



Courrier de la Concertation

Numéro 5

Mai 2001

Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre

Sommaire

L'équité d'accès aux soins de santé pour les indigents	1
L'implication des femmes dans le processus de mise en place des mutuelles de santé : une approche nouvelle à Thiès	1
Mondialisation et soins de santé : Déclaration de Montevideo	2
Initiative pour l'équité au Mali	3
L'équité au sein des mutuelles de santé: quel rôle des acteurs ? (interview de Chris Atim PhD)	4
Ce qu'ils pensent de l'équité (questions à différents acteurs)	6
Bibliographie et nouvelles publications	8

Un programme appuyé par WSM, ANMC, BIT/STEP, GTZ/assurance maladie, PHRplus et AIM

La Concertation,
8, Cité Pyrotechnique, Mermoz
BP 414 - Dakar / Sénégal
Tél. : (221) 860 46 28
Fax : (221) 860 11 25
Email : concemut@telecomplus.sn
Http://www.concertation.org

L'équité d'accès aux soins de santé pour les indigents*

L'Initiative de Bamako, adoptée en 1988, se voulait une politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires tout en renforçant, entre autres, l'équité d'accès aux soins. Dix ans après, une recherche qualitative réalisée au Mali et en Ouganda a constaté que cette politique ne s'est pas traduite en un meilleur accès aux services de santé parmi les plus démunis et n'a fait que marginaliser davantage certains sous-groupes déjà plus vulnérables au profit d'une plus grande viabilité financière des structures.



L'une des solutions opérationnelles envisagées pour permettre aux indigents d'avoir accès aux soins est l'exemption du paiement. Une recherche exploratoire, par une méthodologie qualitative et quantitative, montre que le district sanitaire de Kongoussi au Burkina Faso est en mesure d'absorber le coût financier de cette prise en charge et que la communauté est capable d'identifier les bénéficiaires de ces mesures. Il est aussi démontré que la mise en place de la tarification des actes a eu des conséquences négatives sur l'utilisation des services. Des

mesures incitatives doivent être rapidement appliquées pour que les communautés consentent à plus de justice distributive pour permettre aux indigents d'avoir accès aux soins. Il s'agit de tout mettre en œuvre pour que l'un des principes initiaux de l'IB - l'équité - soit respecté.

* Dr. Jacques E. Girard et M. Valery Ridde, Université Laval, département de médecine sociale et préventive, Québec G1K 7P4, Canada (article complet disponible sur le site web de la Concertation).

L'implication des femmes dans le processus de mise en place des mutuelles de santé : une approche nouvelle à Thiès

Au moment où la Coordination Régionale des Mutuelles de santé de Thiès (CRMST) fête les dix années de la mutuelle à Fandéne, il a paru important de souligner une mutation qui s'opère progressivement dans le concert des mutuelles naissantes. De 1990 à 1998, toutes les mutuelles qui existaient à Thiès étaient administrées par des hommes, les strapontins étant réservés aux femmes qui évoquaient souvent des contraintes conjugales.

La plupart des mutuelles dominées par les hommes ne considèrent pas les besoins prioritaires des femmes...

Entretien avec Chris Atim PhD. p.4



L'avez-vous reçu ?

Actes du Forum 2000 de la Concertation. Ce document est aussi disponible sur le web :
http://www.concertation.org/Docs/Lettreinfo/HTML/LettreInfo_4.HTML

Nous pouvions dire donc que les femmes étaient absentes des organes de gestion des mutuelles, et qu'en raison entre autres de leur charge de travail domestique, leurs possibilités d'accès à des postes de responsabilité dans ce système d'organisation communautaire étaient limitées.

Même si elles connaissaient l'existence des mutuelles, elles ignoraient le rôle qu'elles pouvaient jouer dans ces mutuelles, et n'avaient pas conscience de ce que les mutuelles pouvaient représenter pour leurs propres intérêts. Au niveau de la CRMST, sur l'ensemble des membres du conseil d'administration seule une femme y est représentée.

C'est finalement entre 1997 et 1998 qu'un travail de sensibilisation a alors été entamé par le Graim. Ce travail a consisté à les extirper de leur système de solidarité traditionnel (mbootaay, tontine, etc). L'hypothèse était que si les femmes excellent dans le domaine des mutuelles d'épargne et de crédit, il est possible qu'elles le soient aussi dans le domaine des mutuelles de santé.

Dans tous les cas et au delà des préjugés, il a pu être établie une corrélation entre mutuelles de santé et mutuelles d'épargne et de crédit.

On venait d'amorcer une nouvelle approche bâtie sur la promotion sociale des femmes et leur sensibilisation sur leurs problèmes spécifiques et une prise de conscience de leur rôle dans leur terroir. Les besoins exprimés tiennent compte de leurs contraintes, aspirations et priorités.

La souplesse de l'organisation des mutuelles traduit le souci de respecter les contraintes socio-culturelles et de laisser à la femme l'initiative propre de structurer sa représentation vis à vis de la mutuelle.

La fonctionnalité des relations «mutuelles de santé-femmes» constitue une composante nouvelle dans la formation des comités d'initiative, en mettant l'accent sur l'accès à la décision des femmes membres, sur le partage des tâches au sein du conseil d'administration, mais surtout dans le choix des services offerts. Les visites prénatales et



les accouchements constituent les priorités pour les femmes et traduisent souvent leur adhésion à la mutuelle alors que pour les autres mutuelles telles que Faggu ou Lalane Diassap, ces services sont relégués au second palier.

Pour And Fagaru par exemple, les soins primaires et l'accouchement constituent le cheval de bataille. Pour Bokk Suxxali Tivaouane, les visites prénatales, les soins primaires et l'accouchement sont des priorités. Aussi la composition des bureaux de ces mutuelles reflète la prédominance des femmes. Si à «And Fagaru», le bureau compte deux hommes, pour «Booloo Suxxali» les organes sont essentiellement constitués de femmes.

Avec l'intervention du Graim et de ses partenaires (ANMC, WSM, GTZ, PHR et STEP), s'engage une concertation et l'harmonisation des propositions sur l'importance de la femme dans le processus de mise en place des mutuelles de femmes.

Désormais, les femmes sensibilisent les hommes sur l'importance de la mutuelle, elles prennent le devant, président les réunions, les AG et les campagnes d'animation et de sensibilisation.

Le Graim en intégrant les langues nationales dans les séances de formation décentralisées, a facilité le travail des femmes souvent frustrées de ne pouvoir utiliser leurs langues habituelles. On trouve ici la preuve que l'utilisation des langues nationales dans le cadre de la communication et de l'animation pour le développement facilite le travail des acteurs, agit comme vecteur d'intégration et fait reculer toute forme d'exclusion et d'incompréhension.

Au moment où le paludisme tue plus que le sida, et qu'une femme meurt toutes les heures des suites d'un accouchement, l'implication des femmes dans la prise en charge des questions de santé devient une nécessité impérieuse. Ce qui est sûr c'est qu'elles ont pris goût à la gestion, leur génie et leur savoir faire doivent être mis à contribution pour le bien être de nos familles.

Charles Malick WADE, Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes (GRAIM), Thiès - Sénégal

Mondialisation et soins de santé Déclaration de Montevideo

Lors de la dernière réunion du 20 mars 2001 à Montevideo (Uruguay), le Comité Directeur de l'AIM a adopté une Déclaration sur la mondialisation et les soins de santé.

Dans la déclaration de Montevideo, l'AIM souhaite attirer l'attention sur l'incidence possible de la mondialisation de l'économie sur le secteur des soins de santé. Les récentes actions menées en Afrique du Sud et au Brésil en rapport avec les médicaments contre le SIDA ont favorisé

une prise de conscience de l'impact de l'OMC sur la santé. Toutefois, il semble que de nombreux gouvernements, en particulier dans le Nord, ne sont pas pleinement conscients dans quelle mesure les accords de l'OMC tels que le GATS et le TRIPS pourraient affecter leur capacité à réguler leur propre système de santé.

Le texte complet de la déclaration de Montevideo est disponible sur le site web de la Concertation.



Initiative pour l'équité au Mali

Contexte

Le Projet Initiative pour l'Équité au Mali (IPE/MLI) a été conçu à la suite d'une décision politique prise par le gouvernement et ses partenaires notamment l'USAID et l'UNICEF qui ont décidé de soutenir les efforts du pays pour la mise en œuvre des principes régissant la participation des populations aux coûts dans le domaine de la santé et de l'éducation. Ces principes ont été adoptés suite à un Forum organisé du 18 au 20 juin 1997 à Addis-Abeba (auquel ont participé les représentants de 17 pays d'Afrique subsaharienne, des Pays-Bas, de la Suède, du Royaume-Uni, des États-Unis et plusieurs autres partenaires au développement comme la Banque Mondiale et les ONG) sous l'égide de la Commission Economique pour l'Afrique (CEA) de l'Organisation des Nations Unies.

Mise en oeuvre

La mise en œuvre de l'initiative s'est traduite par une étude des politiques actuelles de santé (voir page suivante), la formulation de stratégies et l'évaluation de leur efficacité, la mise en œuvre des stratégies dans des zones pilotes (pour un meilleur suivi et une évaluation des actions entreprises) en vue de tirer les leçons pour permettre le renforcement du système de santé.

Pour ce faire, le gouvernement a négocié avec l'USAID et l'UNICEF, les financements nécessaires et la mise en place de l'assistance technique du PHR pour conduire le projet. Le comité de suivi composé des représentants du gouvernement, des partenaires au développement et de la société civile a donné des orientations pour mener les différentes études dans les zones du pays en fonction des critères retenus entre autres un site urbain et rural, l'atteinte d'un certain niveau de couverture sanitaire par les structures de soins de santé de base avec gestion communautaire, l'existence d'une structure de référence fonctionnelle et des mécanismes organisés de solidarité, l'existence de structures privées opérationnelles.

Stratégies de mise en oeuvre

Il s'agit entre autres de : l'extension de la couverture sanitaire, la formation du personnel qualifié, l'alphabétisation, la création de centres d'écoute pour les jeunes, l'information l'éducation pour la santé, l'intégration des activités, l'amélioration de la qualité des soins et de l'accueil et la mise en place des mutuelles de santé comme forme d'organisation de la solidarité et alternative de financement pour assurer la viabilité et la pérennisation des systèmes décentralisés de santé.

En raison de sa riche expérience en matière d'appui à la mise en place des mutuelles de santé dans plusieurs pays de la région ouest africaine et en tant que promoteur de la Concertation, le PHR a décidé de soutenir certaines stratégies (IEC et mutualité dont le rapport coûts-avantages lui est favorable) à développer par les services de santé dans le cadre de l'Initiative pour l'Équité au Mali.

Les raisons du choix de cette stratégie mutualité sont simples. Elle permet d'organiser la demande de soins en consolidant les besoins clairement identifiés de la population. La stratégie met également en face une offre de qualité proposée par des prestataires disposés à rentrer en partenariat pour la satisfaction de ces besoins. Elle crée un marché et des clients solvables capables d'assurer collectivement leurs engagements. Enfin, elle consolide les liens de solidarité et d'entre-aide dans la communauté et assure la pérennisation d'un financement local pour les services de santé et toute activité favorable à la promotion d'un développement endogène.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie mutualité, un comité d'initiative a été formé sur la base de l'identification par les services socio-sanitaires du cercle et le service de promotion sociale de responsables et de leaders d'opinion dans les deux sites. Il mettent actuellement en œuvre un programme d'information et de sensibilisation des populations sur les mutuelles de santé. Un outil de sensibilisation (bande dessinée conçue lors d'un atelier communautaire) permet aux membres du comité d'initiative d'exécuter ce programme.

Récemment, une formation en mutualité a été adressée aux prestataires modernes des secteurs public, privé et communautaire, susceptibles d'être les partenaires des futures mutuelles. L'évaluation à mi-parcours du programme d'information et de sensibilisation a démontré qu'il existe au niveau des populations une forte propension à adhérer aux mutuelles et que les organisations sociales, professionnelles, les ONG, les collectivités décentralisées sont favorables à la stratégie. L'étape suivante consistera à faire une évaluation finale en vue de commencer les études de faisabilité dans un futur immédiat.



L'étude préalable à la mise en oeuvre du programme

Les objectifs de l'étude qui ont permis la mise en oeuvre de ce programme sont les suivants :

- Aider le gouvernement à formuler des stratégies pour améliorer l'accès (financier) aux services de santé dans un contexte de recouvrement de coûts ;
- Contribuer à rendre possible une utilisation plus élevée des services de santé disponibles, en particulier pour les pauvres et les populations vulnérables ;
- Fournir aux prestataires de soins de santé des informations de qualité pour les aider à planifier et améliorer les services dans le secteur de la santé.

Questions principales de recherche de l'Initiative

1. Les besoins de soins de santé : existent-ils des groupes qui ont plus de besoins de services de santé de base que d'autres ?
2. L'utilisation des soins de santé : quelle est l'importance du problème de la faible utilisation des services de santé ? Existent-ils des groupes qui utilisent moins les services étant donné leur besoins ? Dans quelle mesure le faible taux d'utilisation des services organisés par le gouvernement est-il compensé par l'emploi d'autres sources ?
3. Choix des prestataires : existe-t-il une différence entre les types de prestataires utilisés par les différents groupes ? Quels sont les services disponibles pour les populations dans les secteurs, formel, moderne, informel (traditionnel) ? ; quelles sont les raisons pour lesquelles les gens choisissent de consulter les prestataires dont ils utilisent les services ? comment peut-on comparer ces prestataires en termes de variété, qualité et prix des services qu'ils proposent ?

L'étude réalisée auprès des ménages sur base d'un échantillonnage aléatoire à deux niveaux a touché 1601 ménages et 13 016 individus dont 6722 hommes et 6294 femmes, 592 prestataires dans les deux sites.

Les résultats des analyses ont été restitués et validés avec les communautés et les professionnels de la santé aux niveaux décentralisés, régional et national. Lors de la tenue du Comité de suivi du PRODESS, des commentaires et suggestions des services techniques du Ministère de la Santé et du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées ont permis de dégager les problèmes prioritaires. Ensuite, un atelier communautaire a permis d'identifier des stratégies qui s'adressent à la demande et l'offre des services pour réduire ou infléchir le niveau de ces problèmes.

Les principales conclusions de cette étude sont disponibles sur le site web de la Concertation, dans la rubrique documents.

Allison G Kelley, Marty Mäkinen, Cheick Hamed Tidiane Simpara, Ousmane Sidibé, Ed Kelley PHR-Bethesda- Bamako, Abdoulaye Ba Consultant

*PHRplus, Bureau de Bamako
BP 2657, Niarela - rue 374, porte 342
Bamako, Mali
Email : phr_ong@spider.toolnet.org*

Entretien avec Dr. Chris Atim*

L'équité au sein des mutuelles de santé, quel rôle des acteurs ?

Peut-on parler d'équité au sein des mutuelles de santé ?



L'équité est une notion recherchée par tous ceux qui travaillent dans le secteur de la santé. Elle reste une préoccupation des initiateurs et c'est d'ailleurs pour ça qu'ils se lancent dans la promotion des mutuelles et cherchent à les étendre aux secteurs les plus défavorisés. C'est un aspect

de la politique de santé à l'ordre du jour et tous les pays recherchent l'équité dans leur politique de santé...

Dans le cadre des mutuelles de santé, la question est de savoir si ces organisations participent ou non à garantir une certaine équité.

Quand on regarde les trois secteurs (formel, informel et rural), ce sont les deux derniers qui sont les plus concernés par les mutuelles, parce que tout simplement dans le secteur formel, il existe le plus souvent une forme de prise en charge pour les employés et leurs familles. L'équité comme objectif de baisser les barrières dans l'accès aux soins de santé, oui, ça existe et les mutuelles y contribuent parce qu'elles étendent cet accès à des couches de la population jusqu'ici défavorisées à ce niveau.

Maintenant au sein de ces structures, est-ce que les mutuelles cherchent à atteindre l'équité... la réponse n'est plus aussi nette. Dans la mesure où la mutuelle exige une contribution de tous les adhérents sans distinction de catégorie sociale, il y a une déficience dans l'équité. **Concrètement, il y a équité dans l'accès aux soins, mais pas dans le financement des soins parce que ceux qui ont des moyens différents paient les mêmes montants.** Les cotisations ne prennent pas en compte les moyens des contributeurs. Les plus riches paient le même montant que les plus pauvres.

Quels sont selon vous, les domaines de manifestation de l'équité ?

Quelques domaines de manifestation de l'équité dans les mutuelles sont les suivants : le financement, l'accès aux soins, les services offerts (la plupart des mutuelles dominées par les hommes ne prennent pas en compte les soins maternels tandis qu'une part importante est constituée par les femmes qui ont d'autres besoins. D'ailleurs, on remarque que la plupart des mutuelles organisées par les fem-

* Chris Atim PhD est le responsable du Programme PHRplus en Afrique. Egalement Professeur en économie de la santé au Cesag, il a effectué et coordonné plusieurs travaux scientifiques dans le secteur de la réforme de la santé en Afrique.

mes couvrent ces services en priorité. Est ce que cela ne traduit pas une inéquité dans les prestations offertes ?), la gestion des mutuelles (on pourrait se demander si les femmes ont accès aux mêmes postes de responsabilité et ont le même poids que les hommes dans la gestion). Cette question suit aussi logiquement le dernier point ci-dessus concernant l'inéquité constatée dans les prestations offertes.

Est-ce que des notions comme la « solidarité sélective » et des systèmes comme la catégorisation des prestations par rapport à la capacité contributive du bénéficiaire peuvent annihiler l'objectif de l'équité dans les MS ?

C'est vrai que ces pratiques ne sont pas conformes à l'équité tel que nous l'avons défini au début. Mais je pense que c'est réaliste pour les mutuelles parce qu'elles recherchent d'autres objectifs que l'équité. Il faut préciser que l'équité en tant que tel n'est pas parmi les buts prioritaires des mutuelles de santé. C'est une triste réalité que la recherche de viabilité vient avant la recherche de l'équité. Et dans le but de les rendre plus viables et aussi pour faire adhérer le maximum des cotisants, surtout les plus nantis, les politiques de catégorisation des prestations pourraient être raisonnables. Qu'est-ce qui se passe. Les mutuelles, jusqu'à présent, cherchent à maximiser la base des adhérents par une couverture de base. Il faut savoir qu'il y a des personnes qui ont des besoins supérieurs à ce qu'offrent les mutuelles. Ces dernières doivent donc proposer à côté, des services optionnels.

Vous ne pensez pas que cela renforcerait la disparité entre bénéficiaires d'une même mutuelle ?

Je dois préciser... je pense ce qui est important et réaliste est d'avoir des prestations de base auxquelles tout membre doit souscrire, c'est ce que donne pour le moment la majorité des mutuelles. Mais il faut à mon avis penser aussi à ceux qui ont plus de moyens ou ceux qui aspirent à plus de services ... dans le cadre des mutuelles. Ces personnes resteront toujours solidaires à la mutuelle en souscrivant à des services de base. Maintenant s'ils ont besoin de plus, ils doivent payer plus. Dans le cas contraire, s'il n'y a pas de possibilité d'avoir des prestations supplémentaires, c'est possible que ces gens ne soient pas intéressés par la mutuelle de santé. Donc il y a un gain en leur proposant des services optionnels mais en leur demandant en même tant de faire preuve de solidarité avec les autres en souscrivant aux services de base comme tout le monde.

Avez-vous pensé aux problèmes de gestion que cela poserait aux gérants, quand on sait qu'actuellement, la gestion est un des points faibles des mutuelles, du fait aussi que les gérants sont des bénévoles qui n'ont pas toujours les compétences pour une gestion trop compliquée ?

Ecoute, c'est vrai que cela demande plus de gestion. Mais c'est faisable, même avec le niveau de gestion actuel. On ne parle pas d'une situation théorique, il y a des exemples

des mutuelles comme Faggu à Thiès qui pratiquent des catégories différenciées. C'est justement là que la collaboration avec les prestataires trouve un cadre approprié aussi. Si le mécanisme de paiement des prestataires est mieux adapté, une partie de la gestion, par exemple, les procédures d'indemnisation et le contrôle des bénéficiaires, peut être dévolu aux prestataires. En plus s'il y a des personnes qui demandent plus de services, en général, il s'agit des plus nantis et plus éduqués dans la communauté. Donc je pense, en les associant à la mutuelle, cela pourrait augmenter les compétences potentiellement disponibles à cette dernière pour aider à la gestion.

Mais les prestataires sont quand même des « commerçants » qui vendent leurs services. Est-ce qu'il n'y a pas de risque de fraude à ce niveau ?

Pas si les réformes préconisées vont dans le sens que je propose. Dans l'avenir, il faut penser à des réformes dans le mécanisme de tarification et de paiement des prestataires. Prenons un exemple : si la mutuelle, dans sa convention



avec le prestataire donne un montant fixe pour une période donnée (donc un budget au prestataire pour gérer), vous pensez que le prestataire a intérêt à faire plus de consultations et de prescriptions ? Non, il a un avantage qu'il peut approvisionner son stock avec l'avance faite par la mutuelle et mieux planifier ses services, et puis s'il y a un surplus à la fin de la période, cela pourrait profiter au prestataire. Ensuite c'est

un moyen de contrôle des fraudes et de l'abus dans la consommation des services. Il y a un exemple d'un projet de réforme des mécanismes de paiement des prestataires en Tanzanie.

D'accord mais est-ce que cette participation des prestataires ne tue pas l'idée de mutuelle comme mouvement communautaire, à la base, créé et géré par les populations elles-mêmes ?

Non, une gestion légère incombera toujours à la mutuelle. Ça, on ne peut la lui enlever. Mais vous parliez de problèmes à un niveau élevé du développement d'une mutuelle et dans la catégorisation des services. C'est un problème qui relève de l'assurance pure et qui demande une technicité. C'est cette partie qui reviendra au prestataire.

Quelles expériences et quelles alternatives pour la prise en charge des indigents ?

Dans la mesure où les mutuelles de santé exigent une cotisation, il y a une part des gens qui ne peuvent pas adhérer. Il faut l'admettre pour mettre l'emphase sur la gestion des indigents. C'est une question non seulement pour les mutuelles, mais aussi pour les pouvoirs publics, les décideurs. Qu'est-ce qu'ils peuvent faire pour compléter les mutuelles ? Ces dernières agissent et dans la mesure où elles réussissent, elles permettent une certaine équité. Cependant, ce n'est pas parfait. D'autres acteurs doivent intervenir pour combler le vide qui est laissé. Je pense que

la gestion des indigents, c'est une question plus pour les autorités politiques et locales. D'ailleurs ça a toujours été à la charge des autorités publiques. Dans le cadre de la politique d'exemption pour les démunis, ces derniers doivent être pris en charge par les structures publiques ; même si c'est dans le cadre des mutuelles de santé.

Est-ce que vous voulez dire que l'Etat doit cotiser dans les mutuelles de santé pour la prise en charge des indigents ?

Les mutuelles couvrent une partie de la population. Ce que l'Etat économise, il peut dépenser une partie sur les indigents ; que ce soit par un financement central ou par le biais des autorités locales dans le cadre de la décentralisation. La difficulté des politiques d'indigents est de savoir qui est ou non indigent. Je pense que les mutuelles sont des organisations qui, par le fait que les gérants sont à l'intérieur même des communautés, ont plus de facilités pour identifier les indigents. Si l'identification est du ressort de l'Etat, il y a plus de chance qu'elle soit teintée de fraude (parce qu'il n'est pas évident que les agents connaissent bien les réalités du terrain), tandis que les mutualistes se connaissent. En tout cas, je pense qu'il est bien de voir le rôle de l'Etat dans le cadre des mutuelles. Ce serait aussi une politique pour encourager la mutualité. Par exemple, au Ghana, il y a une politique dans une région au nord qui cherche à savoir si on peut prendre en charge les indigents à travers les mutuelles.

Pouvez-vous nous donner quelques indicateurs pour mesurer l'équité

Des indicateurs... il faut peut-être les sérier. Par exemple, au niveau général, il faut voir si, dans le contexte où naissent les mutuelles, ce sont effectivement les secteurs et régions les plus défavorisés qui sont concernés. C'est l'équité sectorielle et géographique. Ensuite, dans le cadre du financement et des services, il faut faire un parallélisme entre les revenus et les services offerts. Si les plus nantis paient le même montant que les plus pauvres, il n'y a pas d'équité dans le financement. Aussi si pour la même cotisation on a accès aux mêmes soins (par exemple plafonds dans le nombre de jours ou montants de factures pris en charge), il n'y a pas d'équité (les personnes qui ont plus des besoins reçoivent les mêmes services que celles qui ont moins de besoins). Enfin, dans les relations de genre, on peut voir l'équité au niveau des bénéficiaires. Comme on l'a dit plus tôt, on remarque que dans la majorité des mutuelles dominées par les hommes, certains services tels les soins maternels ne sont pas pris en charge, alors que dans les mutuelles organisées par les femmes, ces services sont prioritaires. C'est dire que dans le processus de mise en place, il y a souvent inéquité dans le choix des services. Un autre aspect est l'équité dans la gestion, les postes de responsabilité.

Ce qu'ils pensent de l'équité

Contributions



*Dr. med. Michael NIECHZIAL,
MSP - EPOS Health Consultants
Hôpital Régional « H. Luebke »*

Les mutuelles servent à partager le risque (de tomber malade) entre êtres humains d'un groupe professionnel ou social plus ou moins homogène (p.ex. les IPM) ou bien sur une échelle beaucoup plus étendue, au niveau de la société, entre les individus des différen-

tes couches sociales, assurant une garantie pour un minimum de soins de santé et ainsi d'équité face à un besoin de base des êtres humains.

La solidarité ne peut exister qu'entre individus ou groupes comparables – entre celui qui dispose des moyens et celui qui n'a rien, c'est la charité. Soyons réalistes - tant qu'on a pas un système d'assurance maladie publique et obligatoire, il faut, pour que les mutuelles puissent fonctionner à long terme et accomplir leur vocation sociale en même temps, les rendre attractives aussi pour les gens financièrement et socialement plus aisés. Il est donc indispensable de définir un paquet minimum de prestations médicales qui couvre les actes nécessaires pour prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies qui peuvent entraîner des séquelles graves pour la santé d'un individu. Des prestations supplémentaires ou facultatives (p.ex. lunettes, kinésithérapie, médicaments non essentiels etc.) exigent une contribution plus importante, parce

qu'il est évident : la mutuelle ne peut couvrir, ne peut assurer qu'avec ses recettes!

Concernant la prise en charge des indigents, c'est une responsabilité publique – de la société entière, qui devrait tout faire pour maintenir au minimum possible le nombre des indigents parmi ses membres. L'Etat, étant la structure administrative de la société, ne peut pas s'en débarrasser. Ce n'est pas la tâche des mutualistes qui, en allégeant les responsabilités de l'Etat, se sont organisés selon le principe de la subsidiarité pour régler un problème avec leurs propres moyens en appliquant une vraie stratégie de solidarité. Pour assurer la prise en charge des indigents il faut soit une subvention aux mutuelles soit une caisse « communautaire » à cet effet.

Comme je l'ai déjà souligné, l'équité n'existe pas. Etant une conception politique et sociale, elle représentait une idéologie ignorante qui elle-même était à l'origine des séquelles néfastes pour plusieurs sociétés, tant au niveau social, que culturel et économique – je n'ai guère besoin de vous rappeler le destin des pays dits communistes et comment les citoyens de ces pays ont perçu et apprécié leur équité ordonnée. L'objectif principal d'une société humaine devrait être de maximiser les chances de ces membres de mener une vie satisfaisante (éducation) et de minimiser les risques d'être victime d'une maladie, d'un accident, d'une catastrophe naturelle hors de leur influence et ceci sans ignorer la nécessité d'une responsabilité aussi individuelle, qui peut se manifester - entre autre - dans l'adhésion à une institution de financement solidaire des soins de santé – une mutuelle.



Kouassi Koffi Bidio, Etudiant stagiaire au CESAG

L'équité traduit la capacité du système à favoriser l'accès aux soins des populations démunies, en leur proposant des plans financièrement accessibles à leur revenus. Sur ce plan, les mutuelles de santé, contrairement aux autres formes d'assurance (privée notamment), proposent des cotisations qui permettent aux populations du secteur informel et aux pauvres en général d'accéder à la protection sociale. L'équité, c'est aussi la disponibilité des soins de santé de qualité pour l'ensemble de la population. Aujourd'hui, les mutuelles s'inscrivent dans une dynamique d'implication des structures de soins et des populations dans la recherche commune de la qualité et de la pérennisation de la disponibilité des soins.

Appliqué aux systèmes de santé, l'équité peut porter sur les différences dans l'état de santé, l'utilisation ou l'accès aux soins entre groupes de revenus socio-économique, démographiques différents, ethniques et/ ou des hommes par rapport aux femmes. Au niveau des mutuelles de santé, l'équité peut être également appréciée par rapport à la pénétration des groupes cible, au secteur d'activité touché par les mutuelles de santé et la prise en compte des besoins spécifiques et prioritaires des populations.

La prise en charge des indigents constitue un casse-tête pour les mutuelles de santé et même pour les gouvernants. Le problème fondamental de l'indigence est la capacité du système à détecter les vrais indigents de la communauté. En outre, leur prise en charge par la mutuelle pourrait se traduire par une augmentation des primes pour dégager des ressources supplémentaires. Mais cette méthode se traduira probablement par une restriction à l'accès aux mutuelles de santé à certaines catégories de revenus. L'appui de l'autorité publique ou un autre type de financement est souhaitable si nous voulons une prise en charge effective et pérenne des indigents par les mutuelles.

Juliette Zingane, mutuelles de santé Fenagie-pêche

Tout repose sur les principes de base de la mutualité. S'ils sont respectés dès le début (gestion démocratique, solidarité, cotisation égale, levée d'obstacles géographiques, financiers, psy-chologiques et culturels, épa-nouissement des membres, etc.), on peut bien parler d'équité.



Mais si on pratique trop de sélection chez les membres et les gérants, ou trop de différenciation dans les services offerts, la base de la solidarité s'effrite et on se trouve dans une situation de jalousie entre les membres ou des comportements de supériorité qui peuvent faire penser à une exclusion.

Les notions d'exclusion et de solidarité (sentiment d'appartenance) sont d'ailleurs importantes dans l'appréciation de l'équité au sein de la mutuelle de santé. En effet, le premier élément de mesure est le pourcentage des membres utilisant l'ensemble de services. Ensuite, par rapport aux bénéficiaires potentiels, le taux de pénétration. Enfin, au sein même de la mutuelle, les membres utilisant effectivement les services. Tout ceci est rapporté par les membres, leur degré de satisfaction et ceci, par rapport à leur catégorie : les plus nantis, ceux qui ont bénéficié ou non des services, réaction des non membres, intérêt des membres sur le fonctionnement de la mutuelle, réaction de ceux qui se sentent exclus (de la gestion ou des décisions).



Doyen Assane Guèye, SG mutuelle des retraités Faggu

L'équité, nous pensons, est fonction de la liberté de choix au démarrage.

Quand par exemple, pour la mutuelle Faggu des retraités, la cotisation est calculée en fonction du coût de la prestation payée par la mutuelle, suivant la différence de catégorie de l'hôtellerie. Il est important de noter que pour ce cas, que les malades, sans

distinction de catégorie, ont droit à la même qualité des soins et aux mêmes prestations. Par ailleurs, il existe d'autres systèmes de catégorisation adoptés par les mutuelles corporatives qui consistent à offrir une gamme de prestation en rapport avec la hiérarchie, le cadre ou le grade. La catégorie d'hospitalisation et donc la qualité de l'hôtellerie est proportionnelle à la cotisation.

Gabriel Compaoré, Expert National BIT/STEP Burkina Fasso

Si dans le fonds équité veut dire justice, impartialité, il est difficile de trouver cette perfection. Mais je dirai que si l'on s'en tient à l'esprit de la mutualité, avec son fond de solidarité, on peut parler d'équité. Je crois que c'est cette équité qui permet que tous ont leur mot à dire dans le fonctionnement de la mutuelle. Et le poids des mots n'est pas fonction de certains paramètres comme la richesse, le sexe... C'est cet esprit d'équité qui permet aussi de dissocier le niveau des cotisations et les risques encourus par chacun (habituellement les plus pauvres sont plus exposés). Donc malgré les disparités (villes/campagnes; sexes, cultures, richesse, etc.) les mutuelles de santé doivent être un cadre d'expression de l'équité.



Si on fait abstraction de cette caractéristique humaine de nos oeuvres, on peut dire que dans les mutuelles, les hommes vivent cette équité dans l'accès et l'identité des prestations offertes à tous, dans l'accès non discriminatoire à l'information et aux activités promotionnelles, dans la distribution des responsabilités...

L'illusion qu'il ne faut pas laisser apparaître avec cette notion d'équité, est qu'on pourra tout donner à tout le monde.

Dans les mutuelles, les membres, en veillant à réduire au maximum l'exclusion, ne s'offrent que les prestations que leur contributions permettent. Et sans les mutuelles, beaucoup seraient encore loin d'affronter la démarche les conduisant aux centres de santé (barrières socio-culturelles) et de se payer le paquet de soins accessible grâce à la mutuelle. Cette réalité économique désormais incontournable du problème d'accès aux soins de santé, les mutuelles même la confronte en n'excluant pas les personnes vivant avec des maux graves. Ensemble ils mettent des barrières pour tous pour permettre à tous de toujours bénéficier des prestations.

Pour le cas de Zabré que nous venons de mettre en place, les membres ont convenu que certaines personnes/familles en difficulté pourraient être prises en charges par d'autres (celles qui les ont à charge dans la vie), par la mutuelle pour les personnes indigentes sans recours et à identifier par un noyau de responsables, par d'autres structures compétentes pour certains cas.

Les indicateurs pour apprécier le niveau d'équité dans une mutuelle sont difficiles à déterminer. On peut voir le taux de pénétration de la mutuelle dans le groupe (les pauvres, femmes,... sont-ils touchés?), le taux de fréquentation des centres de santé (les pauvres y vont-ils maintenant?), les gens sensés «faibles» sont-ils responsables?, leur degré de participation aux réunions, aux prises de décisions, les types d'activités développées pour sortir les «brimés» de leur situation, etc.

Bibliographie sur l'équité

Publications (référence : J.E. Girard et Valery Ridde)

Mc Pake, B. & Kutzin, J. *Methodes d'évaluation des effets des réformes des systèmes de santé.* Geneva, OMS (Division de l'analyse, de la recherche et de l'évaluation), 1997

Stierle, F. et al. Indigence and access to health care in sub-saharan Africa. *International journal of health planning and management.* 14: 81-105 (1999).

de La Roque, M. Equité et exclusions services de santé. De la recherche à l'action, l'expérience d'une ONG. *Cahiers Santé.* 6 (6): 341-344 (1996).

Vuarin, R. Quelles solidarités sociales peut-on mobiliser pour faire face au coût de la maladie? In: Brunet-Jailly, J., ed. *Se soigner au Mali, une contribution des sciences sociales.* Paris, France, Karthala-ORSTOM, 1993

Leighton, C. & Diop, F. Protecting the poor in Africa : Impact of Means Testing on Equity in the Health Sector in Burkina Faso, Niger, and Senegal ? Bethesda MD, Health Financing and Sustainability (HFS) Project - Abt Associates Inc., 1995

Girard, J.E. et al. Impact du recouvrement des coûts sur l'équité d'accès aux soins de santé pour les plus démunis. Québec, ACSP-Université Laval, 1997

Sur internet

<http://www.equinet.org.zw> (Equinet est le réseau africain sur l'équité dans le secteur de la santé)

<http://www.ukhen.org.uk> (site de ceux qui sont intéressés par le thème de l'équité : événements, liste de diffusion, publications...)

<http://www.ukhen.org.uk/equityhsrlinks.htm> (liste des organisations qui travaillent dans le domaine de l'équité)

<http://www.iseqh.org/> (International Society for Equity in Health)



Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs.

Ce guide produit en partenariat avec le BIT/SEED fournit des informations de base nécessaires pour apprécier les avantages mais aussi les difficultés de la création des mutuelles à partir des associations de micro-entrepreneurs. Il coûte 2500 FCFA et contient 64 pages.

Syllabus de promoteur. Ce syllabus est un document de travail élaboré pour renforcer les capacités des promoteurs dans la visualisation de l'information disponible sur les mutuelles de santé en Afrique. Il peut être utilisé comme support aux sessions d'information et de sensibilisation en matière de mise en place des mutuelles de santé en Afrique, en particulier en utilisant les dessins didactiques. Il est un complément des informations présentées dans la publication «La micro-assurance santé en Afrique : Guide d'introduction à la mutuelle de santé» de BIT/STEP Afrique (2000).

Publications



Meilleures pratiques des mutuelles de santé. Les mutuelles de santé peuvent aider les communautés à accéder, mais aussi à se prendre en charge pour accéder aux soins de santé dont elles ont besoin. Il y a beaucoup d'exemples de mutuelles dans la sous-région (Ghana, Côte d'Ivoire, Sénégal, et d'autres pays) qui peuvent servir de leçons valables à ceux qui souhaitent mettre en place leur propre mutuelle de santé ou qui en ont déjà démarré. Le projet PHR (Partnerships for

health reform) a produit une vidéo qui vise à partager ces leçons avec les acteurs du développement des mutuelles de santé. A travers cette vidéo et d'autres outils pilotes, le projet PHR aide les nouvelles mutuelles et celles déjà existantes à élaborer et à mettre en application leurs programmes d'une manière qui contribuera à leur succès et à leur durabilité dans le long terme.

Le film de 38 minutes a été réalisé grâce à un financement de l'USAID, dans le cadre du partage d'expériences pour une meilleure élaboration des programmes de santé. Il est distribué par le Partnerships for Health Reform

BP 16659, Mermoz Pyrotechnie, Dakar - Sénégal

Tél. : +221 860 31 24 Fax : +221 860 31 23

Email : rap@sentoo.sn



Learning from experience: A gendered approach to social protection for workers in the informal economy

Ce document fournit, dans le cadre d'une approche genre, une base conceptuelle et une revue d'initiatives relatives à l'extension de la protection sociale aux travailleurs du secteur informel. Il examine la situation des femmes dans ce secteur ainsi que leurs besoins de protection sociale.

Il propose ensuite une approche d'extension de cette protection, basée sur une matrice multidimensionnelle. Enfin, il présente une série d'études de cas de systèmes novateurs de couverture des personnes travaillant dans le secteur informel. Ce document est actuellement disponible en anglais. La version française est en cours de finalisation.

Suite à un atelier organisé conjointement par STEP et WIEGO, une synthèse de ce document a été publiée sous le titre «Social protection for women in the informal economy». Ce document propose également les recommandations de l'atelier sur l'extension de la protection sociale aux travailleurs et travailleuses du secteur informel.

ou d'autres publications qui traitent la mise en place des mutuelles de santé.

Ce document contient deux chapitres : Questions didactiques et résumés (questions types que peut utiliser le promoteur lors des discussions de groupe) ; Dessins didactiques offre des transparents qui permettent de visualiser les principales informations.

Le catalogue des publications du BIT/STEP sont disponibles sur le site web de la Concertation.