

Quelle contribution des mutuelles à l'assurance maladie dans les pays pauvres?

Bruno Boidin

CLERSE, Université de Lille

1. Quelques chiffres (source : OMS)

- ▶ L'Afrique et l'Asie du Sud Est ont le plus faible taux de dépense gouvernementale en % des dépenses totales de santé (48% et 37%)...
- ▶ ...et la plus forte part de dépenses privées (52 et 63%)
- ▶ Mais ces chiffres évoluent lentement vers une plus grande prise en charge gouvernementale
- ▶ Les dépenses de sécurité sociale en % des dépenses publiques de santé demeurent faibles en Afrique et en Asie du sud est (8% et 14%)
- ▶ En Afrique, les dépenses « out of pocket » pour la santé demeurent majoritaires par rapport aux prépaiements privés (mutuelles, assurances...): plus de 55% contre 32% des dépenses privées

Il existe donc un mouvement vers la couverture mutualiste, supposé compenser la faiblesse des dépenses publiques et se substituer progressivement aux dépenses privées « out of pocket ».

Mais la réalité de ce mouvement est encore peu visible dans les statistiques, malgré les annonces politiques

2. Quels sont les obstacles à l'extension des mutuelles de santé?

Une fragilité financière structurelle

Faible taux de recouvrement (40 à 45%)

Faible capacité à payer dans les zones pauvres

Montant faible des adhésions...

Indices de fragilité: taux de disparition élevé; taux de pénétration faible (15% en Afrique de l'Ouest)...

Une insuffisante prise en compte des besoins des bénéficiaires

- ▶ Un impact limité sur les plus pauvres / une opportunité pour les classes moyennes et les travailleurs de l'informel organisés en collectifs professionnels
- ▶ Une connexion limitée avec l'offre de soins (être couvert pour quels services de santé et quelle qualité? - insuffisamment abordé dans les indicateurs de la cible 3.8 des ODD)
- ▶ Des causes/motivations de recours/non recours à prendre en compte:
Priorité aux dépenses de survie plutôt que de prévention
Rigidité du système de recouvrement...

Cible 3.8 des ODD: Couverture santé universelle

3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

3.8.1 Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels telle que déterminée par les interventions de référence concernant notamment la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier)

3.8.2 Nombre de personnes couvertes par une assurance maladie ou un système de santé public pour 1 000 habitants

Un processus de mutualisation formaté?

- ▶ L'insuffisante prise en compte des spécificités locales:

Hétérogénéité sociale, ethnique, culturelle...créer des mutuelles par quartier ou par « communauté »?

- ▶ Défaillances de gestion:

Entre bénévolat et professionnalisation voire entreprise commerciale (ex. au Sénégal: Transvie, Pamecas...): quelle unification?

3. L'exemple des mutuelles de santé au Sénégal: quelle convergence vers la CSU?

- ▶ GRAIM, PAMECAS, REMUSAC, Transvie
- ▶ Toutes ces initiatives revendiquent une logique mutualiste voire d'économie sociale et solidaire y compris dans les valeurs de solidarité, réciprocité, gouvernance démocratique
- ▶ L'étude de ces cas (Alenda, Boidin) fait apparaître une diversité importante des modèles financiers, des motivations des membres, de l'identité commune
- ▶ Fragmentation ou universalisation?

Quelques résultats de l'enquête qualitative

- ▶ Les mutuelles les plus pérennes se caractérisent par une forte solidarité/identité commune entre les membres:

Paradoxe: favoriser les mutuelles fortement communautaires au risque d'une fragmentation du système et au détriment de ceux qui ne sont pas insérés dans les communautés?

- ▶ La gouvernance démocratique, principe fondateur du mouvement mutualiste, est mise à mal par l'asymétrie de pouvoir/connaissance/expérience entre dirigeants et membres
- ▶ Les motivations des membres des mutuelles sont souvent extra-financières: exemple: faire corps avec sa « communauté », assumer son statut...

4. Perspectives

- ▶ Les limites du volontariat mutualiste (voir le cas du Ghana) et de l'auto-financement semblent poser la nécessité d'une obligation de cotisation
- ▶ Cette obligation est la condition *sine qua non* de la pérennité financière à long terme de la CSU
- ▶ Elle peut être impulsée par les acteurs publics de façon différenciée selon les pays (« financements innovants » et mixtes, regroupement des populations par catégories...)
- ▶ Aujourd'hui le développement des mutuelles est plutôt considéré comme un levier vers l'extension de la CSU plutôt qu'un objectif final
- ▶ Mais ce développement soulève la question de la fragmentation: multitude de mutuelles, absence d'économies d'échelle et phénomènes d'exclusion
- ▶ Pas de CSU sans amélioration durable des systèmes de santé et des conditions de vie (déterminants sociaux de la santé)