

SYNTHESE DE LA SESSION DE FORMATION SUR  
« LE DEVELOPPEMENT ET LA VIABILITE DES MUTUELLES DE SANTE EN AFRIQUE »  
Centre de Formation et d'appui Sanitaire (CEFA)  
Kinshasa, du 2 au 6 juin 2003

Depuis un certain nombre d'années, la forte tendance à la hausse du recouvrement des coûts des services de santé a renforcé le besoin de protection de la population face au risque financier lié à la maladie. La majorité des populations des pays en voie de développement ne bénéficie d'aucune protection en dehors des réseaux d'entraide et de solidarité. C'est ainsi qu'on assiste, ces dernières années dans ces pays, à l'émergence des systèmes de protection créés par des acteurs autres que l'Etat : communautés, ONG, associations professionnelles, etc.

Ce sont ces systèmes de protection contre les risques liés à la maladie qui sont communément appelés **Mutuelles de santé**.

Et la République Démocratique du Congo qui a connu il y a des années des expériences dans ce domaine, expériences qui se sont essouffées par la suite, a vraiment besoin, compte tenu de la situation économique qui a appauvri la majorité de la population, de relancer ce mode d'assurance contre les risques liés à la maladie. C'est dire qu'une formation des agents voulant œuvrer dans ce domaine est a priori nécessaire pour pouvoir se prémunir contre tous les dangers existant dans ce domaine.

La session de formation sur « le développement et la viabilité des mutuelles de santé en Afrique » a été organisée par le CEFA-MONKOLE en collaboration avec la GTZ (Coopération Technique Allemande) et le Ministère de la Santé à travers le Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé (PNPMS).

Elle a été animée par Monsieur Claude MEYER du Département « système de santé et prévoyance sociale » du Centre International de Développement et de Recherche (CIDR/Paris) assisté, pour l'organisation du cours, de Mademoiselle Marie-Geneviève de BRABOIS Economiste de la santé de l'Institut Européen de Coopération et de Développement (IECD/Paris).

### **L'approche du CIDR**

La démarche du CIDR qui est celle de la formulation, de la mise en œuvre, de la formation des membres et de l'accompagnement des Mutuelles de santé se déroule essentiellement suivant quatre axes de travail :

- Le premier au niveau des systèmes financiers décentralisés tels les Caisses Villageoises d'Epargne et de Crédit Autogérées (CVEVCA) et le crédit solidaire ;
- Le deuxième au niveau des entreprises de services aux organisations de producteurs ;
- Le troisième se situe aux systèmes de santé et prévoyance sociale et le quatrième s'occupe des dynamiques de territoire et développement communal.
- Le quatrième axe, qui était le point focal de la formation, consiste principalement en une méthodologie de mise en œuvre des mutuelles de santé, c'est à dire des études d'opportunité et de faisabilité, une intervention directe avec équipe locale, un appui décentralisé dans un territoire sanitaire variable, la mise au point des mutuelles de santé adaptées au contexte, diffusion et consolidation, l'institutionnalisation du réseau et la viabilité au niveau du réseau.

## Les relations prestataires/population

Les relations entre prestataires des soins et population sont principalement d'ordre économique, utilitaire et institutionnel.

- **La relation économique** s'articule à travers les coûts induits par un service de qualité (pour le prestataire de soins), la capacité de financement ou capacité contributive (pour la population), l'accessibilité économique qui fait ressortir la cohérence entre le pôle prestataire et le pôle population, la solvabilité de la demande qui est fonction des niveaux de revenus et en dernier lieu du rôle de l'Etat et des bailleurs.
- **La relation d'utilisation** est ressortie à travers la qualité perçue des soins du côté de la population, la tarification pour permettre au prestataire de financer les coûts, la disponibilité monétaire de la population face à la tarification des prestataires et la cohérence entre les deux pôles.
- **La relation institutionnelle** ressort quant à elle à travers une participation communautaire et une répartition des responsabilités pour ce qui est des relations avec les prestataires publics ; de propriété du système et de la composition de l'organe de gouvernance pour ce qui est des relations avec les prestataires privés.

Il existe cependant des phénomènes qui font que certaines populations soient privées de soins modernes. On appelle ces phénomènes des **exclusions**. Il y a principalement quatre types d'exclusions : culturelles, géographiques, économiques et financières.

- Les exclusions de type **culturel** comprennent en grande partie certaines pratiques traditionnelles telles que les accouchements à domicile, le recours aux guérisseurs ;
- les exclusions de type **géographique** comprennent l'enclavement, la distance, le temps d'accès au centre de santé et l'absence de moyens de transport ;
- les exclusions de type **économique**, qui reflètent une inaccessibilité permanente liée à un pouvoir d'achat insuffisant par rapport aux coûts des soins, peuvent être totales (indigence) ou partielles ;
- les exclusions de type **financier** qui sont une inaccessibilité temporaire liée à l'absence de la trésorerie nécessaire au moment des soins. Elles peuvent être partielles, temporaires ou saisonnières et elles poussent les ménages à développer des stratégies pour financer les soins. Ces derniers recourent soit à des ressources propres (épargne, vente de biens, travail d'appoint,...) soit à des ressources collectives (emprunt, dons ...).

## Les différents systèmes d'assurance maladie opérationnels en Afrique

En Afrique plus particulièrement, plusieurs mécanismes de prévoyance maladie sont mises en œuvre : il s'agit notamment des systèmes traditionnels (tontines, groupes d'entraide,...), d'un abonnement avec carte auprès d'un prestataire souvent unique ou d'un système de crédit santé.

Avec **l'assurance maladie** qui est définie comme un instrument financier qui, par le versement d'une prime, garantit des prestations en cas de survenue d'un risque, apparaissent certaines notions importantes : risque, sécurité, contrat, mutualisation du risque, gestion du risque qui souvent n'étaient pas toujours prises en compte dans nos systèmes traditionnels. En considérant le cas de la gestion du

risque on constate qu'elle comporte un certain nombre de risques qui, s'ils ne sont pas pris en compte, peuvent contribuer à l'échec de la viabilité et du développement d'une mutuelle de santé. Parmi ces risques nous pouvons citer :

- L'**antisélection** qui est le fait que certaines adhésions à la mutuelle ne soient motivées que par l'existence d'un risque maladie plus élevé que la moyenne ;
- Le **risque moral** que l'on remarque par une surconsommation de soins induite par la conscience de la prise en charge externe des prestations par la mutuelle ;
- Le troisième risque est le **dérapiage des coûts** qui est le fait d'une surprescription du prestataire et/ou augmentation continue des tarifs des prestations.

Afin de pouvoir se prémunir contre tous ces risques les mutuelles de santé devront être caractérisées par la liberté d'adhésion, la solidarité entre les membres, la non lucrativité, la démocratie de fonctionnement et l'indépendance avec différents systèmes de prise en charge des membres : le paiement d'une avance forfaitaire, le remboursement forfaitaire, le système du tiers payant et le co-paiement.

### **Les facteurs de viabilité des mutuelles de santé**

Il y a lieu de distinguer les facteurs de viabilité économique et sociale, technique, institutionnelle et liés à l'offre de soins et à la tutelle sanitaire.

- **Les facteurs de viabilité économique et sociale** sont ceux liés à l'environnement économique dans lequel devra évoluer la mutuelle. Cet environnement est caractérisé par le niveau absolu des revenus à travers lequel on sait mesurer la capacité structurelle de la population à cotiser ; la dynamique de l'évolution des revenus (dépenses, élasticité de la demande d'assurance) ; la diversité des sources de revenus (les périodes de paiement de la cotisation par exemple, car la plupart des populations concernées viennent des milieux ruraux et sont confrontées à la saisonnalité de leurs activités et ne sont par conséquent capables de payer leurs cotisations qu'après la vente des produits de leur récolte) ; la stabilité monétaire ; le niveau de l'inflation, le fonctionnement du système bancaire, les coûts de fonctionnement tant internes qu'externes des mutuelles, les performances des mutuelles que l'on mesure par l'évolution de leur taille et du taux de pénétration, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de bénéficiaires et la population en général ; la consolidation financière (système de garantie par l'existence des réserves de sécurité, de fonds d'intervention, la réassurance,...) ; la population cible, caractérisée par sa taille et sa densité, sa structuration sociale, la présence de leaders communautaires en son sein, son niveau d'éducation et son acceptation du principe de l'assurance maladie.
- **Les facteurs de viabilité technique** font référence aux modalités d'adhésion aux mécanismes de fixation et de paiement de la cotisation, à la qualité du portefeuille des risques couverts, c'est-à-dire le choix des prestations couvertes et des prestations liées aux mécanismes de maîtrise de la consommation (délai de carence, référence obligatoire, autorisation préalable, etc.), aux mécanismes de contrôle (contrôle des droits a priori et des consommations a posteriori), aux modalités de paiement des prestataires de soins (de compte à compte ou cash),

à l'utilisation des outils de gestion (registres des membres et des cotisations) et de suivi (prises en charge, exécution budgétaire, trésorerie), au calcul des cotisations, à la fonction d'audit et à la production des états financiers.

- **Les facteurs de viabilité institutionnelle** concernent la séparation des fonctions au sein de la mutuelle (les organes décisionnels, les organes exécutifs et les organes de contrôle), les enjeux par fonction (gouvernance participative, le choix des responsables exécutifs et l'efficacité du contrôle), la répartition des fonctions au sein du réseau des mutuelles (représentation, partage des fonctions techniques, la fonction d'innovation et de développement) et le statut des mutuelles (absence de statut juridique qui exige souplesse et expérimentation mais qui dénote une faible protection des membres, la forme associative, le statut juridique mutualiste c'est-à-dire la relation avec la tutelle technique et une forte protection des membres).
- **Les facteurs de viabilité des mutuelles de santé liés à l'offre de soins** sont relatifs à la qualité et la tarification de soins, aux éléments de gestion des patients, du personnel et financière, à des aspects structurels tels que l'accessibilité géographique, la capacité d'absorption (taux d'occupation moyen, adéquation avec les soins sélectionnés) et le statut du prestataire, à l'implication du personnel (position de la direction, formation initiale et information continue du personnel), au respect des engagements, etc.
- **Les facteurs de viabilité liés à la tutelle sanitaire** : il est question d'examiner la position et la contribution des gouvernants aux niveaux politique, central et décentralisé sur la question des mutuelles de santé.

### **Les enjeux de la contractualisation prestataires / mutuelles de santé**

Il s'agit d'examiner les étapes nécessaires pour aboutir à la signature d'un contrat entre prestataire de soins et mutuelles de santé.

- En premier lieu, il doit exister dans chacun des contractants une logique de co-développement ; en d'autres termes, chaque camp doit avoir non seulement le souci de son propre développement mais celui de l'autre.
- En second lieu, il faut définir un cadre pour la démarche de contractualisation, c'est-à-dire une expérimentation pilote (arrangement local avec ou sans personnalité civile ou morale), l'existence d'une convention cadre (capitalisation d'expériences ou la volonté de réduire les possibilités) et l'existence d'une législation pouvant sécuriser le contrat.
- En troisième lieu, il faut mettre en place le processus contractuel par la formation préalable pour la maîtrise des enjeux et des techniques de négociation par les deux protagonistes, en passant par une phase opérationnelle incluant le temps des négociations de formalisation et de la signature du contrat et, par la suite, en assurer le suivi et l'évaluation.

## **Situation de la République Démocratique du Congo**

La RDC est sans nul doute l'un des premiers pays d'Afrique à avoir tenté l'expérience des mutuelles de santé en Afrique, plus précisément à l'Est du pays. Le plus souvent ce sont les situations de guerre qui viennent interrompre ces expériences dans le domaine de l'assurance maladie. Actuellement, sa situation politique et économique fait d'elle un cas un peu particulier dans ce domaine comparativement aux expériences menées dans d'autres pays africains, plus particulièrement en Afrique de l'Ouest il y a quelques déjà et plus récemment en Afrique de l'Est.

Ce pays a quelques particularités en ce qui concerne par exemple la tarification des prestations des soins qui est presque souvent indexée par rapport au dollar américain, l'hétérogénéité de sa population (urbaine surtout : cas de la ville de Kinshasa). Ces faits constituent des inconvénients pour l'implantation des mutuelles de santé. En plus de cela, il existe déjà en RDC une réelle volonté politique d'assurer à toute la population des soins de qualité par l'encouragement des mutuelles de santé. Nous le voyons avec la mise en place du Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé (PNPMS). Ce qui est un atout majeur pour le développement et la viabilité des mutuelles de santé.

Simon ILONGA  
Coordinateur de mutuelle de santé  
Centre Hospitalier Monkole