

III – DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE

A. Contexte d'émergence

Les organisations de prise en charge collective des soins de santé ne sont guère développées en Côte d'Ivoire. Il existe certes une floraison d'associations mais elles s'occupent plus ou moins de la santé et en outre n'ont pas une grande implantation. L'on peut expliquer cette insuffisance par le fait que l'Etat avait dans le passé une trop grande propension à intervenir directement dans les secteurs sociaux. L'Etat, en effet, est jusqu'à présent le plus grand investisseur dans le domaine de la santé et de l'éducation (62 % des infrastructures sanitaires sont d'origine publique, Gabriel Lisette, 1995). Cela a laissé les populations dans une position d'attentisme et d'assistance. Avec la crise économique, cet effort d'investissement dans les secteurs sociaux s'est ralenti. L'Etat a dû recourir au partenariat avec la société civile, les organisations internationales pour rechercher de nouvelles sources de financement destinées à compléter les ressources publiques en vue de maintenir les infrastructures sanitaires dans un état de qualité acceptable. C'est ainsi que des initiatives individuelles ou communautaires ont vu le jour pour répondre aux nombreux besoins de santé des populations non satisfaits par l'Etat. Les facteurs favorisant cette prise de conscience en faveur des mutuelles ou les associations de santé sont les suivants :

- L'instauration d'une participation financière des utilisateurs aux coûts des services offerts par les structures publiques. Il s'est développé chez les utilisateurs une tradition de coût qui n'était pas évidente il y a quelques années. Dans le même temps, les populations deviennent de plus en plus exigeantes quant à la qualité des services offerts et surtout revendiquent une plus grande autonomie de fonctionnement des centres. Cet état d'esprit a poussé les populations à mettre en place des structures telles que les Formations Sanitaires à gestion Communautaire (FSU-Com) qu'elles peuvent influencer pour définir elles-mêmes les soins dont elles ont besoin.
- La participation des communautés villageoises au financement des infrastructures sociales de base (centres de santé, écoles) dans le cadre des Fonds Régionaux d'Aménagement Rural (FRAR). Ces Fonds mis à la disposition des Sous-Préfectures sont cofinancés par l'Etat et les populations bénéficiaires. Ces dernières s'acquittent de leur quote-part en mettant en place des organisations sociales chargées de la collecte et la gestion de ces fonds. C'est une pratique qui a préparé les populations à la prise de responsabilité dans le choix des infrastructures sociales.
- La définition du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui en fixant les grandes orientations stratégiques de la politique sanitaire du pays pour la décennie 1996-2005 fait une large place à la multisectorialité pour le financement et la gestion du secteur de la santé. Le secteur privé, la société civile et les organisations internationales sont officiellement associés à la définition des priorités, à leur mise en œuvre selon les intérêts et les spécificités de chacun des partenaires. C'est dans ce cadre qu'on assiste à une floraison d'ONG, associations et organismes professionnels intervenant dans tous les secteurs de la santé. Ces organisations sont d'autant plus dynamiques qu'elles ont la préférence des bailleurs de fonds pour le choix du canal de leurs aides aux populations.
- Les stratégies de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale deviennent de nouvelles priorités des partenaires au développement. De nombreux investisseurs institutionnels accordent une place de choix aux formes nouvelles de prise en charge des soins de santé primaires par les populations elles-mêmes en vue d'atteindre une médecine de proximité. Parmi ces formes nouvelles, la mutualité apparaît comme un concept qui permet

d'atteindre certains objectifs fondamentaux, à savoir la gouvernance démocratique du secteur de la santé, l'amélioration de la qualité et l'efficacité des services de soins et surtout l'équité dans la distribution et le financement des services.

B. Atouts et contraintes au développement des mutuelles

1. Atouts

Parmi les associations de santé répertoriées, vingt neuf (29) sur soixante quatre (64) ont établi des relations avec un ou plusieurs prestataires conventionnés. La plupart des conventionnements concernent les structures publiques (hôpitaux) peut être en raison de leur meilleure accessibilité géographique et financière. C'est un avantage certes mais qui reste limité dans la mesure où ces organisations n'ont pas encore le poids pour négocier sur des aspects de la qualité et le coût des soins. Dans de rares cas, la formule de tiers-payant leur accorde un avantage d'accessibilité financière immédiate aux mutualistes.

- Les actions des partenaires au développement et celles de l'Etat ivoirien vont dans le sens de la promotion des mutuelles de santé. Un certain nombre de bailleurs ont pris des initiatives directes de promotion et de soutien. C'est le cas de la GTZ (coopération allemande) qui expérimente la mise en place d'une mutuelle de santé à Man, dans l'Ouest du pays. Cette mutuelle vise une population cible de 9 000 habitants et va fonctionner en relation avec le centre de santé urbain de la zone d'habitation des populations cibles. Les études épidémiologiques et financières sont terminées.
-
- C'est également le cas du Service de Coopération et Action Culturelle du Ministère français des Affaires Etrangères (ancienne Coopération française) qui soutient les associations gestionnaires des onze formations sanitaires urbaines à gestion communautaire créées à Abidjan. Dans le cadre du nouveau projet sectoriel dédié à la santé, le volet aux FSU-Com se maintiendra et deux mutuelles de santé de base seront appuyées.
- Quant à l'appui de la Banque Africaine de Développement, il se concentre sur la promotion des mutuelles de santé dans le secteur informel en vue de renforcer la compétitivité de l'économie.
-
- L'Etat en partenariat avec la Banque Mondiale est le promoteur d'un projet d'assurance maladie décentralisée à fondement mutualiste. Des expériences pilotes de mutuelles d'assurance-maladie à base géographique sont en cours dans le Centre et le Centre-Ouest du pays. Il s'agit de développer un plan d'assurance mutuelle pour la couverture d'un paquet minimum d'activités au niveau du district en vue d'accroître l'accessibilité aux soins des populations qui ont des revenus modestes.
-
- Le mouvement gagne le secteur des assurances où l'on observe des courtiers mettant en place au sein des entreprises des mutuelles de santé financées par les salariés et les employeurs. Ces interventions s'inscrivent dans le cadre des conventions collectives du travail qui favorisent la médecine d'entreprise. Certains assureurs vont jusque dans les villages pour aider les populations à monter des mutuelles villageoises. C'est le cas de la mutuelle Ouyiné de Yacolidabouo dans le Sud-Ouest du pays. C'est une mutuelle qui a vu le jour grâce à l'action d'un grand patron d'entreprise en l'occurrence le Président de la compagnie ivoirienne d'électricité et de la Société de distribution de l'eau, originaire du village.

-
- Les domaines d'appui varient selon les structures. Les organisations internationales commencent à élaborer des stratégies d'appuis à la mutualisation du risque maladie. Sur les soixante quatre associations répertoriées, six (9 %) ont des relations avec des bailleurs. Il faut noter que les appuis des organisations internationales vont pour l'instant vers des projets d'associations de santé initiés directement ou indirectement par le gouvernement. C'est le cas notamment des projets d'assurance maladie mutuelle couvrant tant le secteur formel que le secteur informel. Ces appuis comprennent l'assistance technique pour la définition et l'élaboration des politiques et stratégies d'actions, la formation des animateurs des projets, la sensibilisation et la mobilisation des populations, le fonctionnement, l'investissement et l'évaluation des expériences pilotes.
- Cette approche d'intervention directe est partagée par les assureurs privés qui font la promotion des mutuelles d'entreprises. Les mutuelles de santé qui commencent à se développer dans les entreprises au détriment du marché classique des assurances privées bénéficient de l'assistance technique du promoteur pour le montage social et institutionnel de la mutuelle, la gestion technique du risque et le contrôle médical. Les mutualistes ne font qu'apporter les ressources nécessaires pour le bon fonctionnement de leur mutuelle.

Au total, il est difficile d'évaluer actuellement l'impact des structures d'appui sur le mouvement mutualiste en raison de son faible développement et du fait que l'action de promotion ne fait que débiter. Il existe certes au plan national de nombreuses mutuelles ou associations de développement embrassant des champs divers tels la culture, la politique, l'économie (plus de 70 % des mutuelles dans le répertoire font d'autres prestations que la santé), mais la priorité accordée à la santé n'est pas encore évidente. On note tout de même un début de prise de conscience. Dans le répertoire, 27 % des organisations prennent en charge exclusivement la santé. Cette dynamique est impulsée par l'intervention directe de l'Etat appuyée par les partenaires au développement. En outre, de nombreuses ONG se positionnent ainsi que des initiatives privées qui élaborent des projets d'amélioration des soins de santé au profit des communautés. L'impact significatif se constate au niveau professionnel où une dizaine de mutuelles d'entreprises ont déjà vu le jour en moins de deux ans. Ces mouvements de la société civile, des ONG et des groupements professionnels sont intéressants dans la perspective de la généralisation de l'assurance-maladie en Côte d'Ivoire qui pourra s'appuyer sur des organisations structurées et existantes dans la plupart des secteurs socio-économiques.

2. Contraintes

Le mouvement mutualiste tarde à prendre de l'envol en raison de plusieurs facteurs à la fois endogènes et exogènes aux organisations. Les populations ont été longtemps prises en charge directement par l'Etat ivoirien qui disposait de richesses relativement importantes générées par la production agricole du café et du cacao. Le gouvernement proclame volontiers qu'il pratique un social hardi sans être un pays socialiste. Ce bien-être social a permis aux ivoiriens d'avoir l'un des revenus par tête les plus élevés de la sous-région ; ce qui leur permettait «d'acheter» aisément des soins de santé auprès des investisseurs institutionnels sans trop se soucier de leur coût.

Avec l'apparition brutale de la crise économique, les possibilités de l'Etat ont été limitées par rapport aux besoins des populations, entraînant une dégradation de l'indice de développement humain du pays. Devant cette situation, les réflexes d'une reconversion de mentalités

souhaitée par l'Etat sont lents à se dessiner. Certes quelques initiatives privées d'encadrement des populations ont vu le jour mais elles se sont souvent soldées par des échecs qui ont laissé un goût amer aux populations grugées dans ces opérations sociales. De sorte qu'aujourd'hui, ces populations n'ont plus confiance aux initiateurs des mouvements sociaux faisant appel à l'épargne sans la caution de l'Etat.

Les organisations de santé sont également confrontées à la faiblesse de leur taille et des capacités contributives des membres. Certaines dont la taille est relativement grande et qui ne peuvent donc disposer d'un pouvoir efficace d'auto-contrôle de groupe (Mutuelle des fonctionnaires (MUGEF-CI), Fonds de Prévoyance Militaire) sont confrontées au phénomène de la fraude (estimée à 30 % des demandes de remboursement pour la MUGEF-CI). Un autre élément observé c'est que l'organisation de mutuelles en zone urbaine est confrontée à des difficultés tenant à l'affaiblissement des liens de solidarité.

Par ailleurs, il convient de relever l'inéquité dans la répartition géographique de l'offre de soins tant publique que privée. Quatre vingt pour cent (85 %) des médecins sont installés à Abidjan. Le taux d'accessibilité géographique aux soins est de 61 % en zone urbaine contre 18 % en zone rurale. Dans ces conditions, il est évident que les mutuelles ne peuvent se créer plus facilement que dans les zones où l'offre de soins est disponible, c'est-à-dire principalement dans les grandes villes.

IV – RELATIONS DES MUTUELLES AVEC LES PARTENAIRES

1. Avec les structures d'appui

Comme cela a été dit plus haut, il y a peu d'organisations qui bénéficient d'appuis logistique et matériel de la part des promoteurs et des institutions de soutien. Généralement ce sont les promoteurs qui décident eux-mêmes du choix de l'implantation et des populations cibles par rapport aux objectifs qu'ils se sont fixés.

B. Avec l'Etat

En l'absence d'une réglementation spécifique à la mutualité, c'est la loi sur les associations qui sert de cadre légal à l'existence des organisations mutualistes. Cette loi prescrit l'autorisation préalable de l'administration pour le démarrage des activités de toute association. Cette obligation légale n'est pas toujours respectée. Seulement vingt organisations répertoriés ont des relations avec le Ministère de l'Intérieur. Plusieurs organisations établissent des relations avec d'autres Ministères. C'est le cas du Ministère de la Santé avec lequel vingt et une déclarent avoir établi des liens. Les organisations qui ont des liens avec les communes sont au nombre de vingt cinq. Les organisations qui n'ont aucun contact avec les structures du gouvernement sont au nombre de vingt huit.

C. Avec les prestataires de soins

1. les prestataires publics

La plupart des organisations qui établissent des relations avec les prestataires de soins le font avec les formations sanitaires publiques. Ces relations consistent simplement à faire admettre les mutualistes dans ces formations en cas de maladie. Ce sont parfois des relations de tiers-payant qui permettent aux mutuelles de payer les notes d'honoraires des mutualistes. Par ailleurs, l'on constate des formes nouvelles de partenariat entre les prestataires de soins et les

usagers. Ce sont les associations d'usagers qui gèrent les formations sanitaires urbaines dans le cadre d'une convention de service publique avec le Ministère de la Santé Publique. Ces formations offrent un système d'abonnements qui ne constituent pas encore une véritable mutuelle ou partage de risque, mais représentent plutôt un système naissant du pré-paiement non mutualisé (Ortiz, 1998).

Certaines mutuelles qui se sont créées autour des centres de santé ruraux achètent les médicaments au prix de la Pharmacie de la Santé Publique. En plus de cette facilité qui est accordée à toutes les formations sanitaires publiques, la mutuelle de Yacolidabouo a renforcé son pouvoir de négociation avec le Ministère de la Santé en relevant substantiellement les tarifs officiels des actes de santé arrêtés par le Ministère en vue de rééquilibrer les comptes d'exploitation de la mutuelle qui gère en fait le centre.

De manière générale, il faut souligner que les formations sanitaires publiques en dehors des établissements hospitalo-universitaires n'ont pas d'autonomie administrative qui puisse leur permettre de négocier des conventions avec les organisations mutualistes. Il faut regretter cette situation qui n'est pas de nature à favoriser la promotion, la viabilité et l'efficacité de l'offre publique de soins.

2. les prestataires privés

Les organisations mutualistes d'origine professionnelle s'inspirent largement des règles de gestion des compagnies d'assurance privée qui en sont d'ailleurs souvent les promoteurs. Ces organisations sont gérées dans le cadre d'un réseau de soins (managed care). Les mutualistes sont dirigés vers des établissements de soins conventionnés par le courtier gestionnaire. Celui-ci impose aux établissements des règles relatives à la prescription et à la rémunération. La tendance actuelle de ces gestionnaires est de créer des structures sanitaires interentreprises propres aux adhérents des mutuelles et dans lesquelles les prestations sont contrôlées directement par le gestionnaire.

V – DEVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES ET COMPETENCES

Les actions conjuguées de l'Etat, des partenaires au développement et de quelques acteurs de la société civile ont permis d'éveiller une timide prise de conscience du phénomène de la mutualité santé. L'Etat notamment, procède depuis quatre ans par l'intermédiaire du Programme National de Promotion de Mutuelles d'Assurance-Maladie (PRO.NA.PAM), à des campagnes d'information et de sensibilisation sur l'assurance-maladie à fondement mutualiste. Les visites techniques dans les régions pilotes sont largement couvertes par la presse. Ces actions publicitaires ont pour effet de créer une demande de plus en plus forte mais qui est pour le moment non satisfaite.

VI – REPERTOIRE DES MUTUELLES DE SANTE

Les tableaux ci-dessous indiquent les principales caractéristiques des organisations répertoriées.

Tableau 1. Matrice de sélection des mutuelles de santé

Types de Mutuelle	Mutuelle rurale	Mutuelle urbaine	Mutuelle basée sur une Profession	Total	% du total
1.Type traditionnel (basé sur un réseau social clanique ou ethnique)	1	7	–	8	12,50
2.Mutuelle ou association s’occupant de la santé et ayant un caractère de mouvement social*	–	26	27	53	82,82
3.Système de financement communautaire (cogéré avec les prestataires de soins)&	–	1	–	1	1,56
4. Système d’assurance Sociale	-	2	–	2	3,12
T O T A L	1	36	27	64	100

- *y compris le projet de mutuelle de Man finance par la GTZ.
- §.Une fédération de onze associations de gestion des formations sanitaires urbaines à base communautaire, cogérées par les usagers et les prestataires de soins.
-
- La majeure partie des organisations appartient à un mouvement social très ouvert ou la santé n’est pas exclusive. Dans ce mouvement, 27 organisations à base professionnelle prennent en charge la santé exclusivement. Huit organisations sont de type traditionnel (basé sur le clan ou l’ethnie) dont une est située en milieu rural.
- Deux organisations en projet concernent l’assurance sociale maladie basée sur les districts sanitaires. Ces projets vont être exécutés par un consultant international en vue de déterminer les conditions d’implantation expérimentale et de généralisation de l’assurance-maladie.

Tableau 2. Age des mutuelles inventoriées (à partir du début de l'activité d'assurance)

< 1 an*		1 – 3 ans		> 3 ans		Total	
Nombre	% du total	Nombre	% du total	Nombre	% du total	Nombre	% du total
5	7,81	22	34,38	37	57,81	64	100

*y compris celles qui n'ont pas démarré leur activité, mais qui sont en état de projet.

- Les organisations sont relativement anciennes (la plupart ont plus de 3 ans). Toutefois, environs trois quarts admettent des difficultés d'ordre financières, organisationnelles ou managériales.
- Tableau 3. Distribution en fonction du nombre des membres

Nombre d'adhérents	Nombre de Mutuelles	% du total
Moins de 100	20	31,25
100 - 1000	30	46,87
1001 – 10 000	9	14,06
10.001 – 100 000	2	3,13
Plus de 100.000*	3	4,69
TOTAL	64	100

*y compris les expériences pilotes de Yamoussoukro et Daloa

-
- L'on observe que près de 80% des organisations (50 sur 64) ont moins de 1000 adhérents. La faiblesse de la taille de ces organisations ne peut pas garantir leur viabilité à longue terme.

Tableau 4 : Couverture des personnes à charge et des familles

Possibilité d'abonnement familiale	Familles couvertes obligatoirement	Familles et ayant droit exclus
24(nombre)	21(nombre)	19 (nombre)

La plupart des organisations permettent d'assurer toute la famille. L'unité de cotisation devient la famille au lieu de l'individu.

VII – PERFORMANCE ET CONTRIBUTION AU DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE

Il a paru intéressant d'évaluer les performances et les contributions des organisations mutualistes au développement du système de santé sur la base de certains critères d'analyse tels le degré de mobilisation des ressources additionnelles, l'efficacité de ces structures sur le plan technique et sur celui de l'allocation des ressources, l'équité, l'amélioration de la qualité des soins, l'autonomie et la viabilité. Cette évaluation malheureusement, n'a pu se faire dans toutes ses composantes en raison des difficultés de collecte des données qui n'étaient pas toujours disponibles. Les analyses qui ont pu se faire ont porté sur des aspects théoriques recensés à partir de l'analyse des caractéristiques structurelles de quelques organisations particulières qui ont répondu aux critères d'analyse.

A . Mobilisation des ressources

Cette question a été étudiée à partir des sources de financement du secteur de la santé notamment le recouvrement du coût des actes de santé et la part générée par les assurances. Les organisations mutualistes existantes participent d'une certaine manière au recouvrement des coûts. De façon générale, les résultats globaux obtenus sont encore très limités dans la mesure où l'on a enregistré au plan national seulement 5 à 6 % d'accroissement des ressources budgétaires affectées aux centres de santé. Quant aux assurances, il faut noter que leur part dans le financement de la santé s'élève à 15 milliards de FCFA sur des dépenses totales de santé estimées à 173 milliards de FCA soit 9 % (Shepard, 1996). Sur cette part, la Mutuelle des Fonctionnaires contribue pour 5 milliards de FCA soit 3 % des dépenses totales de santé.

A partir de ces données, il est aisé de comprendre que les organisations mutualistes ne peuvent que contribuer très faiblement à la mobilisation des ressources en raison de leur petite taille (près de 80 % du répertoire ont moins de 1000 membres) et de leur faible répartition géographique. Cependant, prises globalement, ces organisations renferment un potentiel de mobilisation de ressources par personne adhérente. Le nombre total des adhérents aux organisations répertoriées est de 221 812 sans compter les populations des zones cibles de l'expérimentation de l'assurance maladie à Yamoussoukro, Daloa et Man (environ 300.000). L'impact des mutuelles sur la mobilisation des ressources a été analysé à l'aide d'indicateurs tel le mécanisme de financement utilisé par les différentes structures.

B. Efficience

L'efficience du fonctionnement d'une mutuelle dépend de facteurs tels que l'emploi de techniques de gestion du risque, les méthodes utilisées pour réduire les abus ou pour contrôler efficacement l'utilisation des services et, lorsque les médicaments sont couverts, la mise en place ou non d'une politique de médicaments essentiels et génériques. Le but de la présente analyse est de mettre en évidence l'incidence des caractéristiques structurelles des mutuelles sur l'efficience.

Tableau 5 Distribution en fonction des prestations couvertes

CONSULTATION	MEDICAMENT	MATERNITE	HOSPITALISATION
34(nombre)	48(nombre)	40(nombre)	40(nombre)

Les prestations couvertes comme le montre le tableau 5 ci-dessus, concernent majoritairement les médicaments. Or ces prestations sont comme les autres soins ambulatoires sujettes au risque moral. Il a été également observé que peu de mutuelles ne privilégie les médicaments génériques ou n'institue le système de référence obligatoire. A l'exception de la MUGEF-CI qui plafonne les prises à charge à 70%, les autres organisations sont largement soumises au risque moral puisqu'elles garantissent une couverture à 100%. Il est souhaitable d'envisager des mesures de maîtrise des coûts pour combattre la sélection adverse et le risque moral.

•

- La sélection adverse

La sélection adverse est plus difficile à combattre dans les systèmes d'assurance volontaire. C'est pourquoi certaines organisations, en particulier celles basées sur les professions, les entreprises et les syndicats imposent à leurs membres de rejoindre le système éliminant, de ce

fait, la sélection adverse. Lorsqu'il n'existe pas d'adhésion obligatoire comme c'est le cas pour la presque totalité des mutuelles à assise non professionnelle, il est utilisé d'autres mesures comme l'instauration d'une période d'observation (3 à 6 mois) pendant laquelle les membres cotisent sans avoir droit aux prestations ou l'obligation de souscription de tous les membres de la famille de l'adhérent.

- Le risque moral

Pour combattre le risque moral (comme la fraude et l'abus), une mutuelle de type traditionnel basée sur l'appartenance ethnique devrait pouvoir compter sur le contrôle social effectué par les membres eux-mêmes. L'étude n'a pas pu effectuer d'enquête sur cette question. Dans l'étude, la MUGEF-CI applique un copaiement au taux de 30%, tandis que les mutuelles professionnelles ont des tickets modérateurs plus bas (20%).

C. Équité

L'équité a été analysée au regard du financement et de la délivrance des soins de santé. En ce qui concerne l'équité dans le financement, il a été pertinent d'examiner la structure des cotisations et la présence d'éléments d'évaluation du risque individuel. Pour l'équité dans la délivrance des soins, la question a été de savoir si les prestations sont liées à la contribution financière de l'individu et quel apport a été fait au bénéfice des plus démunis, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas les moyens de payer les cotisations.

Un autre élément concernant l'équité a été de savoir quelle partie de la population et quelles régions du pays sont ciblées par les mutuelles. Dans le répertoire, dix huit organisations (28,12%) ont une échelle variable de cotisations basée sur les revenus ou les catégories sociales. Les cotisations sont établies comme un pourcentage des revenus des membres, ce qui implique que ceux qui gagnent le plus paient le plus en valeur absolue. La plupart des organisations répertoriées prévoient des cotisations avec des montants fixes par personne variant parfois avec la catégorie sociale. Une seule mutuelle utilise une échelle de cotisations basée sur la taille de la famille qui est structurée de façon à rendre l'adhésion de la famille plus attractive que celle des individus. Il s'agit de la mutuelle de Ouyiné.

Aucune organisation n'établit de distinction basée sur le genre (femme/homme) dans la fixation des taux de cotisation, mais quelques associations féminines n'ont que des adhérents féminines. Il n'y a pas non plus de mécanisme d'exemption de cotisations pour les personnes très pauvres. En ce qui concerne l'équité dans la délivrance des soins de santé, il faut noter que les prestations offertes ne sont pas liées aux montants des contributions.

S'agissant de l'équité géographique et sectorielle, la restriction du champ d'application de l'étude n'a pas permis d'avoir des données satisfaisantes sur la question. En effet la population cible du répertoire est concentrée à 93,75% à Abidjan où un répertoire des mutuelles a été établi dans le cadre du Projet Santé Abidjan. Une mutuelle seulement cible uniquement des populations rurales. Cependant, à l'intérieur de l'échantillonnage, on observe une équité sectorielle dans la mesure où vingt deux organisations (34,37%) ciblent des personnes des secteurs informel et associatif urbains, qui constituent un groupe défavorisé en matière d'accès aux soins de santé puisque n'étant pas couverts par les systèmes formels de sécurité sociale.

D. Qualité

Les systèmes publics de santé ont la réputation de proposer des services de faible qualité. Les mutuelles peuvent améliorer la qualité de ces services de santé en engageant des négociations avec les prestataires (par exemple pour réduire le temps d'attente et améliorer le comportement du personnel à l'égard des patients), en vérifiant la prescription et la qualité des soins et en aidant à la création de fonds de roulement de médicaments. Dans l'étude, l'aspect qualité n'est pas développé en raison de l'absence de capacités des organisations à négocier la qualité des prestations. Par contre, le contrôle des coûts fait l'objet de préoccupation de la part notamment des organisations mutualistes professionnelles qui mettent en place des mécanismes de contrôle des prescriptions des prestataires. Les assurances privées qui ont en charge la gestion technique du risque font du « managed care » en contrôlant à la fois l'admissibilité aux soins, la consommation et la prescription.

Les projets gouvernementaux d'assurance mutuelle maladie préconisent une panoplie de mesures de maîtrise des coûts telles les références médicales opposables pour rationaliser les prescriptions, le filtrage d'accès aux soins de spécialistes et le paiement par capitation. Ces mesures supposent que les organisations disposent de compétences techniques, médicales et pharmaceutiques. Ce qui n'est pas à la portée des organisations répertoriées.

VIII – CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Ce papier sur les mutuelles de santé en Côte d'Ivoire essaie d'analyser quantitativement et qualitativement le mouvement de la mutualité santé naissant. L'ampleur de ce papier, nécessairement limitée par le temps et les moyens accordés, va se poursuivre pour approfondir l'analyse du mouvement au niveau national et évaluer sa dynamique et son impact sur l'offre de soins. Pour les besoins du séminaire de la Concertation, et en vue d'informer les participants de ce qui est en cours en Côte d'Ivoire, les données existantes ont pu être compilées rapidement en vue de faire une présentation sommaire. L'analyse de quelques critères de performance s'est conformée à la structure du guide d'entretien du répertoire de mutuelles à Abidjan et a été adaptée en fonction des données disponibles.

Les organisations mutualistes recensées ont une certaine longévité. La plupart ont plus de 3 ans. Cependant, elles rencontrent des difficultés de type organisationnelles et parfois fonctionnelles. Cette situation peut s'expliquer par le fait que dans le cas des associations de quartier en particulier, généralement ce sont quelques personnes de bonne volonté qui prennent l'initiative de créer la mutuelle. Le montage de la mutuelle est souvent fait sans une étude de faisabilité ou formation préalable des membres. Avec la création du Programme National de Promotion des Mutuelles d'Assurance Maladie (PRO.NA.PAM.) soutenu par les partenaires au développement, les populations pourront se sentir de plus en plus rassurées quant à la régulation externe dont elles peuvent bénéficier pour pérenniser les organisations mutualistes existantes ou à créer. Il y a lieu de s'appuyer sur la multiplicité des expériences mutualistes et les dynamiques engagées qui montrent qu'il n'y a pas de formule miracle ou un modèle particulier de fonctionnement à promouvoir. Ce foisonnement d'initiatives de caractère multiforme montre la volonté de certains secteurs de la société de trouver des solutions adaptées à leurs problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé. Cette diversité est aussi souhaitable pour « capter » les populations dans leur spécificité socio-culturelle. De cette façon, l'implantation d'une assurance maladie universelle sera d'autant plus aisée qu'elle pourra se baser sur des solidarités professionnelles et communautaires déjà

établies. Toutefois, les principes généraux d'un bon fonctionnement d'une assurance maladie et d'une gestion saine sont utilisables dans la plupart des cas.

Les principales recommandations concernent l'environnement institutionnel et la pérennité des organisations mutualistes.

- 1) Le gouvernement devra mettre en place un cadre institutionnel clair qui reconnaît et précise le rôle des mutuelles dans la définition et la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé et adopter une législation appropriée. Aujourd'hui, les organisations mutualistes de la santé sont régies par la loi sur les associations, à défaut d'une législation propre. Or l'on sait que la santé ne se gère pas comme la culture ou la politique qui sont souvent les champs d'intervention classiques des associations existantes. Ce cadre institutionnel protégera également les populations de toute tentative d'abus de confiance et aidera à limiter les cas de faillite et déception des mutualistes. Le projet de cadre légal et réglementaire en cours d'élaboration envisage la reconnaissance des organisations mutualistes de santé avec des statuts et règlements intérieurs propres, un cadre de fonctionnement type engageant la responsabilité des dirigeants dans la gestion des affaires.
- 2) Pour assurer la pérennité des organisations mutualistes, il est nécessaire d'appuyer le mouvement avec des formations et de l'assistance technique pour mettre en œuvre les gardes fous nécessaires au bon fonctionnement d'une mutuelle de santé. Les mesures préconisées devraient inclure :
 - a) L'emploi des techniques efficaces et intégrées de gestion du risque comme :
 - ◆ utilisation d'une référence obligatoire ;
 - ◆ mise en place d'un mécanisme d'adhésion obligatoire ou possible ;
 - ◆ adhésion collective et non individuelle ;
 - ◆ imposition d'une période d'observation par les nouveaux membres ;
 - ◆ introduction de politiques de médicaments essentiels et génériques.
 - b) Négociation d'accords sur les modalités de paiement des prestataires et des tarifs et traitements préférentiels pour les mutualistes.
 - c) Développer des capacités pour le contrôle de la qualité des prestations offertes aux membres.
 - d) Relever le taux de pénétration des populations cibles pour avoir une meilleure dispersion du risque et assurer la viabilité financière.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ette J, et alii, juin 1995, Les Coûts des Prestations et Systèmes de Protection Sociale, PSA/CEPRASS/MSP, Abidjan, pp 145
2. Ette J, et Jean Baptiste E, 1998, Analyse comparée des clientèles des FSU-com et établissements de soins publics et privés, Projet Santé Abidjan/CEPRASS, Abidjan, pp104.
3. Kaza, SJ, 1999, Prescription et dispensation des médicaments en Côte d'Ivoire, PSA, Abidjan, pp. 54.
4. Ortiz C, Dogaud H, (1998) *Les formations sanitaires à base communautaire à Abidjan : un système naissant de prépaiement non mutualisé*, présenté à l'Atelier organisé par le CIDEF sur le thème «Les mutuelles de santé en Afrique », pp11.
5. Atim C, mars 2000 contribution des MUTUELLES de sante au financement, a la fourniture et a l'accès aux soins de sante, USAID/BIT/STEP/ACOPAM/ANMC/WSM, p67.
6. Bilan des activités du Ministère de la Santé Publique (Decembre 1996)
7. Shepard D, janvier 1996, Planification de l'assurance maladie en Côte d'Ivoire