

## SIGLES

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>A.G :</b>     | Assemblée Générale   |
| <b>APS :</b>     | Association pour la Promotion de la Santé                  |
| <b>BIT :</b>     | Bureau International du Travail                            |
| <b>COCC :</b>    | Code des Obligations Civiles et Commerciales               |
| <b>CSS :</b>     | Caisse de Sécurité Sociale                                 |
| <b>DUDH :</b>    | Déclaration Universelle des Droits de l'Homme              |
| <b>FCS :</b>     | Financement Communautaire de la Santé                      |
| <b>FMI :</b>     | Fonds Monétaire International                              |
| <b>GRAIM :</b>   | Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes |
| <b>HP :</b>      | Hôpital Principal  |
| <b>IPM :</b>     | Institut de Prévoyance Maladie                             |
| <b>IPM-CSS :</b> | Institut de Prévoyance Maladie du personnel de la CSS      |
| <b>OMS :</b>     | Organisation Mondiale de la Santé                          |
| <b>PAS :</b>     | Politique d'Ajustement Structurel                          |
| <b>PHR :</b>     | Partenariat for Health Reform                              |
| <b>PNDS :</b>    | Plan National de Développement Sanitaire                   |
| <b>RMO :</b>     | Référence Maladie opposable                                |
| <b>SAM :</b>     | Système d'Assurance Maladie                                |

# SOMMAIRE

**DEDICACE II**

**REMERCIEMENTS III**

**SIGLES IV**

**SOMMAIRE V**

**INTRODUCTION GENERALE 1**

**PREMIERE PARTIE : LES MECANISMES INSTITUTIONNELS DE FINANCEMENT ALTERNATIF DE LA SANTE : UN PALLIATIF A L'INCAPACITE DE L'ETAT A ASSURER LA TOTALITE DU FINANCEMENT DE LA SANTE 10**

**CHAPITRE 1 : L'INEFFECTIVITE RELATIVE DU DROIT A LA SANTE 12**

SECTION 1 : L'ACCESSIBILITE LIMITEE DES MECANISMES INSTITUTIONNELS DE FINANCEMENT ALTERNATIF DE LA SANTE ..... 12

SECTION 2 : UNE INSUFFISANCE DES PRESTATIONS ..... 16

**CHAPITRE 2 : UNE VIABILITE COMPROMISE 21**

SECTION 1 : L'ABSENCE DE COLLABORATION ENTRE INSTITUTIONS ..... 21

SECTION 2 : LE RISQUE DE DESEQUILIBRE ENTRE COTISATIONS ET PRESTATIONS..... 24

**DEUXIEME PARTIE : POUR UNE SOLUTION AU PROBLEME DU FINANCEMENT DE LA SANTE 28**

**CHAPITRE 1 : L'OPTIMISATION DES MECANISMES INSTITUTIONNELS DE FINANCEMENT ALTERNATIF DE LA SANTE 30**

SECTION 1 : LA NECESSITE D'UNE PLUS GRANDE ACCESSIBILITE AVEC DES SOINS DE QUALITE ..... 30

SECTION 2 : LA NECESSITE D'UNE BONNE GESTION ..... 34

**CHAPITRE 2 : LA MISE EN PLACE DE MECANISMES DE SOLIDARITE ENTRE PARTICIPANTS AU FINANCEMENT DE LA SANTE 40**

SECTION 1 : LA NECESSITE DE MECANISMES DE COMPENSATION ..... 40

SECTION 2 : LA NECESSITE D'UN APPUI DES COLLECTIVITES LOCALES ET DES PARTENAIRES ETRANGERS..... 44

**CONCLUSION 48**

**BIBLIOGRAPHIE 50**

## **INTRODUCTION GENERALE**

### **I- DEFINITION DES TERMES DU SUJET**

#### ***A- Les mécanismes institutionnels***

Il s'agit en l'espèce des I.P.M, des comités de santé et des mutuelles de santé dont la création répond au souci d'une réorganisation du système de financement de la santé, dans l'optique d'une plus grande opérationnalité et l'optimisation de la participation communautaire.

#### ***B- Le financement alternatif***

En Afrique comme partout ailleurs, l'Etat s'est toujours essayé à un financement de la santé. Mais l'accroissement incessant des dépenses sanitaires fait qu'aujourd'hui, l'Etat ne parvient plus à assurer la totalité du financement de la santé. Le financement alternatif de la santé est donc le financement additif qui sert de complément aux efforts de l'Etat dans la facilitation de l'accès aux soins.

#### ***C- La santé***

Toute définition qui réduit la notion de santé à l'activité de la médecine pècherait par minimalisme ; dans le cadre de cette étude, il convient de définir la santé de manière plus englobante. Aussi, la notion de santé qui nous intéresse recouvre-t-elle en plus de l'activité médicale l'environnement, la réglementation et le financement.

#### ***D- L'Institution de prévoyance maladie (I.P.M)***

C'est un mécanisme institutionnel de financement de la santé propre aux entreprises et visant à assurer la prise en charge ou le remboursement partiel des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, les analyses médicales et hospitalisations engagées par les participants dans les conditions fixées par la loi n°75-50 du 03 Août 1975, ainsi que leurs statuts et leur règlement intérieur.

Les contributions des membres se présentent sous la forme de cotisations qui sont fixées par la loi et recouvrées par voie d'autorité après accord de l'autorité de tutelle (art. 129 code de travail).

Aux termes de l'article 11 al 1 du décret n°75-895 du 14 Août 1975 portant organisation des institutions de prévoyance maladie : « les cotisations des membres participants sont mensuels et calculées en fonction de leurs salaires bruts tels qu'ils sont définis pour l'assiette de l'impôt général sur le revenu dans la limite d'un plafond mensuel fixé conformément à l'alinéa 3 de l'article 28 dudit décret ».

Dans l'al 2 du même art on retient que les cotisations du ou des membres adhérents de l'institution sont au moins égales, par entreprise, au montant total des cotisations des membres participants.

Elles sont réglées mensuellement à l'institution en même temps que lui sont reversées les cotisations précomptées sur les salaires brut des membres participants, conformément au premier alinéa du présent article. On compte au Sénégal 150 I.P.M.<sup>1</sup>

### ***E- Les mutuelles de santé***

Selon le guide pratique des mutuelles de santé en Afrique<sup>2</sup>, « une mutuelle pourrait être définie comme un système d'assurance volontaire, à but non-lucratif, élaboré sur la base d'une éthique d'aide mutuelle, de solidarité et de prise en charge collective des risques sanitaires et dont les membres participent effectivement à la gestion et au fonctionnement. Dans sa forme d'assurance maladie »...« L'implication de cette définition est qu'une mutuelle applique des

---

<sup>1</sup> Les pages jaunes du Sénégal, Edition 2003 p262

<sup>2</sup> Mutuelles de santé en Afrique : guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants. ANMC – WSM/Bit-ACOPAM, Dakar 1997, p. 11.

cotisations ou primes dont les taux sont fixés sur une base communautaire et non individuelle. »

Cinq critères doivent donc être retenus :

- association volontaire,
- à but non lucratif,
- qui met en œuvre la solidarité,
- qui est gérée par ses membres,
- et qui pratique une activité de prévoyance et d'assurance maladie.

Le mouvement mutualiste au Sénégal date d'une quinzaine d'année, mais les premières initiatives sont restées isolées pendant longtemps.

L'engagement politique de ces dernières années a favorisé leur développement.

Dès le départ, les mutuelles qui se sont mises en place étaient de véritables mutuelles de santé : leur objet initial et principal était la couverture du risque lié à la santé, selon les principes de prévoyance et d'assurance. Dans les autres pays on constate souvent une confusion des risques (maladie, naissance, etc.) et des modes de prise en charge (assurance, épargne, prêt, etc.)

Au Sénégal, le mouvement mutualiste est essentiellement parti de l'initiative du Diocèse de Thiès avec l'appui de l'Hôpital Saint Jean de Dieu. Le Diocèse a été à l'origine de la première mutuelle de santé : la mutuelle de Fandène en 1989. Pendant longtemps cette organisation a fait figure d'exemple et d'autres mutuelles environ une dizaine, se sont progressivement mises en place sur le même modèle.

Aujourd'hui, l'Eglise n'est plus le seul promoteur des mutuelles de santé dans la région.

Les mutuelles d'obédience catholique se regroupent dans la coordination diocésaine des mutuelles de santé de Thiès. Parallèlement un autre collectif s'est

mis en place : la coordination régionale des mutuelles de santé à Thiès, ouverte à toutes les mutuelles quelle que soit leur appartenance religieuse.

Malgré quelques difficultés d'ordre politique, ces coordinations ont le mérite d'exister et mènent des actions de sensibilisation et d'information. Elles représentent désormais des interlocuteurs incontournables dans la région.

Depuis quelques années, le mouvement mutualiste au Sénégal bénéficie d'appui important au niveau national et international. Le programme conjoint BIT-ACOPAM/WSM-ANMC, dont le siège est à Dakar, mène des actions de promotion et de formation dans le domaine des mutuelles de santé dans quatre pays de la sous région (Sénégal, Mali, Burkina, Bénin).

Plusieurs ateliers de formation ont déjà été organisés dans différentes régions du Sénégal.

Au niveau du Ministère de la santé, un projet d'appui aux mutuelles de santé a été mis en place le 11 Septembre 1997.

Malgré quelques retards pris dans l'adoption de ce programme, le Ministère entend s'investir pleinement dans la promotion et la formation en matière de mutuelles de santé.

D'autres partenaires soutiennent les mutuelles de santé, il s'agit notamment de la mutualité française qui s'est engagée dans le développement de la mutualité à Rufisque.

Au début on a pensé qu'une mise sur pied d'un cadre juridique allait décourager les initiatives. Mais de nos jours, il existe une loi encadrant juridiquement l'activité des mutuelles de santé. Cette loi devrait être complétée par un décret d'application.

### *F- Les Comités de santé*

C'est un système ayant pour méthode la centralisation des recettes provenant des ménages grâce à la stratégie de l'Initiative de Bamako.

Les comités de santé ont été expérimentés pour la première fois à Pikine<sup>3</sup>. Tout a commencé en 1975 avec le projet belgo-sénégalais qui cherchait à étendre les services sanitaires publics et favoriser l'accès des populations à ceux-ci. Cette phase test a abouti à la définition en 1978 à Alma ata de la stratégie de soins de santé primaires (SSP).

Le poste de Médina Gounasse a vu la création en 1975 du premier comité de santé élu par une assemblée de notables des quartiers avoisinants. A partir de 1978, on associait au projet des postes de soins antérieurs. En 1980, l'association pour la promotion de la santé (APS) qui coordonne l'ensemble des comités reçoit sa reconnaissance des autorités de l'Etat sous la forme d'un décret publié au journal officiel.

Pour rappel, les comités de santé étaient à leur début des démembrements des structures décentralisées (Conseil rural et municipal) ; leur institutionnalisation leur a permis d'avoir une autonomie de gestion vis-à-vis du trésor public.

Au reste, les comités de santé sont régis par la loi n°92-07 du 15 Janvier 1992 portant modification du code des obligations civiles et commerciales (C.O.C.C). Leur organisation est faite par le décret n°92-118/MSPAS du 17 Janvier 1992.

Il ressort de l'article 12 dudit décret que le comité de santé a pour but :

- la promotion de la santé des individus, des familles et des communautés.
- la mobilisation des collectivités locales pour le développement sanitaire.
- l'amélioration des prestations de service de santé pour mieux répondre aux besoins des populations.

---

<sup>3</sup> Banlieue de la capitale sénégalaise

## II- PROBLEMATIQUE

Le financement de la santé, des prestations médicales en particulier préoccupe l'ensemble des acteurs de la santé. Après les indépendances, le financement de la santé par l'Etat était un mécanisme collectif de partage des risques liés à la maladie à l'échelle nationale. En effet, la quasi-totalité des pays africains adoptèrent la politique de l'Etat providence pour tous les secteurs de l'économie. Cette vision de la gestion des affaires héritée de la colonisation se concevait dans le contexte de l'opulence relative suite à la liberté récemment acquise.

L'environnement socio-économique va radicalement changer dix ans plus tard. Ainsi, dans le Sahel, on vit les difficultés de la première grande sécheresse dans les pays dont l'essentiel de l'économie repose sur l'agriculture. Le premier choc pétrolier de 1973, la détérioration des termes de l'échange, le démantèlement insidieux des deux blocs Est-Ouest généralisent la crise au niveau mondial. La crise fiscale que vivent les pays africains est traduite aux points de prestation de soins par la stagnation et parfois la réduction des ressources publiques allouées pour supporter le fonctionnement des services de santé. Les bailleurs de fonds réorientent l'aide vers les pays de l'ex-bloc communiste et doutent des capacités des pays en développement à honorer leur dette ; ils imposent alors des Plans d'Ajustement Structure (P.A.S) et le Fonds Monétaire International (F.M.I).

Ces P.A.S sont perçus par l'O.M.S comme une opportunité donc un environnement favorable pour introduire systématique le paiement par les usagers. L'O.M.S propose des solutions à travers la mise en place des soins de santé primaires et bien plus tard l'Initiative de Bamako : un ensemble de stratégies qui atténuent les difficultés des populations sans les faire disparaître. Les ménages sont donc invités à participer à l'effort de santé par le mécanisme de recouvrement des coûts qui atteint très rapidement 65% des dépenses de santé.



Les insuffisances des points de prestation de soins se sont répercutées sur les ménages à travers les ordonnances entraînant l'accroissement de la part des ménages dans les dépenses de santé.

Dans les pays de la zone franc, la dévaluation du Franc CFA vient aggraver la situation. Il y a un renchérissement du panier de la ménagère de l'ordre de 30% sans augmentation proportionnelle des revenus.

L'état se desserre dans les années 90 avec l'apparition de la notion de développement humain et la prise en compte des aspects sociaux du développement. Au Sénégal, la politique de développement des ressources humaines soutient les secteurs de l'éducation et de la santé. Plusieurs réformes sont introduites dans le secteur pour soutenir et renforcer les S.S.P notamment par la décentralisation dont le processus dure depuis longtemps.

Malgré l'existence de plusieurs sources (l'Etat, les bailleurs de fonds, les associations communautaires, les ménages, l'assurance maladie obligatoire et même les mutuelles) les besoins de financement pour les dépenses de santé, persistent.

Le certificat d'indigence conçu pour garantir l'équité verticale des soins ne présente aucune valeur aux yeux des prestataires de soins de santé. L'ampleur de l'exclusion des pauvres amène l'autorité à voter une loi faisant obligation d'assistance devant urgence. Mais le problème de la couverture sanitaire n'est pas résolu. D'où l'intérêt d'une étude sur le financement alternatif de la santé.

En effet, cette étude a pour objectif d'évaluer la capacité des I.P.M., comités de santé et mutuelles de santé à résoudre le problème de la couverture des dépenses sanitaires en tentant de répondre aux questions suivantes.

- Quelle évaluation faire de la contribution actuelle des I.P.M, des comités de santé et des mutuelles de santé au développement et notamment au financement du secteur de la santé au Sénégal ?

- Quelles mesures préconiser pour une solution au problème du financement de la santé ?

### **III- METHODOLOGIE**

L'objectif de l'étude étant d'évaluer la participation des mécanismes institutionnels de financement alternatif à l'accès aux soins de santé, nous nous sommes, pour mieux cerner le sujet, inspiré de la méthode posée par tanahashi<sup>4</sup> pour évaluer les mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé.

Nous avons également interrogé quelques gérants d'IPM de comités et de mutuelles de santé.

Nous avons en outre recouru à la littérature et aux textes intéressant le sujet. Ces textes sont :

- **textes généraux**

- la constitution sénégalaise de 2001,
- la loi n° 96-07 du 22 mars 1996,
- la loi n° 72-25 du 19 avril 1972,
- la loi n° 83-59 du 13 juin 1983.

- **Pour les I.P.M**

- La loi n°75-50 du 03 Avril 1975
- Le décret n°75-895 du 14 Août 1975
- Arrêté interministériel n°9174 M.F.P.T.E – D.T.E.S.S du 31 Juillet 1976
- Arrêté interministériel n°9176 M.E.P.T.E – D.T.E.S.S du 31 Juillet 1976
- Statuts de l'Institution de Prévoyance Maladie du Personnel de la Caisse de Sécurité Sociale (IPM-CSS)

---

<sup>4</sup> La méthode tanahashi tient compte de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'utilisation, de l'adéquation et de l'efficacité.

- Le règlement intérieur de l'IPM-CSS.
- **Pour les comités de santé**
  - La loi n°92-07 du 15 Janvier 1992
  - Le décret n°92-118 / MSPAS du 17 Janvier 1992
- **Pour les mutuelles**
  - La loi n°03/03 du 16 Mai 2003
  - La loi malienne n°96-022 du 21 Février 1996

Enfin ce travail préalable nous a conduit à retenir dans la première partie que les mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé sont un palliatif à l'incapacité de l'Etat à assurer la totalité du financement de la santé, avant de tenter dans la deuxième de proposer des solutions au problème du financement de la santé.

**PREMIERE PARTIE :**

**LES MECANISMES INSTITUTIONNELS DE FINANCEMENT  
ALTERNATIF DE LA SANTE : UN PALLIATIF A L'INCAPACITE DE  
L'ETAT A ASSURER LA TOTALITE DU FINANCEMENT DE LA  
SANTE**

Il est aujourd'hui admis qu'un peuple bien éduqué et en bonne santé est plus productif qu'un autre analphabète et malsain. La santé est donc un facteur de production. C'est la raison pour laquelle les Etats l'ont toujours financée. Au Sénégal, l'effort de financement de la santé par le gouvernement est matérialisé par l'élaboration et la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui dégage les priorités en vue d'atteindre la santé pour tous. Pourtant, les personnes démunies continuent de supporter une part disproportionnée du fardeau social en terme d'inégalité d'accès à des soins décents.

Pour combler ce fossé, un Système d'Assurance Maladie (SAM) a été mis en place, système se caractérisant par une grande hétérogénéité de la couverture : l'assurance maladie obligatoire dans laquelle se rangent les I.P.M, et l'assurance maladie facultative dans laquelle on peut classer les mutuelles de santé.

Les comités de santé quant à eux sont des partenaires de ces deux systèmes d'assurance maladie.

Toutefois ces mécanismes de financement de la santé sont un palliatif du reste insuffisant du fait de l'ineffectivité relative du droit à la santé (Chapitre 1) et de la viabilité compromise des institutions sus évoquées (Chapitre 2).

## **CHAPITRE 1 : L'INEFFECTIVITE RELATIVE DU DROIT A LA SANTÉ**

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) affirme en son article 25 : « toute personne à droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille (...). »

Le droit à la santé est consacré par la constitution sénégalaise. Aux termes de l'article 8 : « La République du Sénégal garantit à tous les citoyens les libertés individuelles fondamentales, les droits économiques et sociaux, ainsi que les droits collectifs. Ces libertés et droits sont notamment (...) le droit à la santé (...). »

Certains Etats ont même opté pour une loi d'assurance maladie universelle<sup>5</sup>. Mais à l'analyse, l'on se rend compte que ce droit connaît une faille que la mise à contribution des I.P.M, comités et mutuelles de santé au financement de la santé n'a pas redressée. En effet, l'inapplication du droit à la santé dans toute son effectivité s'explique par l'accessibilité limitée des institutions en question (Section 1) et par l'insuffisance des prestations qu'elles proposent (Section 2).

### **SECTION 1 : L'ACCESSIBILITE LIMITEE DES MECANISMES**

#### **INSTITUTIONNELS DE FINANCEMENT ALTERNATIF DE LA SANTÉ**

Deux points vont retenir notre attention pour le développement de cette section ; en effet, l'étude de l'accessibilité des I.P.M, comités et mutuelles de santé commande la nécessité de les envisager du point de vue géographique (§<sup>1</sup>) et financier (§<sup>2</sup>)

---

<sup>5</sup> La Côte d'Ivoire, le Ghana, le Kenya, le Nigeria, la Tanzanie, le Zimbabwe. Courier de la conservation n° IX Dakar, 2003 p 19.

### *§<sup>1</sup> : L'accessibilité géographique*

Les trois-quarts des systèmes d'assurance maladie fonctionnels interviennent soit en milieu rural exclusivement, soit en milieu urbain exclusivement. Ils sont peu nombreux à avoir pour but de couvrir une zone géographique particulière, qu'elle soit étendue (région) ou non (zone locale)<sup>6</sup>. Pourtant une bonne accessibilité géographique est un déterminant non négligeable dans la décision d'un individu à adhérer à une structure d'assurance maladie. Toutefois, il faut reconnaître que le problème ne se pose pas de la même manière pour les institutions en question.

L'accessibilité géographique ne pose pas de problème pour les I.P.M qui ont des agences sur toute l'étendue du territoire. La limite de leur accessibilité n'est pas à rechercher dans le ciblage du milieu géographique mais plutôt dans le ciblage sociologique ; le problème ne se pose pas quand on raisonne genre, l'autorité parentale étant désormais de mise, au détriment de la puissance paternelle ; mais on note que c'est le système qui exclut le plus les pauvres. Les populations ciblées sont les travailleurs et à travers eux, leurs familles. Ce système apparaît ainsi comme le plus exclusif étant donné la catégorie socioprofessionnelle qu'il cible.

Les mutuelles pour leur part souffrent d'une insuffisance numérique. En effet, selon le dernier inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique paru en Octobre 2004, le Sénégal compte 30 mutuelles intervenant exclusivement en milieu rural, 35 en milieu urbain exclusif, 11 en zone locale et régionale et 11 à l'échelle nationale. On note ainsi une carence insigne de mutuelles en milieu rural, vivier de la masse indigente. Il est donc nécessaire que l'on se mette à pied d'œuvre pour rendre les mutuelles de santé plus accessibles en milieu rural.

---

<sup>6</sup> Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique : Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays. La concertation, Dakar, 2004 p. 21.

Le cas des comités de santé est plus satisfaisant en terme d'accessibilité géographique. En réalité, une bonne accessibilité géographique implique que les populations puissent se rendre à pied ou faire le voyage, en moins d'une heure jusqu'au centre de santé. Sous ce rapport, les comités de santé apparaissent comme les mécanismes institutionnels les plus conformes à la norme d'accessibilité géographique fixée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette norme qui est de 5 kilomètres entre la formation sanitaire et la résidence<sup>7</sup> n'est pas encore effective au Sénégal.

En récapitulant il faut retenir qu'il y a un manque à rattraper dans le domaine de l'accessibilité surtout pour les mutuelles de santé.

Cette situation est encore plus déplorable lorsqu'elle se complète par une inaccessibilité financière.

### **§<sup>2</sup> : *L'accessibilité financière***

Selon le Bureau International du Travail (B.I.T), le succès d'une mutuelle de santé implique que « les adhérents potentiels doivent éprouver des difficultés financières pour accéder aux soins de santé »<sup>8</sup>.

Pourtant, la plupart des études de cas sur la capacité financière mettent en avant la pauvreté comme cause de non adhésion. Il ne faut donc pas négliger l'importance de la capacité financière pour la réussite d'une I.P.M, d'un comité ou d'une mutuelle de santé.

Cependant les I.P.M ne sont pas reprochables dans ce domaine du fait de l'équité verticale qu'elles ont mise en place. Il n'est pour s'en convaincre que

---

<sup>7</sup> B.M., 1997, p32

<sup>8</sup> B.I.T., 2001, p49



d'étudier l'Institution de Prévoyance Maladie de la Caisse de Sécurité Sociale (IPM – CSS).

Avant 2002, chaque membre participant payait un montant de 1800F CFA à titre de contribution. Cette cotisation était jugée très insuffisante du fait qu'elle ne permettait pas une couverture efficace de la santé des bénéficiaires. Depuis 2002, elle est revue à la hausse. Aussi les non cadres cotisent-ils 3200F CFA de plus, pendant que les cadres ajoutent 5700F CFA à leur cotisation d'avant 2002. Alors, la cotisation est fixée à 5000F CFA et 7500F CFA respectivement pour les non cadres et cadres.

Le problème d'accès aux mutuelles tenant aux finances se vérifie souvent en milieu rural. L'une des principales contraintes à l'épanouissement des mutuelles de santé en milieu rural est la faiblesse du recouvrement des cotisations. Cela s'explique par la faible capacité contributive des membres.

Les mutuelles rurales mettent en œuvre une forme d'assurance qui se traduit par un versement mensuel des cotisations. Les revenus de la population ciblée étant d'ordinaire regroupés au moment des récoltes (généralement juste après la saison des pluies) les adhérents se trouvent souvent dans l'incapacité d'honorer leur engagement. Ceci met les gérants en difficultés pour se libérer vis-à-vis de leurs prestataires.

Les ressources étant extrêmement limitées, les mutuelles rurales ont souvent du mal à être opérationnelles.

Les comités de santé pour leur part présentent une inaccessibilité financière liée d'abord à la cherté des médicaments. En effet, interrogés à l'occasion d'une étude sur la décentralisation des services de santé au Sénégal, certains habitants de Pikine soutiennent que « la résolution des problèmes de santé se réduit à la réduction des coûts d'accès aux médicaments ».

C'est dire à quel point l'accès aux médicaments, en dépit de l'initiative de Bamako est difficile, surtout pour les populations à faible revenu.

L'inaccessibilité financière en ce qui concerne les comités est liée ensuite à la cherté des coûts de vaccination.

Enfin la cherté du coût du carnet de santé pour les femmes est souvent décriée par les populations.

En somme, si la situation est tenable pour les membres adhérents et participants des I.P.M, il n'en est pas de même pour les acteurs à la base des comités et mutuelles de santé. En effet, leur capacité contributive n'est pas souvent prise en compte au moment de la fixation des tarifs. On ne peut que déplorer pareille inaccessibilité surtout lorsqu'elle se mêle à une insuffisance des prestations.

## **SECTION 2 : UNE INSUFFISANCE DES PRESTATIONS**

Une assurance maladie dans une perspective de lutte contre les problèmes d'accès aux soins, doit s'engager dans une fourniture de prestations suffisantes. Or, l'expérience des I.P.M, comités et mutuelles de santé révèle une insuffisance des prestations qui s'origine dans la limitation de la prise en charge (§<sub>1</sub>) et dans les problèmes liés à la qualité des soins (§<sub>2</sub>).

### ***§<sub>1</sub> : La limitation de la prise en charge***

L'article 7 du règlement intérieur de l'I.P.M – C.S.S dispose : « aucune prise en charge de prestations n'est due par l'Institution de Prévoyance Maladie :

- en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle tels qu'ils sont définis par le code de la sécurité sociale et les textes subséquents pris pour son application,
- en cas de suicide ou de tentative de suicide,
- en cas de mutilation volontaire,

- en cas de rixe ou d'émeute,
- en cas de dommage corporel résultant d'un acte sportif quelconque,
- en cas de non paiement de la cotisation mensuelle pendant deux mois, après mise en demeure et sauf cas de force majeure laissé à l'appréciation du conseil d'administration et, plus généralement en cas de non paiement de toute somme due à l'institution par le participant ».

Mais l'insuffisance des prestations est encore plus marquante pour cette I.P.M quand on sait qu'elle n'assure qu'un pourcentage des dépenses occasionnées par les cas pour lesquels la prise en charge est admise.

Ainsi, pour les frais d'analyse, les frais médicaux, de radiologie et d'hospitalisation, l'institution participe-t-elle jusqu'à hauteur de 60%. Sa participation aux dépenses pharmaceutiques est de 50%.

Mais il est une injustice sociale à réparer à ce niveau : en effet, les 40% des frais d'analyse, médicaux, de radiologie et d'hospitalisation sont supportés par le participant s'il est non cadre alors que pour les cadres c'est la direction générale qui s'en charge ; on accorde au non cadre un différé de six mois à l'échéance duquel la direction de solde lui prélève directement les 40%.

On aurait pu envisager dans le but de réparer cette injustice, une discrimination positive pour les non cadres en ce qui concerne les dépenses pharmaceutiques ; malheureusement les 50% qui restent de ces dépenses sont supportés par le participant qu'il soit cadre ou non.

Pour le cas des mutuelles de santé les prestations garanties sont le plus souvent l'hospitalisation et parfois les consultations et la pharmacie/

Il convient de souligner au passage la particularité des mutuelles de la région de Thiès : elles ont négocié une réduction de 50% du forfait hospitalier qui

comprend l'hébergement, les soins, les médicaments, les analyses et les radios, soit 3500 FCFA au lieu de 7000 FCFA par jour.

Même si les 100% de ce forfait ne sont garantis que pour 15 jours, il reste que ces prestations ne sont pas négligeables au regard du montant de la cotisation qui s'élève en général à 100 FCFA par mois et par personne.

Mais de manière générale, les mutuelles fixent un taux de couverture qui s'impose aux adhérents. Ce qui est une limite à leurs prestations.

Au reste, si pour les I.P.M, la prise en charge n'est pas limitée dans le temps, pour les mutuelles de santé, elle porte sur des cas prédéfinis et pour une période déterminée.

Pour les comités de santé, la limitation de la prise en charge est connexe à la cherté des coûts de prestations ; le patient devant déboursier avant d'être soigné. A ce problème s'ajoute celui de la qualité des soins.

### ***§<sup>2</sup> : Les Problèmes liés à la qualité des soins***

La loi n°03-03 du 16 Mai 2003 dispose en son article premier. « La mutuelle de santé est un groupement de personnes à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, en vue notamment (...) de faciliter l'accès pour tous à des soins de qualité ; »

La qualité peut se voir sous deux angles qui ne coïncident pas forcément, même si on est obligé de les concilier : celui du consommateur et celui du technicien.

Pour le consommateur, la qualité c'est avant tout sa première impression de la structure (infrastructure, etc.).

Pour le technicien ce sont d'abord les normes techniques. Mais il faut qu'il arrive à mettre du social dans ses actes. Il doit par exemple aller vers le consommateur pour échanger et recueillir ses préoccupations.

Cependant, au Sénégal, ce qui apparaît comme étant une contrainte à une bonne qualité des soins, c'est l'insuffisance du plateau technique et le manque de formation des agents de santé surtout dans les postes et cases de santé ; les structures de santé souffrent en effet d'un manque insigne de matériels de soins. La tenue des assises sur la santé a permis de faire le diagnostic de la capacité technique des structures de santé. Il est dénoté entre autres :

- une insuffisance de fonctionnalité de certains hôpitaux (Diourbel, Louga) par manque de réhabilitation des locaux qui sont dans un état défectueux.
- une absence de véhicule de liaison et un mauvais état des ambulances. Ces manquements sont préjudiciables au fonctionnement correct des structures et subséquemment à la satisfaction de l'exigence des usagers d'avoir des soins de qualité. Il en résulte une baisse au niveau de la fréquentation ; la confiance des adhérents à l'assureur diminue et partant, le taux de cotisation.

Pour pallier les insuffisances notées dans l'équipement des structures de santé, il a été préconisé :

- de réhabiliter les postes pour leur permettre d'effectuer le paquet minimum d'activités ;
- de relever le plateau technique des centres de santé pour leur permettre de prendre en charge les urgences médicales, chirurgicales et obstétricales ;
- de relever le plateau technique des hôpitaux notamment en matière de services d'urgence, de réanimation, de laboratoire et de radiologie pour permettre de jouer pleinement leur rôle de structures de référence.

Mais il serait bien également, qu'à l'image du ministère burkinabé de la santé, celui sénégalais prenne des mesures incitatives en décidant de décerner chaque année des prix sur la qualité.

Il apparaît ainsi que la mise à contribution des I.P.M, comités et mutuelles de santé à la couverture sanitaire n'a pas permis la santé pour tous. Cette initiative a buté d'une part sur une accessibilité limitée de ces structures du point de vue géographique et financier, d'autre part sur une insuffisance des prestations du fait de la limitation de la prise en charge et des problèmes liés à la qualité des soins. Cette inaccessibilité se combine à une viabilité compromise des mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé.

## **CHAPITRE 2 : UNE VIABILITE COMPROMISE**

La contribution des I.P.M, comités et mutuelles au financement de la santé ne présente d'intérêt que si leur viabilité est garantie. Malheureusement la viabilité de ces structures à assurer un financement alternatif de la santé est altérée par une absence de collaboration entre elles (Section 1) et un déséquilibre entre cotisations et prestations (Section 2).

### **SECTION 1 : L'ABSENCE DE COLLABORATION ENTRE INSTITUTIONS**

Les I.P.M, comités et mutuelles de santé sont nés dans un contexte de remise en cause des systèmes étatiques de financement des soins de santé avec notamment la suppression des soins gratuits. Mais aujourd'hui, l'on est tenté de se demander si la coexistence de ces systèmes de financement des soins est possibles ; si ces trois voies de couverture des populations sont compatibles ou exclusives, complémentaires ou concurrentielles. En effet, ces questions trouvent leur justification dans l'isolement des I.P.M (§<sup>1</sup>) et dans la tendance à considérer les mutuelles comme une alternative aux comités de santé (§<sup>2</sup>).

#### ***§<sub>1</sub> : L'isolement des I.P.M***

L'isolement des I.P.M s'explique par les populations et les milieux qu'elles ciblent. L'I.P.M vise d'abord les travailleurs. Autrement dit, un chômeur ne peut pas être membre d'une I.P.M. Elle est donc aux antipodes du mouvement mutualiste qui est une technique contre l'exclusion sociale et la pauvreté.

L'institution de Prévoyance maladie est par ailleurs d'autant plus exclusive qu'elle rejette les personnes bénéficiaires d'un autre régime ayant le même objet. A ce titre l'article 2 des statuts de l'I.P.M – C.S.S est fort significatif. Cet article dispose en effet : « Sont considérés comme bénéficiaires des prestations de l'Institution, les travailleurs permanents au service de la caisse et leur familles (épouses et enfants à charge au sens du régime des prestations

familiales quant à la notion d'enfants à charge) dans la mesure où ces personnes ne bénéficient pas des avantages d'un quelconque autre régime ayant le même objet. »

Mais, les statuts de l'I.P.M – C.S.S n'ont fait que se conformer au décret n°75-895<sup>9</sup> du 14 Août 1975 portant organisation des institutions de prévoyance maladie d'entreprise ou interentreprise et rendant obligatoire la création des dites institutions. Ce texte prévoit en son article premier : « conformément à l'article 16 de la loi n°75-50 du 03 Avril 1975, les employeurs et les travailleurs au sens des articles 1 et 2 du code du travail doivent, dans un délai de six mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent décret, créer les institutions de prévoyance maladie prévues par le présent décret dans les conditions qu'il définit, au profit des travailleurs permanents au service de l'entreprise et de leur famille (épouses et enfants à charge au sens du régime des prestations familiales) dans la mesure où ces personnes ne bénéficient pas des avantages d'un quelconque autre régime ayant le même objet, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, de conventions collectives, d'accords d'établissement ou de contrats individuels (...). »

De cet article se dégage une conséquence qui est du reste un autre argument qu'on peut invoquer pour étayer l'assertion selon laquelle les I.P.M sont isolées ; c'est en effet le fait qu'elles ne visent que les entreprises. Les institutions de prévoyance maladie n'évoluent qu'en entreprise ou interentreprise.

En somme, en ne visant que les entreprises et ceux qui y travaillent, les I.P.M ne s'engagent pas dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. De plus, en excluant de leurs bénéficiaires les personnes tirant d'autres structures d'avantages similaires à ceux qu'elles présentent, les I.P.M se désolidarisent de tout autre organisme de financement alternatif des soins de santé.

---

<sup>9</sup> Extrait du J.O. N°4447 du 27 Septembre 1975 : p. 1351.



Ce manque de collaboration entre I.P.M et autres institutions est d'autant plus marquant qu'il est en passe de se vérifier entre les mutuelles et les comités de santé : il y a une tendance à considérer les mutuelles comme une alternative aux comités de santé.

***§2 : La considération des mutuelles comme une alternative aux comités de santé***

Les acteurs au sommet des comités de santé considèrent d'ordinaire que l'aboutissement naturel des mutuelles de santé est la disparition des structures qu'ils dirigent. C'est qu'en réalité le financement de la santé à travers les comités de santé est source de beaucoup de problèmes. Les résultats de beaucoup de recherches mettent en évidence le manque de transparence. Cette situation est décriée aussi bien par les agents de santé que par les populations. Ce manque de transparence se traduit par la non implication des acteurs à la base dans la gestion des ressources et par la reconduction à l'infini du mandat des membres du bureau alors que le décret 92-118 / MSPAS du 17 Janvier 1992 fixe en son article 18, leur mandat à deux ans.

Les agents de santé sont tenus à l'écart de la gestion des ressources, ce qui est signe d'un manque de visibilité dans le fonctionnement des comités.

Pour ce qui est de l'équité horizontale, les comités se caractérisent par une présence marquée par des personnes âgées et des hommes. Souvent, les représentants des jeunes et des A.C.S ne sont pas informés des élections du bureau.

A cela s'ajoute le problème de la cherté des médicaments, des carnets et autres frais.

Les mutuelles en revanche permettent une plus grande association des populations à la gestion de leurs propres fonds. Elles offrent des soins plus ou moins de qualité en utilisant un pouvoir d'achat collectif. C'est la raison pour

laquelle il y a une tendance à se démarquer des comités de santé pour les mutuelles qui présentent quoiqu'on dise plus de garantie.

Il se dessine ainsi une situation susceptible de favoriser la concurrence entre mutuelles et comités de santé alors qu'ils devraient plutôt envisager des mécanismes de solidarité en vue d'une meilleure prise en charge des indigents.

En somme, l'isolement des I.P.M et le risque de concurrence entre mutuelles et comités ne contribuent pas à la viabilité de ces mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé. Cette situation est d'autant plus déplorable qu'elle se greffe à un risque de déséquilibre entre les cotisations que recouvrent les I.P.M et mutuelles, et les prestations qu'elles proposent.

## **SECTION 2 : LE RISQUE DE DESEQUILIBRE ENTRE COTISATIONS ET PRESTATIONS**

Ce problème concerne les I.P.M et les mutuelles de santé. En effet, la loi sénégalaise sur les mutuelles considère en son article premier que « la mutuelle de santé est un groupement de personnes à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité ». Les I.P.M également offrent leurs services en contrepartie des cotisations des membres participants et adhérents.

Toutefois, les deux mécanismes d'assurance maladie encourent un risque de déséquilibre entre cotisations et prestations du fait de la faiblesse des cotisations (§<sup>1</sup>) et de l'insuffisance des adhérents par rapport aux bénéficiaires.

### ***§<sup>1</sup> : La faiblesse des cotisations***

Il convient de préciser que la situation diffère suivant qu'on s'intéresse aux I.P.M ou aux mutuelles.

Pour les I.P.M, il existe d'ordinaire un système de compensation à la charge de leurs directions générales respectives. Ainsi, la Direction générale de la Caisse de sécurité sociale accorde-t-elle une compensation à son I.P.M, une voire deux fois dans l'année.

C'est un fonds additif que la Direction verse à l'institution qui est différent de la cotisation obligatoire que lui impose la loi et qui est égale à celle de l'ensemble des membres participants<sup>10</sup>. Cette compensation permet de couvrir un éventuel excès des prestations eu égard aux cotisations.

Par ailleurs, le déséquilibre du couple cotisations-prestations est plus manifeste pour les mutuelles. La mutuelle de Fandène en est une parfaite illustration.

Lors de sa création, elle assurait une couverture de 100% de tous les coûts pour les 15 premiers jours d'hospitalisation y compris les accouchements par césarienne. En 1997, cette couverture a été réduite aux dix premiers jours sans doute en raison de l'insuffisance des cotisations qui n'étaient que 200F CFA. par tête.

Certaines mutuelles ont trouvé des méthodes d'adhésion permettant de contourner ce problème. C'est le cas de la mutuelle des volontaires de l'Education Nationale. Les cotisations pour cette mutuelle revêtent un caractère particulier ; en effet, elles sont payées intégralement pour les quatre années de prise en charge : la cotisation annuelle étant de 10.000F CFA, les volontaires s'acquittent de 40.000F CFA dès leur adhésion.

L'objet d'une telle mesure est de permettre justement à la mutuelle d'avoir des réserves suffisantes.

---

<sup>10</sup> En 2004, cette cotisation était de 1.900.000F CFA

Tout de même, le risque d'un déficit est réel du fait de l'écart entre cotisations et prestations, même si les mutuelles réussissent curieusement à recouvrer des cotisations supérieures aux prestations.

D'après le dernier inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique : « en utilisant le montant des cotisations perçues par un système d'assurance maladie et le montant moyen des prestations versées on peut évaluer à 2.316.808.182 FCFA et à 904.614.750 FCFA les montants correspondants pour les 366 SAM inventoriés ». Ceci est curieux dans la mesure où le nombre de membres à jour de leurs cotisations est presque toujours inférieur à l'effectif total des adhérents. C'est qu'en réalité certaines mutuelles mettent en place des fonds de réserves en vue de pouvoir faire face à tout risque. Mais le risque d'un déséquilibre du couple cotisations-prestations demeure pour les mutuelles à faible capacité financière.

A propos des comités, il faut dire qu'ils ne préconisent pas un rapport cotisations prestations si bien qu'ils ne retiendront pas notre attention pour ce paragraphe.

Il apparaît donc que les I.P.M et mutuelles de santé réussissent d'ordinaire à faire des bénéfices malgré la faiblesse du taux des cotisations qu'elles exigent. Ce qui demeure certain en revanche c'est qu'elles encourent un déséquilibre entre les prestations qu'elles proposent et les cotisations qu'elles recouvrent. Ce risque est d'autant plus évident que l'effectif de leurs membres participants est souvent inférieur à celui des bénéficiaires.

## ***§2 : L'insuffisance des participants par rapport aux bénéficiaires***

Que les membres participants sont très souvent inférieurs aux bénéficiaires est en effet facile à démontrer.

Pour les I.P.M cette infériorité est toujours établie ; aussi, l'I.P.M – C.S.S présente-t-elle le tableau suivant : les participants étaient pour l'année 2004 de 360. Ce collectif est très insuffisant comparé à celui des bénéficiaires. En effet,

les bénéficiaires de l'I.P.M de la dite caisse étaient de 1251 pour la même année. Cet écart s'explique par les épouses et enfants à charge (au sens du régime des prestations familiales d'enfants à charge) qui sont exempts de toute cotisation.

La même situation se vérifie par ailleurs chez les mutualistes. Certes, il est noté une évolution en ce qui concerne les adhésions aux mutuelles de santé. Cette évolution s'accompagne cependant d'une augmentation disproportionnée des bénéficiaires. Il n'est pour s'en convaincre que de parcourir les pages 43 et 44 de l'inventaire de 2004. On retient en substance de ces pages qu'au départ, c'est 82.376 personnes qui ont constitué la base des 366 mutuelles considérées. Aujourd'hui les mutuelles fonctionnelles ont 202.485 adhérents. Il y a donc une évolution des adhésions qui est à saluer. Mais, elle est sans commune mesure avec celle des bénéficiaires ; on obtient ainsi un nombre de bénéficiaire entre 1.062.720 à la création et 1.728.352 aujourd'hui.

Quant aux comités de santé, ils n'encourent pas pareil risque, leurs prestations étant sujettes au versement préalable de la somme requise pour le besoin sanitaire exprimé.

Au total, il convient de retenir qu'à l'épreuve de la pratique, les mécanismes de financement alternatif de la santé sont plus un palliatif qu'une solution aux problèmes d'accès aux soins. Ceci étant, quelles sont les mesures à préconiser pour une solution au problème du financement de la santé ?

**DEUXIEME PARTIE :**  
**POUR UNE SOLUTION AU PROBLEME DU FINANCEMENT DE LA  
SANTÉ**

L'O.M.S définit la santé comme « un état de complet bien être physique, mental et social ». Dans nos sociétés modernes, l'individu est perpétuellement à la recherche du meilleur état de santé possible. Or, se soigner coûte cher à l'individu mais aussi à la société. Autant le répéter, la plupart des Etats sont dans l'incapacité d'assurer le financement total des dépenses de santé. La consommation médicale a atteint un niveau tel que, les dépenses de santé ne cessent de croître. Dans certains pays surtout les pays développés, des politiques de rationalisation des dépenses ont été préconisées, mais elles se heurtent à un impondérable de taille : la venue de la maladie. En Afrique Subsaharienne, ce sont des mécanismes institutionnels de financement alternatif qui ont été mis en place. Cependant l'étude de la première partie nous a montré qu'ils sont pour le moment presque inopérants. Cette situation ne relève pas de la nature même des institutions en cause. C'est qu'en réalité elles ne sont pas optimisées. Pourtant, leur optimisation (chap. 1) couplée d'une mise en place de mécanismes de solidarité entre tous les acteurs financiers de la santé (chap. 2) pourrait apporter une solution au problème du financement de la santé.

## **CHAPITRE 1 : L'OPTIMISATION DES MECANISMES INSTITUTIONNELS DE FINANCEMENT ALTERNATIF DE LA SANTE**

Il est en effet remarquable que la part des Etats dans le financement de la santé est en baisse progressive. C'est dire combien est important d'optimiser les mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé. Toutefois, l'optimisation des institutions dont il s'agit requiert une accessibilité accrue avec des soins de qualité (section 1) ; elle requiert en outre une bonne gestion des dites institutions (section 2).

### **SECTION 1 : LA NECESSITE D'UNE PLUS GRANDE ACCESSIBILITE AVEC DES SOINS DE QUALITE**

Nous avons vu dans la première partie que les facteurs explicatifs de l'ineffectivité relative du droit à la santé étaient l'accessibilité limitée des mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé et l'insuffisance de prestations qu'ils proposent. C'est pourquoi, les I.P.M, les comités et mutuelles de santé apparaissent plus comme un palliatif que comme une solution au problème de financement de la santé. En effet, pour apporter une solution au problème de couverture sanitaire, ces institutions doivent être accessibles (§<sup>1</sup>) et présenter des soins de qualité (§<sup>2</sup>).

#### ***§1 : Une plus grande accessibilité***

Il est en effet remarquable qu'avec la décentralisation des systèmes de santé, beaucoup de pays ont régler sinon intégralement, du moins en partie le problème de l'accessibilité géographique. Ceci étant, nous allons surtout mettre l'accent sur l'accessibilité financière. A ce sujet, il convient de préciser que les mutuelles sont plus ouvertes aux démunis que les I.P.M et comités de santé.



Pour les I.P.M, l'exclusion des démunis est insigne. D'ailleurs, une des critiques fréquemment exprimées contre elles, est qu'elles sont isolées. Il est vrai qu'elles ont du succès parmi les travailleurs. Mais dans les pays à faible revenu, l'essentiel des populations est constitué de chômeurs, et ces chômeurs constituent la majorité des démunis.

En outre, ces démunis ne se retrouvent souvent pas dans la méthode des comités de santé. Cette méthode qui amène le patient à payer à l'acte n'arrange pas quelqu'un qui a plutôt des soucis alimentaires.

En effet, ces personnes ont dans certaines situations du mal à adhérer à une mutuelle de santé. Parfois, même des primes relativement modestes peuvent être trop élevées pour les démunis si elles ne servent qu'à éliminer le risque de futurs coûts qu'occasionneraient des soins de santé.

De plus, les comités et les mutuelles de santé qui sont malgré tout réceptifs aux démunis, ne permettent pas d'ordinaire un paiement en nature en raison de la complexité de gestion de tels paiements ; par conséquent, les ménages ne disposant pas d'argent en seront probablement exclus.

Il existe un certain nombre de stratégies que les I.P.M comités et mutuelles de santé peuvent utiliser pour prendre en charge les personnes les plus pauvres.

En effet, les gouvernements et les organisations caritatives peuvent subventionner les primes pour les personnes les plus démunies. C'est à ce titre qu'une église, dans le cadre des activités pilotes de PHR<sup>11</sup> au Rwanda, a subventionné les primes pour environ 3 000 veuves et orphelins.

Pour améliorer l'accessibilité financière, les I.P.M, comités et mutuelles de santé doivent mettre en place des fonds de solidarité auxquels sont versés de petits suppléments pour permettre une adhésion gratuite ou à très faible coût aux

---

<sup>11</sup> Un programme pour la réforme de la santé

personnes très pauvres. On peut ainsi déterminer un certain pourcentage du nombre total des adhérents, 5% par exemple, qui sera réservé aux indigents et pris en charge de ce fait avec l'argent de ce fonds.

Par ailleurs, l'inclusion de F.C.S dans les organisations de micro-crédit qui appuient les activités génératrices de revenus pour les démunis ou l'adoption des paquets de bénéfices afin de réduire le montant des primes peuvent également rendre les comités et mutuelles de santé plus accessibles pour les couches les plus défavorisés.

Cependant, les stratégies que nous venons de dégager nécessitent que les résidents les plus pauvres dans la communauté soient identifiés. Les comités et mutuelles ne doivent pas en principe rencontrer de problème à ce niveau. Proches des communautés, ils sont bien placés pour identifier les ménages les plus nécessiteux.

En somme, il existe beaucoup de stratégies que les I.P.M comités et mutuelles de santé peuvent utiliser pour être davantage accessibles. Cette accessibilité est d'autant plus importante qu'elle est indispensable à leur optimisation. Toutefois, elle est vaine si elle ne s'accompagne pas de soins de qualité.

### *§<sup>2</sup> : Des soins de qualité*

Jusqu'à présent, le potentiel d'amélioration des soins par les I.P.M, les mutuelles et comités de santé n'a pas été exploité à fond. Pourtant, les I.P.M et les mutuelles sont souvent constituées autour de grands établissements sanitaires. C'est ainsi que les membres participants des I.P.M ou plus exactement les bénéficiaires ont accès aux hôpitaux de référence comme H.P ; de même les bénéficiaires de la mutuelle des volontaires de l'Education Nationale ont la latitude de fréquenter les hôpitaux non agréés à l'échelle nationale à charge pour eux d'en assurer les frais qui sont toutefois remboursables.

Les mutuelles et les I.P.M peuvent utiliser les mêmes stratégies pour relever le défi de soins de bonne qualité. En effet, ces institutions peuvent améliorer la qualité des soins en :

- mobilisant des ressources financières supplémentaires ;
- donnant plus de certitude aux prestataires en termes de rémunération en numéraire ;
- renforçant la communication et les lignes de responsabilité entre les prestataires et les patients. Signalons que cette stratégie peut être utilisée par les comités de santé.

Les institutions en cause peuvent également utiliser des contrats pour créer des effets de levier. Dans cette optique, les I.P.M et mutuelles de santé peuvent proposer que les recettes additionnelles générées par ces prestataires soient utilisées pour acheter des médicaments essentiels comme le font les comités, pour payer du personnel supplémentaire ou améliorer les approvisionnements ; ceci peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.

Au reste, nous concédons qu'à la différence des comités qui pratiquent le paiement par les usagers, les mutuelles de santé et les I.P.M offrent aux prestataires de services de santé, un système de rémunération plus fiable qui permet de planifier le mieux possible, l'utilisation des ressources. Seulement, une définition plus claire des responsabilités et un dialogue franc et ouvert entre les prestataires et membres bénéficiaires sont peut être plus importants que les ressources financières à elles toutes seules pour améliorer la qualité. C'est pourquoi, il serait bien que les I.P.M, comités et mutuelles de santé organisent assez souvent des forums permettant de discuter la qualité.

De plus, les institutions de prévoyance maladie, comme les mutuelles doivent chercher à promouvoir la solidarité afin d'inclure certains des membres les plus

vulnérables de la société qui ont le plus besoin d'un accès amélioré aux services de soins.

Par ailleurs, la réassurance qui permet de payer une faible prime afin de se couvrir contre les pertes financières excessives, est une autre stratégie permettant une viabilité à assurer des soins de qualité.

En somme, il existe plusieurs stratégies pour rendre accessibles les mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé et pour faire qu'ils puissent améliorer la qualité des soins. Seulement, la mise en œuvre de ces stratégies n'est utile que lorsqu'elle se combine à une bonne gestion des I.P.M comités et mutuelles de santé.

## **SECTION 2 : LA NECESSITE D'UNE BONNE GESTION**

L'irrespect de l'orthodoxie financière est le plus souvent manifeste chez les mutuelles et comités de santé. C'est qu'en réalité la faible capacité financière de leurs membres ne permet pas d'établir une cellule professionnelle de gestion. Il s'y ajoute que certaines de ces institutions, notamment les I.P.M et les comités de santé, n'associent pas d'ordinaire les membres aux prises de décisions. C'est la raison pour laquelle les problèmes de gestion sont qualifiés dans les évaluations des mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé comme principale contrainte à leur développement harmonieux. Ceci étant, les gérants des institutions en question doivent se mettre à pied d'œuvre pour augmenter la participation populaire à la gestion (§<sup>1</sup>) tout en assurant une bonne prévision des risques (§<sup>2</sup>).

### ***§1 : Une participation populaire accrue***

Il convient d'admettre que les mutuelles de santé sont un modèle à copier en ce qui concerne la participation des membres aux décisions les concernant.

D'ordinaire en effet, les structures d'organisation et les méthodes de gouvernance des mutuelles de santé encouragent la participation populaire. Ainsi, dans de nombreuses associations, les membres ont-ils la possibilité de participer périodiquement à la gestion des mutuelles par le biais d'Assemblées Générales, de réunions de groupes et d'élections de responsables.

Dans les mutuelles avec lesquels P.H.R plus coopère en Afrique de l'Ouest, les gérants sont encouragés à présenter des rapports d'activités et des états financiers d'une façon non technique lors des A.G.

Des commissions de contrôles composées d'adhérents ont des pouvoirs d'audit et, les paquets de bénéfices, les cotisations et les questions de gestion financière sont discutés publiquement.

Ce type de participation populaire aux fonctions de gestion et à la gouvernance des mutuelles leur permet de mieux refléter les désirs de leurs adhérents. Par exemple, l'association des membres à la gestion peut conduire à l'utilisation des paquets de bénéfice de façon à mieux répondre aux besoins des adhérents.

En outre, cette participation populaire est d'autant plus intéressante que si elle est réelle, la mutuelle peut devenir un forum permettant la communication entre les parties prenantes dans le secteur de la santé, tels que les prestataires de soins, l'Etat et la communauté.

Mais il convient de reconnaître que le degré de promotion de la participation populaire à la gestion des mutuelles varie considérablement dans la pratique, reflétant comment et pourquoi une association a été créée, ainsi que le degré de solidarité et de capital social existant dans la communauté.

Les comités de santé utilisent en théorie le même mode de gestion. En contraste, la pratique révèle qu'ils sont répulsifs à l'endroit des jeunes et des femmes. En effet, dans les comités de santé, le pouvoir de décision est concentré entre les mains des hommes et vieillards au détriment des jeunes et des femmes. Ces derniers ne sont souvent pas informés des A.G et des renouvellements de bureau.

Pour ce qui est des I.P.M, la gestion est en conformité avec l'orthodoxie financière ; seulement, elle est peu démocratique. En effet, les fonds sont gérés par des professionnels par opposition à beaucoup de mutuelles et comités de santé ; mais les membres participants n'interviennent pas dans la gestion financière.

Il urge donc que les I.P.M et les comités de santé fassent référence à la pratique des mutuelles quant à la gestion. Ceci leur permettra d'apporter plus de visibilité dans leur manière de gérer.

En récapitulant, il convient de retenir que les mutuelles de santé sont gérées dans l'ensemble de façon transparente en ce sens que leurs gérants soumettent d'ordinaire les décisions à prendre à l'appréciation des membres. Aussi, les gérants des I.P.M et des comités de santé doivent-ils agir pareillement pour asseoir une gestion démocratique des institutions qu'ils dirigent. Toutefois, cette gestion ne sera vraiment optimale que si elle garantit une bonne prévision des risques.

## ***§2 : Une bonne prévision des risques***

La question de la gestion des risques par les mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé interpelle au premier chef les I.P.M et les mutuelles de santé.

En effet, pour gérer les risques, ces institutions doivent s'efforcer d'augmenter la prévisibilité des coûts et des revenus de façon à éviter les déficits. Dans les grands schémas d'assurance traditionnelle, la taille du groupe augmente la capacité de l'assureur de prévoir des coûts extrêmes et lui permet de planifier leur gestion. Dans les petits groupes tels que les I.P.M et les mutuelles de santé, ces coûts imprévisibles sont beaucoup plus susceptibles de survenir ; ce qui augmente le besoin de fonds de réserves et d'autres stratégies de gestion des risques.

L'une des principales stratégies utilisées pour gérer les revenus est la constitution de fonds de réserves financières. La plupart des mutuelles et des I.P.M s'efforcent de réserver une partie des revenus provenant des primes payées par les membres pour constituer une réserve permettant de payer les coûts inattendus.

Cependant, la difficulté de prévoir l'augmentation des coûts de soins ou de biens et services médicaux est plus manifeste lorsqu'il existe peu d'informations sur les nouveaux membres. Ces derniers peuvent en effet augmenter leur recours aux services de santé s'ils n'avaient pas accès auparavant à une assurance maladie. Pour ces raisons, la plupart des mutuelles stipulent une période d'attente pendant laquelle les membres paient des primes mais n'ont pas encore droit aux prestations. Cette période est d'un moi pour la mutuelle SOPANTE<sup>12</sup> de Thiès.

---

<sup>12</sup> Une mutuelle de référence dans la région de Thiès

Par ailleurs, les I.P.M, comités et mutuelles de santé peuvent investir leurs réserves et accumuler des intérêts afin d'accroître leurs revenus. Mais il doit s'agir d'un investissement à court terme.

Au demeurant, les mutuelles qui sont ouvertes aux démunis doivent avoir des lignes de conduite claires et mises en œuvre correctement pour empêcher les retards dans le paiement des primes. Pour ce faire, elles doivent respecter le principe de la sécurité sociale qui veut que « l'on consomme selon ses besoins et que l'on cotise selon ses moyens. » Le respect de ce principe permettrait en effet de limiter les abus, c'est-à-dire la consommation médicale non justifiée tout en laissant aux moins riches la possibilité d'être à jour de leurs cotisations. Ceci permettrait en définitive aux gérants des mutuelles de mieux prévoir les risques.

On peut également éviter les frais hospitaliers en préconisant la médecine préventive. A vrai dire, la promotion des services préventifs et des soins primaires peuvent aider à éviter une consommation abusive des soins ou de biens et services médicaux. C'est pourquoi les I.P.M et les mutuelles de santé doivent éduquer leurs membres dans ce sens.

Autre mesure qui concerne tant les I.P.M, les mutuelles que les comités de santé est la nécessaire rationalisation de l'utilisation des médicaments. Il faut donc sensibiliser les prestataires pour promouvoir une utilisation rationnelle des médicaments afin de maîtriser les dépenses. On pourrait dans ce sillage leur demander de prescrire les médicaments génériques. On pourrait en outre inviter chaque membre à avoir un médecin référent ; ce qui peut permettre de diminuer les frais de consultation. Toujours dans le but de limiter les abus, les gérants peuvent avec l'appui d'experts dresser des références médicales opposables (RMO). Ceci consiste à établir un volume d'actes et de prescriptions nécessaires au traitement d'une pathologie. Les gérants des I.P.M et des mutuelles de santé pourraient refuser de payer la prestation si toutefois le médecin réalisait des prescriptions inutiles.



Enfin, les comités de santé sont moins exposés à des risques, les usagers des médicaments payant à l'acte. La meilleure manière pour eux d'éviter des ruptures d'approvisionnement est d'avoir un fonds de réserves. Mais, pour cela, il faut qu'ils soient bien gérés.

Il apparaît donc que l'optimisation des mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé requiert un certain nombre d'éléments : au premier plan, il faut que les institutions dont il s'agit soient accessibles et présentent des soins de qualité ; en arrière plan, il faut que ces institutions soient bien gérées. Toutefois, pour qu'elles puissent apporter une solution au problème du financement de la santé, il faut que les institutions en cause soient non seulement optimales, mais aussi se solidarisent avec les autres pourvoyeurs de la santé.

## **CHAPITRE 2 : LA MISE EN PLACE DE MECANISMES DE SOLIDARITE ENTRE PARTICIPANTS AU FINANCEMENT DE LA SANTE**

La mise à contribution des mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé à la recherche de solution au problème d'accès aux soins peut constituer une réelle source d'espoir si les institutions en cause sont optimisées mais surtout si elles s'entraident entre elles et se solidarisent avec les autres pourvoyeurs du secteur de la santé. En effet, il existe des I.P.M, mutuelles et comités de santé à faible revenu. Ils nécessitent un soutien qui peut émaner soit d'institutions de même ordre mais riches, soit de l'Etat. C'est dire qu'il faut mettre en place des mécanismes de compensation entre les acteurs sus évoqués (section 1). Toutefois, pour être efficace, cette solidarité doit interpeller les autres pourvoyeurs du secteur en l'occurrence les collectivités locales et les partenaires étrangers (section 2).

### **SECTION 1 : LA NECESSITE DE MECANISMES DE COMPENSATION**

Nous avons pu déduire de ce qui précède que les régimes d'assurance maladie varient suivant les populations cibles. Ainsi, alors que les I.P.M sont réservées aux travailleurs, les mutuelles et comités de santé se prêtent aux classes moyennes et aux démunis. De ce fait, les mutuelles de santé sont plus vulnérables du fait qu'elles utilisent un pouvoir d'achat collectif alors que l'essentiel de leurs membres peut être composé d'individus ayant une faible capacité contributive. Elles sont suivies dans l'ordre des vulnérables des comités de santé dont l'expérience est compromise par le coulage et les détournements. Bien évidemment, le remède le plus indiqué reste celui que nous avons évoqué dans le premier chapitre de cette deuxième partie, c'est-à-dire des stratégies performantes de gestion. S'en greffe toutefois un autre : la solidarité qui requiert entre autres l'appui d'une part des I.P.M, comités et mutuelles de santé riches à

ceux qui sont pauvres (§<sup>1</sup>) et d'autre part, l'appui sélectif de l'Etat aux I.P.M, comités et mutuelles de santé moins riches (§<sup>2</sup>).

***§<sup>1</sup> : L'appui des I.P.M, comités et mutuelles de santé riches à ceux qui sont moins riches***

Il est en effet remarquable que dans le système actuel de gestion des institutions en cause où l'accent est mis sur la responsabilité entière des gérants directs, il n'est pas évident que le principe de compensation soit admis. C'est pourquoi, on peut envisager des systèmes qui centralisent la gestion à un niveau supérieur pour faciliter la redistribution. A Thiès par exemple, il existe une coordination diocésaine des mutuelles à côté d'une coordination régionale regroupant toutes les mutuelles sans considérations religieuses. La mise en œuvre des mécanismes de compensation entre les mutuelles de la région peut être confiée aux structures sus évoquées. Ceci aurait permis aux mutuelles en difficultés financières de se redresser sans problème.

En effet, entre 2002 et 2003, la mutuelle de Fandène a connu d'énormes difficultés liées à une mauvaise gestion ; les bénéficiaires étaient privés un instant de certains services qu'ils étaient en droit de recevoir de l'hôpital Saint Jean de Dieu en vertu du contrat qui les liait à leur mutuelle. Malheureusement, cette dernière n'avait pas honoré ses engagements vis-à-vis du prestataire et les honnêtes bénéficiaires en furent réduits à supporter les frais d'une telle indélicatesse.

Auparavant, la mutuelle Saint Jean Baptiste, membre au même titre que celle de Fandène de la coordination diocésaine des mutuelles, avait suspendu ses relations avec l'hôpital en raison d'arriérés de facture très importants (environ 1.5000.00 FCFA). Ces mutuelles auraient pu être soutenues par les autres sous l'égide de la coordination qui les unies. Cette coordination regroupe en plus des

deux mutuelles citées, celles de Koudiadiène, de Lalane – Diassap, du Léhar, de Mont-Rolland, de Sanghe et la mutuelle Faggu.

Ce soutien peut même se pratiquer intra – institutions. Autrement dit, rien n'empêche qu'une mutuelle soit soutenue par une I.P.M ou un comité de santé et vice versa. Pour ce faire, on pourrait concevoir des stations fédérales regroupant les I.P.M, les comités et mutuelles de santé d'une même région, chargées de venir en aide aux institutions qui en auraient exprimé le besoin. Il se créerait ainsi une sorte de réassurance qui jusque là est peu pratiquée par les systèmes d'assurance maladie des pays en voie de développement.

Cependant, il convient de souligner que cette solidarité induit un risque. Se sentant couverts en effet, les gérants directs des institutions en question peuvent s'autoriser à utiliser les fonds de façon gabégique. Ceci remettrait en cause la pertinence du principe de solidarité. C'est pourquoi, ces stations fédérales pourraient mettre en place un arsenal juridique pour dissuader les gérants qui seraient mal intentionnés.

En récapitulant, il convient de retenir que les institutions agissant dans le financement alternatif de la santé sont diversement puissantes. Certaines sont riches alors que d'autres ont un faible potentiel à satisfaire leurs bénéficiaires. Elles doivent donc entretenir des rapports de solidarité pour garantir leur durabilité. Toutefois, cette solidarité sera plus efficace si l'Etat s'y mêle.

## ***§2 : L'appui sélectif de l'Etat aux I.P.M, comités et mutuelles de santé moins riches***

Il peut paraître paradoxal de parler d'un appui étatique aux mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé, quand on sait que ceux-ci ont été mis en place dans un contexte d'une baisse progressive de la capacité contributive de l'Etat au financement de la santé. Pourtant cet appui peut être protéiforme.

Il peut s'agir d'un appui financier ; il faudrait alors, compte tenu des moyens limités de nos Etats, se priver d'une dépense pour une autre ou envisager des recettes compensatrices. Si cette règle est observée, l'Etat pourra s'autoriser à mettre en place un fonds de dotation dont la mission sera d'allouer des crédits aux I.P.M, comités et mutuelles de santé moins riches. Il faudrait pour ce faire identifier les institutions nécessiteuses or, l'accomplissement d'une telle tâche requiert une action de proximité. Aussi, pourrait-on instituer des agences régionales chargées notamment de l'identification et de l'allocation de crédits aux institutions qui sont dans le besoin. Ces crédits permettraient en effet d'instaurer une équité verticale en subventionnant les primes pour les membres à faible revenu.

Il peut s'agir également d'un appui stratégique. Sous ce rapport, on pourrait envisager pour chaque région une commission de recherche et d'appui aux assurances maladie. Le gouvernement pourrait ainsi utiliser les revenus fiscaux disponibles pour entretenir les dites commissions.

Le rôle de ces commissions serait de soutenir le développement des systèmes d'assurance maladie en cause et de développer leur capacité de gestion. Elles pourraient ainsi être des forums de support, d'échange d'idées et d'expérience pour les I.P.M, comités et mutuelles de santé de la région.

Les commissions pourraient également fournir aux dirigeants et aux promoteurs de telles institutions, des conseils et une aide pour le développement de capacités dans les domaines de la conception des associations, de la gestion financière et des systèmes administratifs.

Dans le même ordre d'idées, les commissions en cause pourraient effectuer des recherches sur les I.P.M, comités et mutuelles de santé et la façon d'améliorer leur gestion et leur viabilité. De telles recherches pourraient comprendre des études générales de faisabilité et des sujets spéciaux tels que le besoin de réassurance.

Cependant, ces agences et ces commissions ne devraient avoir autre mission que de concrétiser l'appui financier ou stratégique de l'Etat aux SAM sinon, il peut y avoir un conflit de compétences entre elles et les stations fédérales que nous avons proposées en parlant de la compensation possible entre institutions riches et institutions moins riches.

Ainsi, en dehors de leur mission de réguler la solidarité inter et intra-institutions à l'échelle régionale, les stations fédérales pourraient rester garantes des intérêts des I.P.M, comités et mutuelles de santé lors des négociations avec les organisations internationales de développement, les prestataires de services, le gouvernement, et les bailleurs. En un mot, il s'agira de réfléchir soigneusement à la façon dont les stations fédérales régionales auront des interactions avec les agences et commissions représentant le gouvernement, ainsi qu'aux implications de ces interactions vis-à-vis de l'atteinte des objectifs que se sont fixés les I.P.M comités et mutuelles de santé.

Au total, on peut envisager des mécanismes de compensation qui se concrétiseront d'une part par un appui des I.P.M, comités et mutuelles de santé riches aux autres qui sont moins riches, d'autre part par un appui sélectif de l'Etat aux institutions défavorisées. Toutefois, ce régime de solidarité ne sera vraiment efficace que si on mobilise le concours des collectivités locales et des partenaires étrangers.

## **SECTION 2 : LA NECESSITE D'UN APPUI DES COLLECTIVITES LOCALES ET DES PARTENAIRES ETRANGERS**

Il est en effet remarquable que les systèmes d'assurance maladie n'ont pas tous un revenu régulier. Il y en a en effet qui éprouvent des difficultés à honorer leur engagement vis-à-vis de leurs prestataires. A ce titre, l'exemple de la mutuelle Saint Jean Baptiste est fort significatif. C'est pourquoi les I.P.M, comités et mutuelles de santé doivent chercher à maximiser leurs ressources financières en

bien les gérant comme nous l'avons précédemment évoqué, mais surtout en les mobilisant. C'est ainsi qu'ils peuvent se tourner vers les collectivités locales (§<sup>1</sup>) et les partenaires étrangers (§<sup>2</sup>) pour mobiliser davantage de ressources financières.

### ***§1 : L'appui des collectivités locales***

La loi n°96-07 du 22 mars 1996 fixe le transfert de 9 domaines de compétence aux collectivités locales parmi lesquels, la santé. Les collectivités locales se voient ainsi dotées de compétences leur permettant de participer à la définition et à l'exécution de la politique sanitaire. C'est dire que les plans régionaux de développement intégré, les plans d'investissement communaux et les plans locaux de développement, dont l'élaboration et l'exécution relèvent respectivement de la région, de la commune et de la communauté rurale, doivent intégrer les plans de développement sanitaire des différents niveaux.

Mais il convient de préciser que l'obligation faite aux collectivités locales de participer au fonctionnement du système sanitaire est antérieure à la réforme de 1996. En effet, la loi n°72-25 du 19 avril 1972 modifiée en son article 80 par la loi n°83-59 du 13 Juin 1983 astreint les communes et les communautés rurales à contribuer en équipements et en dotation de médicaments à hauteur respectivement de 9% et 8% de leurs recettes. Seule la commune de Dakar a respecté cette exigence.

Les systèmes d'assurance maladie et les collectivités locales travaillent pour la même cause dans le domaine de la santé. Pourtant, les relations entre ces entités souffrent d'une absence d'un espace de rencontres et d'échanges sur les questions concernant la santé. Ces différents acteurs doivent mettre en place un cadre de concertation qui seul peut susciter une plus grande implication des collectivités locales au financement de la santé.

De ce fait, les collectivités locales pourraient tantôt agir directement sur les transports sanitaires en fournissant par exemple des ambulances pour l'évacuation des malades, tantôt sur la consommation de bien médicaux en dotant les établissements sanitaires de médicaments, tantôt enfin sur la consommation de médecine préventive en promouvant la médecine scolaire. Ceci aurait permis d'amortir les coûts pour les comités de santé dont la mission principale est d'approvisionner les structures en médicaments essentiels. Ça aurait permis également aux I.P.M et mutuelles de santé de négocier une réduction du forfait hospitalier.

En outre, en mettant à la disposition des écoles un personnel sanitaire apte à assurer le suivi de la santé des élèves, les collectivités locales déchargeraient les systèmes d'assurance maladie de certaines dépenses de consultation. Du coup, elles contribueraient à diminuer les frais d'hospitalisation pour les élèves : ce qui participerait à l'augmentation des paquets de bénéfices des institutions d'assurance maladie.

Au total, les collectivités locales peuvent être d'un apport considérable aux systèmes d'assurance maladie. Ces derniers doivent donc travailler à mettre en place des cadres de concertation pour mobiliser les ressources financières des dites collectivités. Ils pourraient également recourir aux partenaires étrangers.

## ***§2: L'appui des partenaires étrangers***

La coopération bilatérale et multilatérale est un appoint important à la mise en œuvre par les Etats comme le Sénégal de nombreux projets dans le domaine de la santé. En effet, les agences de coopération et les organisations internationales ont un rôle important à jouer pour le développement des SAM. Elles peuvent :

- soutenir les Etats dans l'ensemble des réformes qu'ils conduisent et qui améliorent l'environnement des SAM ;



- fournir de l'expertise et participer au financement des activités d'appui / conseil et de formation ;
- apporter un soutien financier direct aux SAM par la constitution de fonds de départ et de garantie ou la mise en place de mécanismes de réassurance ;
- contribuer au renforcement de la disponibilité et de la qualité de soins,
- jouer un rôle significatif dans la promotion des SAM, dans la capitalisation et l'échange d'expériences et plus généralement dans la diffusion d'information sur les SAM.

En outre, la conscience acquise par les populations que les bailleurs de fonds sont enclins à financer les initiatives en matière de santé les incite à s'investir dans les actions de sensibilisation et de mobilisation en rapport avec la santé.

C'est dire que l'exécution correcte des politiques nationales de santé dans les pays sous développés oblige ces derniers à solliciter l'appui des partenaires étrangers riches. Ceux-ci peuvent prendre une part active au financement, à l'organisation et au renforcement des capacités des SAM avec lesquels ils ont partie liée.

En récapitulant, il convient de retenir qu'au Sénégal comme dans la plupart des pays à faible revenu, les ressources financières disponibles pour la santé sont inférieures à la dépense nationale courante de santé. C'est pourquoi il est pertinent de mobiliser les ressources des partenaires étrangers en s'engageant dans des accords de coopération.

## CONCLUSION

L'étude des mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé révèle qu'ils sont plus un palliatif qu'une solution au problème de financement de la santé. Les raisons qui peuvent justifier une telle affirmation sont plus d'une.

D'abord, les I.P.M, comités et mutuelles de santé sont inaccessibles à double points ; elles sont d'une accessibilité géographique limitée ; leur organisation et leur fonctionnement ne prennent pas non plus en compte les conditions des indigents. Ces derniers sont les laissés-pour-compte des SAM car les primes qu'ils exigent pour modiques qu'elles soient, ne sont souvent pas à la portée de leur bourse. Pire, l'obligation d'assistance devant indigence n'est pas établie.

Ensuite, les prestations que les I.P.M, comités et mutuelles de santé proposent à leurs bénéficiaires sont insuffisantes eu égard à la limitation de la prise en charge et des soins dont la qualité n'est pas des meilleures.

Il s'y ajoute enfin que la viabilité des institutions en cause est compromise tenant compte de l'absence de collaboration entre elles et de l'infériorité des primes aux prestations qu'on aurait pu résoudre en instaurant une équité verticale dans le système de contribution.

Ceci dit, il faut travailler à optimiser les mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé. En effet, cette optimisation passe par le renforcement de leur accessibilité et de leur capacité à garantir des soins de qualité. Cette optimisation requiert également une bonne gestion en associant davantage les populations à la prise des décisions les engageant et en concevant des stratégies performantes de prévision des risques. Mais ces mesures doivent se joindre à des mécanismes de solidarité entre tous les participants au financement de la santé pour garantir la durabilité des I.P.M, comités et mutuelles de santé.

Toutefois, l'étude des mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé soulève un problème d'ordre sociologique. L'accès de tous les individus aux systèmes d'assurance maladie n'induit-il pas un risque de médicalisation de la vie humaine ?

## BIBLIOGRAPHIE

### I- Ouvrages généraux

- 1- Abel S.B (1991) : Comment financer la santé pour tous Forum mondial de la santé au Sénégal, vol 12.
- 2- Fassin D., Jeannée E., Salem G., Réveillon M., (1998) : Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine (Sénégal) – Sciences Sociales et Santé, vol. IV.
- 3- Jubet J. & Kinday S. « La pérennité des projets de santé communautaires: Leçon d'une expérience. » Forum mondial de la santé, Revue internationale de développement sanitaire, 17 (1), 1996, pp56-61.
- 4- Ministère de la santé Publique et de l'Action Sociale, Programme National de Développement Sanitaire, 1998, Dakar.
- 5- OMS (1993) : L'influence de la participation financière des populations sur la demande de soins de santé : une aide à la réflexion pour les pays les plus démunis, Série Macro-Economie n°6, Santé et développement, Genève.
- 6- Parker D., Knippenberg R. (1992) : Financement et participation communautaire en Afrique – Décembre 1992.
- 7- RRPS/Sénégal : Etude sur la déconcentration des services de santé au Sénégal, Dakar, Février 2001.
- 8- WSM/ANMC, BIT/SETEP, GT2/Assurance maladie, PHR et AIM. Forum 2000 de la concertation. Dakar, 26-28 septembre 2000.

## **II- Ouvrages spéciaux, Monographie, Mémoires**

- 1- Guèye M., Ndiaye O., Touré M (1997) : Etude relative de la problématique des comités de santé dans la nouvelle politique de développement sanitaire – CICED, Dakar.
- 2- Jutting J., Tine J. (2000) : Système micro-assurance et état de santé dans les pays en voie de développement : une analyse empirique de l'impact des mutuelles de santé en milieu rural sénégalais – Centre de recherche sur le développement (ZEF).
- 3- La concertation, Inventaire des systèmes d'assurance maladies en Afrique : synthèse des travaux de recherches dans 11 pays. Dakar octobre 2004.
- 4- Yonli L. (1995) : Mise en place d'un système informatique de gestion d'I.P.M inter-entreprise du groupe SYPAOA Dakar.

## **III- Articles, Chroniques et Rapports**

- 1- Abrial M., Touré B. (1996) : Le financement du Secteur de la santé au Sénégal – Rapport intermédiaire – MSPAS, PDRH, Dakar.
- 2- ABT Associates INC, Groupement ISED/ISADE (1998) : Evaluation de l'organisation et du mode de fonctionnement des comités de santé – Rapport final, Dakar.
- 3- Atim C., Kouamé J.P & Yo M.E. « Mutuelle de santé et assurance maladie sociale : eux solutions compatibles ou exclusives aux problèmes de financements des soins de santé en Afrique ? » Courier de la consultation (9), 2003 : pp 19-24.
- 4- Diallo I., Fall C., Sarr L.C. (1994) : « Contribution des usagers au financement de la santé : Les comités de santé au Sénégal à l'heure de

l'initiative de Bamako » Bulletin trimestriel de représentation de l'OMS au Sénégal, n°1, Dakar, pp11-15.

5- Diallo S., Flonny B. Gbadonou P. Moussa Y. & Ndiaye J.M., « L'initiative de Bamako : espoir ou illusion ? Réflexion autour de l'expérience béninoise. » Cahiers d'études et de recherche francophone IV (4), 1994 : pp 281-288.

6- Diallo T., Ackeoum S. & Wone I.. « L'initiative de Bamako dope les soins primaires. » Revue internationale de développement sanitaire IV (17), 1996, pp. 417-423.

7- Khou I. « Que faire pour favoriser un usage rationnel des médicaments ? » Forum mondial de la santé. Revue internationale de développement sanitaire 18 (1), 1997. pp 91-96.

8- Ministère de la santé, Assises nationale sur la santé, rapport général tome 2, Dakar juillet 2000.

9- Ministre de la santé, Assises nationales sur la santé. Rapport général, tome 1. Dakar, juillet 2000.

#### **IV- Sites Internet**

[www. Oms. Org](http://www.Oms.Org)

[www. Concertation.org](http://www. Concertation.org)

[www. Cleiss. Fr](http://www. Cleiss. Fr)

[www. Bdsp.tm. fr](http://www. Bdsp.tm. fr)

[www. Dakar .unesco. org](http://www. Dakar .unesco. org)

[www. Santetropicale. com](http://www. Santetropicale. com)

# TABLE DES MATIERES

|  |            |
|--|------------|
| <b>DEDICACE .....</b>  | <b>II</b>  |
| <b>REMERCIEMENTS .....</b>   | <b>III</b> |
| <b>SIGLES .....</b>  | <b>IV</b>  |
| <b>SOMMAIRE.....</b>   | <b>V</b>   |
| <b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>   | <b>1</b>   |
| I- DEFINITION DES TERMES DU SUJET .....  | 1          |
| A- <i>Les mécanismes institutionnels</i> .....   | 1          |
| B- <i>Le financement alternatif</i> .....  | 1          |
| C- <i>La santé</i> .....   | 1          |
| D- <i>L'Institution de prévoyance maladie (I.P.M)</i> .....  | 1          |
| E- <i>Les mutuelles de santé</i> .....   | 2          |
| F- <i>Les Comités de santé</i> .....   | 5          |
| II- PROBLEMATIQUE .....  | 6          |
| III- METHODOLOGIE .....  | 8          |
| <b>PREMIERE PARTIE : LES MECANISMES INSTITUTIONNELS DE FINANCEMENT ALTERNATIF DE LA SANTE : UN PALLIATIF A L'INCAPACITE DE L'ETAT A ASSURER LA TOTALITE DU FINANCEMENT DE LA SANTE .....</b> | <b>10</b>  |
| <b>CHAPITRE 1 : L'INEFFECTIVITE RELATIVE DU DROIT A LA SANTE .....</b>   | <b>12</b>  |
| SECTION 1 : L'ACCESSIBILITE LIMITEE DES MECANISMES INSTITUTIONNELS DE FINANCEMENT ALTERNATIF DE LA SANTE.....  | 12         |
| § <sup>1</sup> : <i>L'accessibilité géographique</i> .....   | 13         |
| § <sup>2</sup> : <i>L'accessibilité financière</i> .....   | 14         |
| SECTION 2 : UNE INSUFFISANCE DES PRESTATIONS .....   | 16         |
| § <sub>1</sub> : <i>La limitation de la prise en charge</i> .....  | 16         |
| § <sup>2</sup> : <i>Les Problèmes liés à la qualité des soins</i> .....  | 18         |
| <b>CHAPITRE 2 : UNE VIABILITE COMPROMISE.....</b>  | <b>21</b>  |
| SECTION 1 : L'ABSENCE DE COLLABORATION ENTRE INSTITUTIONS .....  | 21         |
| § <sub>1</sub> : <i>L'isolement des I.P.M.</i> .....   | 21         |
| § <sub>2</sub> : <i>La considération des mutuelles comme une alternative aux comités de santé</i> .....  | 23         |
| SECTION 2 : LE RISQUE DE DESEQUILIBRE ENTRE COTISATIONS ET PRESTATIONS .....   | 24         |
| § <sup>1</sup> : <i>La faiblesse des cotisations</i> .....   | 24         |
| § <sub>2</sub> : <i>L'insuffisance des participants par rapport aux bénéficiaires</i> .....  | 26         |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>DEUXIEME PARTIE : POUR UNE SOLUTION AU PROBLEME DU FINANCEMENT DE LA SANTE.....</b>                               | <b>28</b> |
| <b>CHAPITRE 1 : L’OPTIMISATION DES MECANISMES INSTITUTIONNELS DE FINANCEMENT ALTERNATIF DE LA SANTE .....</b>        | <b>30</b> |
| SECTION 1 : LA NECESSITE D’UNE PLUS GRANDE ACCESSIBILITE AVEC DES SOINS DE QUALITE.....                              | 30        |
| §1 : <i>Une plus grande accessibilité.....</i>   | 30        |
| §2 : <i>Des soins de qualité.....</i>  | 32        |
| SECTION 2 : LA NECESSITE D’UNE BONNE GESTION .....   | 34        |
| §1 : <i>Une participation populaire accrue .....</i>   | 35        |
| §2 : <i>Une bonne prévision des risques .....</i>  | 37        |
| <b>CHAPITRE 2 : LA MISE EN PLACE DE MECANISMES DE SOLIDARITE ENTRE PARTICIPANTS AU FINANCEMENT DE LA SANTE .....</b> | <b>40</b> |
| SECTION 1 : LA NECESSITE DE MECANISMES DE COMPENSATION.....  | 40        |
| §1 : <i>L’appui des I.P.M, comités et mutuelles de santé riches à ceux qui sont moins riches.....</i>                | 41        |
| §2 : <i>L’appui sélectif de l’Etat aux I.P.M, comités et mutuelles de santé moins riches .....</i>                   | 42        |
| SECTION 2 : LA NECESSITE D’UN APPUI DES COLLECTIVITES LOCALES ET DES PARTENAIRES ETRANGERS.....                      | 44        |
| §1 : <i>L’appui des collectivités locales .....</i>  | 45        |
| §2 : <i>L’appui des partenaires étrangers.....</i>   | 46        |
| <b>CONCLUSION .....</b>  | <b>48</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>  | <b>50</b> |
| <b>TABLE DES MATIERES .....</b>  | <b>53</b> |



## **Le résumé du mémoire**

Nous sommes dans un monde où l'individu est perpétuellement à la recherche du meilleur état de santé possible. Or, un état de complet bien être physique, mental et social coûte cher. C'est pourquoi la santé pose un réel problème de financement ; Les dépenses de santé évoluent au rythme de la consommation médicale qui ne cesse de croître. Cette solution place l'Etat dans une position d'incapacité à assurer la totalité du financement des dépenses de santé. Pareil contexte a commandé la participation d'autres acteurs au financement de la santé. Ce sont entre autres les IPM, les Comités de santé et les Mutuelles de santé.

La question qui fonde l'intérêt de l'étude est celle de savoir si les IPM, les Comités et les Mutuelles de santé sont une solution au problème de financement de la santé ? Une analyse profonde de la question révèle que les institutions sus évoquées sont plus un palliatif qu'une solution au problème que pose le financement de la santé. Les raisons qui expliquent une telle assertion sont plus d'une :

En effet le droit à la santé est relativement ineffectif pour deux raisons essentielles : la première est le fait que les mécanismes institutionnels de financement alternatif de la santé sont d'une accessibilité limitée au plan géographique et financier. La seconde raison trouve sa justification dans la limitation de la prise en charge et les problèmes liés à la qualité des soins.

En outre, la viabilité des institutions en question est comprise pour deux raisons également: la première est l'absence de collaboration entre les IPM, les Comités et les Mutuelles de santé du fait de l'isolement des IPM et de la tendance à considérer les mutuelles de santé comme une alternative aux comités de santé ; la seconde raison est le rapport très souvent déséquilibré entre cotisations et prestations du fait de la faiblesse des cotisations et de l'insuffisance des participants par rapport aux bénéficiaires.

Ceci étant, il est nécessaire de réfléchir à une solution au problème engendré par l'augmentation des dépenses de santé. Cette solution passe à notre avis par deux points essentiels :

Le premier point est relatif à la nécessaire optimisation des mécanismes institutionnels de financement de la santé ; cette optimisation requiert une plus grande accessibilité avec des soins de qualité, mais également une bonne gestion basée sur une participation populaire accrue et une bonne prévision des risques.

Le second point traite de la nécessaire mise en place de mécanismes de solidarité entre participants au financement de santé; A ce sujet, un appui entre les institutions mises en cause s'impose mais également un appui sélectif de l'Etat aux institutions en difficulté sans oublier l'impérieux concours des collectivités locales et des partenaires étrangers.

