménages, la perception de la faible qualité des soins et l'éloignement des formations sanitaires comme déterminants de l'adhésion ou de la fidélisation dans les mutuelles de santé. Les politiques de gratuités semblent également dissuader les ménages à cotiser (Seck, Dia, Sagna, & Leye, 2017). La possibilité de paiement de la cotisation en nature, la prise en charge des maladies chroniques dans le paquet de services, la gratuité du transport, le conventionnement avec des formations sanitaires supplémentaires et la révision du ticket modérateur ont également été identifiés comme des réformes qui pourraient répondre aux préférences de la population (Sagna et al., 2016).

Ces résultats interrogent également le caractère volontaire de l'adhésion aux mutuelles de santé communautaires. Les auteurs cités ci-dessus préconisent par exemple « l'introduction d'une loi rendant obligatoire l'adhésion dans les mutuelles de santé en vue d'assurer leur pérennité », faisant référence aux « expériences réussies au Rwanda et au Ghana » (Sagna et al., 2016 : 204). Cette question de l'adhésion rendue obligatoire par la loi ne fait pas l'unanimité au Sénégal :

« Il faut être très pragmatique sur cette question. On ne peut pas obliger une vendeuse de cacahuète, quelqu'un avec qui tu n'as aucune transaction. [...] Si vous dites que c'est obligatoire, il y aura des suspensions à n'en plus finir. [...] On sera traités de régime dictatorial », ajoutant cependant que l'« on peut rendre obligatoire sans le dire » (Agent CMU, 11/09/2017).

« Bon, on doit aller vers [l'obligation], à terme. Mais dans un premier temps, il faut quand même que les structures soient beaucoup plus mises en place, que les choses soient beaucoup plus réglées. Il y a beaucoup de problèmes qu'il faut d'abord mettre en place, pour pouvoir aller vers l'obligation. Parce que de toute façon, une obligation, ça n'est jamais la meilleure des choses. Il faut amener les gens à adhérer par leur propre volonté, pas les obliger ou les forcer à faire ce qu'ils ne veulent pas. Moi, je ne suis pas d'accord souvent sur des questions d'obligation » (Responsable mutualiste, 19/09/2017).

Les récentes déclarations de l'Agence de la CMU portent à croire que l'obligation sera bien inscrite dans la loi qui devrait être présentée prochainement à l'Assemblée nationale⁸. Cependant, l'expérience ghanéenne montre que la loi ne suffit pas à rendre l'assurance maladie effectivement obligatoire (Agyepong et al., 2016; Kotoh, Aryeetey, & Van der Geest, 2017). Des mécanismes supplémentaires, tels que ceux prévus dans la Stratégie nationale de financement de la santé, devront être institués : « une obligation attachée ou couplée à des bénéfices (obtention de permis, registre de commerce, NINEA, soumission aux marchés publics, accès aux micro-crédits, distribution de semences, etc.) pour des segments de la population entretenant des relations avec l'Administration publique » (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2017 : 28).

Conséquences de la CMU sur le fonctionnement des mutuelles de santé

Les conséquences du programme de CMU, et de l'évolution du nombre d'adhérents, sur le fonctionnement et l'autonomie des mutuelles de santé à base communautaire sont multiples. Premièrement, en acceptant de se conformer aux paramètres de base du DECAM, les assemblées générales des mutuelles de santé ont renoncé à certaines de leurs prérogatives les

⁸ <http://www.agencecmu.sn/content/pérennisation-de-la-couverture-maladie-universelle-bientôt-un-projet-de-loi-au-conseil-des>, consulté le 29 juin 2018.

plus importantes, à savoir le choix du montant de la cotisation et du paquet de services offerts. Ceux-ci n'ont, à notre connaissance, pas été remis en question par les mutuelles de santé depuis l'adoption de la CMU :

« Maintenant, on ne va plus à l'assemblée générale pour parler des paramètres, ça, c'est déjà appliqué, c'est déjà harmonisé [...] L'assemblée générale pourrait remettre en cause... Ça veut dire que peut-être, on n'a pas d'assemblée générale très forte, mais l'assemblée générale pouvait remettre en cause l'harmonisation de ces paramètres. » (Responsable mutualiste, 07/04/2016).

Deuxièmement, ces mutuelles sont aujourd'hui largement tributaires des financements de l'Etat, à la fois du fait de la subvention (partielle ou totale) des cotisations, mais également de certains de leurs frais de fonctionnement. Actuellement, l'Agence de la CMU finance par exemple les agents des Unités techniques de gestion mises en place au niveau des unions départementales (deux salariés par département, financés pour deux ans) ainsi que la « motivation » des gérants des mutuelles de santé – qui ont un statut de bénévole – à hauteur de 75.000 FCFA par gérant et par mois (pour une durée d'un an). Ces nouvelles modalités d'appui se justifient par la volonté de l'Agence de professionnaliser les structures mutualistes, d'autant plus que les sommes d'argent public qu'elles sont amenées à gérer deviennent considérables.

Cette tension entre autonomie et dépendance à l'Etat, où les mutuelles de santé sont de plus en plus amenées à se comporter en « prestataires de services publics » a également été notée par Alenda, qui ajoute que « le schéma actuel du DECAM tend vers la planification des mutuelles, établissant des objectifs spécifiques, difficile à atteindre, et ne permettant plus à d'autres formes de se développer. En effet, avec la mise en place des subventions, les structures existantes ont souvent intérêt à se conformer à cette convention afin d'obtenir les agréments » (Alenda-Demoutiez, 2016 : 325). Cette forme de redevabilité et d'obligation de résultats vis-à-vis de l'Etat ressort particulièrement bien dans l'extrait d'entretien suivant :

« A présent que l'Etat nous appuie pour la mise en place de l'Unité technique, à présent que l'Etat nous accompagne pour le recrutement des gérants, techniquement et financièrement, nous, dans les mutuelles de santé, nous n'avons plus le droit de fermer une mutualité de santé pour quelque raison que ce soit ! Disant peut-être que j'ai un baptême ici, j'ai un frère qui s'est circoncis là-bas, j'ai une sœur qui va se marier là-bas... Non ! [...] On a cette obligation d'ouvrir nos mutuelles tous les jours, toutes les heures aux jours ouvrables, de 8h à midi, de 15h à 17h. Et d'accueillir les patients, et de leur servir... de leur donner le service dont ils ont besoin, parce que nous avons en charge leur santé ! Pour certains, ils ont donné leurs ressources pour cotiser à la mutuelle, pour d'autres, l'Etat a totalement cotisé, il a mis à notre disposition, alors nous devons faire face à ces obligations-là vis-à-vis de notre partenaire que représente l'Etat » (Responsable mutualiste, 14/09/2017).

Enfin, le déséquilibre entre les bénéficiaires cotisant partiellement à la mutuelle (appelés les « familles simples ») et les bénéficiaires dont la cotisation est entièrement subventionnée (bénéficiaires BSF, CEC) renforce cette dépendance financière vis-à-vis de l'Etat, d'autant plus que ces subventions (partielles comme totales) tardent à arriver dans les caisses des mutuelles de santé :

« Oui, ça pose problème ! On anticipe dans les années. Et ça, c'est depuis la mise en place de la Couverture maladie universelle. La subvention de 2013, on l'a reçue en 2014. La subvention de 2014, on l'a reçue en 2015. La subvention de 2015, on l'a reçue en 2016 » (Responsable mutualiste, 07/04/2016). *« Le principe d'une mutuelle, c'est de cotiser avant de bénéficier, mais maintenant, c'est l'inverse »* (02/12/2017).

Alors que le prépaiement fait partie des principes fondamentaux qui régissent les organisations mutualistes, la logique de paiement « *après service rendu* » (Agent CMU, 10/10/2017) et les longs délais de paiement de l'Agence de la CMU mettent les mutuelles de santé en difficulté. Celles-ci doivent, en effet, éviter la cessation de paiement auprès des prestataires conventionnés, en reposant uniquement sur les cotisations partielles des « familles simples » (et les éventuelles activités génératrices de revenus ou surplus de trésorerie). A Kaolack, la cessation de paiement a été évitée en 2017 grâce aux surplus de trésorerie amassés par l'Union régionale durant la phase pilote du DECAM, et qui ont servi de fonds de garantie ou de prêts pour l'ensemble des mutuelles de la région, en attendant les subventions de l'Etat :

« La subvention tombe toujours à la fin de l'année. [...] Ça pose problème mais l'Union régionale de Kaolack est assez bien organisée, au point d'avoir dans son fonds de garantie quelque chose comme 150 millions qui peuvent nous aider à préfinancer les choses » (Responsable mutualiste, 14/09/2017).

Cependant, le département de Kaolack, qui a une expérience mutualiste relativement longue, a bénéficié de nombreux appuis et du statut de zone pilote, est considérée comme la région la plus avancée dans la stratégie de développement des mutuelles de santé. Les stratégies et bonnes pratiques qui y ont été développées pour faire face aux difficultés de paiement ne peuvent être généralisées à l'ensemble du pays. De plus, même dans cette région, cela n'est pas sans conséquence sur le statut des bénéficiaires de la BSF eux-mêmes, généralement considérés comme des adhérents de second ordre, irresponsables et parfois victimes de stigmatisation :

« Parfois, j'avais même des médicaments, j'avais le complexe d'aller là-bas parce qu'ils me disaient : 'tu es tout le temps malade, tu es tout le temps malade'. Et moi je répondais : 'la maladie, ce n'est pas de ma faute' » (Bénéficiaire BSF, 20/09/2017)

« C'est parce que la subvention des BSF n'est pas arrivée, c'est pour ça qu'il y a tous ces hurlements. [...] Les mutuelles savent très bien qu'en réalité, les BSF ne consomment pas. [...] Le problème, c'est que la mutualité souffre. Elle prend l'argent des familles simples [pour payer les prestations des BSF] » (Responsable mutualiste, 02/12/2017).

De plus, ces retards de remboursements découragent les mutuelles de santé à prendre en charge de nouveaux bénéficiaires. En effet, seule 62% des bénéficiaires de la BSF actuellement enrôlés dans les mutuelles de santé bénéficient des prestations selon l'Agence de la CMU (2017) et, à terme, les mutuelles de santé devront prendre en charge près de 2.400.000 bénéficiaires sur le territoire national. Si, à Kaolack, les mutuelles de santé ont réussi à faire face aux factures issues des prestations offertes aux « première et deuxième » générations de bénéficiaires, la troisième génération, beaucoup plus nombreuse, est enrôlée mais les carnets d'adhérents n'ont pas été distribués, tandis que la « quatrième génération » n'est pas encore enregistrée.

Pour faire face à cet afflux de nouveaux bénéficiaires sans pour autant mettre les mutuelles de santé en faillite, de nouvelles modalités de collaboration devront être trouvées entre l'Agence et les mutuelles de santé, qui respectent la logique du prépaiement tout comme les circuits de financement de l'Etat. Une meilleure politique de fourniture des médicaments essentiels (régulièrement en rupture d'approvisionnement dans les formations sanitaires) pourrait également permettre aux mutuelles de santé d'alléger leurs charges. Les données que nous avons récoltées à Kaolack montrent en effet que, pour l'année 2016, près de la moitié du montant des remboursements – pour les familles simples comme les BSF – concerne l'achat de médicaments dans les pharmacies privées. Au-delà du coût supplémentaire que ces médicaments représentent pour les organisations mutualistes, cela représente une perte considérable pour les structures sanitaires publiques et l'amélioration de la qualité des soins qui y sont prestés.

Conclusions : entre continuité et changements

Cette contribution a tenté d'analyser le programme de la Couverture Maladie Universelle, et plus particulièrement sa composante d'assurance maladie volontaire à travers les mutuelles de santé subsidiées, à partir d'un questionnement en termes de changement ou de continuité.

Comme nous l'avons montré dans la première partie, l'appui aux mutuelles de santé est une orientation prise de longue date par le Sénégal, et cet engagement en faveur des mutuelles de santé a été favorisé par une « coalition de cause », un « groupe stratégique » (Olivier de Sardan, 1995) d'acteurs variés qui ont promu et mis en avant les mutuelles de santé comme solution principale au problème de l'accessibilité financière et de la protection contre le risque maladie des acteurs du secteur informel et rural au Sénégal. Le programme de Couverture Maladie Universelle se situe dans une continuité forte avec les orientations précédemment choisies et concrétise une grande partie des « axes d'interventions » qui avaient été imaginés plusieurs années auparavant. Ce programme se distingue par contre de par l'ampleur des moyens qui lui sont consacrés et la priorité politique qui lui est accordée. Ouattara et Ndiaye identifient à ce propos une « quatrième phase » de la mutualité au Sénégal à partir de 2012 (2017 : 46). Les besoins de financement, en constante augmentation, soulèvent cependant des questions de pérennité (Agence de la CMU, 2017; Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2017).

La mise en œuvre de la CMU, à travers le DECAM, a considérablement modifié l'ampleur et le fonctionnement du mouvement mutualiste au Sénégal. Le faible taux d'adhésion de la population reste cependant un défi de taille à l'heure actuelle, et ce malgré un paquet de service conçu pour être attrayant et de nombreuses campagnes de sensibilisation et de promotion. Alors que les populations pauvres et indigentes se retrouvaient généralement exclues des organisations mutualistes (Jütting, 2004), elle représentent aujourd'hui une majorité de leurs bénéficiaires, leur cotisation étant entièrement subsidiée par l'Etat. Avec la CMU, les mutuelles de santé font donc face à de nouveaux défis et voient leur rôle se transformer, à la recherche d'un équilibre entre autonomie, représentation communautaire, professionnalisation et prestation de services publics. Les acteurs mutualistes sont en tout cas déterminés à garder leur rôle central comme instruments de la couverture universelle, tandis que certains analystes y voient une « solution transitoire » (Boidin, 2015; Carrin, James, & Evans, 2006) : « *En tout cas, on est toujours dans cette défense et dans ce combat. [...] Il faut qu'on prouve, il faut qu'on prouve pourquoi l'Etat a choisi les mutuelles de santé à base communautaire* » (Responsable mutualiste, 07/04/2016).

Bibliographie

- Abt Associates. (n.d.). Projet DECAM : Synthèse des études de faisabilité des réseaux départementaux des mutuelles de santé. USAID Programme santé, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, République du Sénégal.
- Agence de la CMU. (2017, mars). Mise en oeuvre de la couverture maladie universelle: rapport d'activités de l'année 2016. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, République du Sénégal.
- Agyepong, I. A., Abankwah, D. N. Y., Abroso, A., Chun, C., Dodoo, J. N. O., Lee, S., ... Asenso-Boadi, F. (2016). The "Universal" in UHC and Ghana's National Health Insurance Scheme: policy and implementation challenges and dilemmas of a lower middle income country. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1758-y>
- Alenda-Demoutiez, J. (2016, mai 17). *Les mutuelles de santé dans l'extension de la Couverture Maladie au Sénégal. Une lecture par les conventions et l'économie sociale et solidaire*. Université de Lille, Lille.

- Boidin, B. (2015). L'extension de la couverture maladie par les mutuelles communautaires en Afrique : mythes et réalités. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 108(1), 63-69. <https://doi.org/10.1007/s13149-014-0364-7>
- Carrin, G., James, C., & Evans, D. (2006). Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement. In G. Dussault, P. Fournier, & A. Letourmy, *L'Assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté* (p. 149-161). Washington D.C.: The World Bank.
- Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat. (2008). Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais. USAID, Ministère de la Santé et de la Prévention, République du Sénégal.
- De Maillard, J., & Kübler, D. (2009). *Analyser les politiques publiques*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Gollock, A., Haddad, S., & Fournier, P. (2015). Fondements de la résilience et de la pérennité de la mutuelle de santé de Fandène, Sénégal. *African Health Monitor*, 20, 51-57.
- Haas, P. M. (1992). Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. *International Organization*, 46(1.). Consulté à l'adresse <http://www.jstor.org/stable/2706951>
- Jütting, J. P. (2004). Do Community-based Health Insurance Schemes Improve Poor People's Access to Health Care? Evidence From Rural Senegal. *World Development*, 32(2), 273-288. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.10.001>
- Kotoh, A. M., Aryeetey, G. C., & Van der Geest, S. (2017). Factors That Influence Enrolment and Retention in Ghana's National Health Insurance Scheme. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(5), 443-454. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.117>
- Ministère de la Santé. (2004, juillet). Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal. République du Sénégal.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2013). Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017. République du Sénégal.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2017). Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour tendre vers la couverture sanitaire universelle.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). *Anthropologie et Développement. Essai en socio-anthropologie du changement social* (Karthala). Paris.
- Ouattara, O., & Ndiaye, P. (2017). *Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle au Mali et au Sénégal*. Coordination MASMUT zone UEMOA.
- Panda, P., H Dror, I., Micro Insurance Academy, Perez Koehlmoos, T., Uniformed Services University of the Health Sciences, Hossain, S. A. S., ... Micro Insurance Academy. (2016). *Factors affecting uptake of voluntary and community-based health insurance schemes in low- and middle-income countries*. International Initiative for Impact Evaluation (3ie). <https://doi.org/10.23846/SR41009>
- Sagna, O., Seck, I., Dia, A. T., Sall, F. L., Diouf, S., Mendy, J., ... Kassoka, B. (2016). Étude de la préférence des usagers sur les stratégies de développement de la couverture sanitaire universelle à travers les mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor au sud-ouest du Sénégal. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 109(3), 195-206. <https://doi.org/10.1007/s13149-016-0508-z>
- Seck, I., Dia, A. T., Sagna, O., & Leye, M. M. (2017). Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal). *Santé Publique*, 29(1), 105-114.
- WHO (Éd.). (2010). *Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.