

KONE Karidja

**LE MOUVEMENT MUTUALISTE EN FRANCE ET
EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE :**

**QUELLES LEÇONS POUR LE DÉVELOPPEMENT
DES MUTUELLES DE SANTÉ EN CÔTE
D'IVOIRE ?**

Mémoire présenté

à l'Université internationale de langue française au service
du développement africain

Université Senghor

pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Professionnelles Approfondies (DEPA)

**DÉPARTEMENT GESTION DES SYSTEMES DE SANTE ET POLITIQUES
ALIMENTAIRES**

Alexandrie
Egypte
2005

DEDICACES

Je dédie ce travail à toute ma famille et belle famille particulièrement à :

*Mon père **Koné Sourouna** : Merci à toi pour avoir guidé mes pas depuis ma tendre enfance jusqu'à Senghor. Que Dieu te bénisse et qu'il te donne longue vie.*

*Mon bien aimé **Bamba Klanan Bertrand** pour avoir accepté de faire cet énorme sacrifice. Sans ton soutien, je n'aurai pas eu l'occasion de suivre cette formation. Je t'en suis infiniment reconnaissante.*

*Mon fils **Bamba Klanan Dosselbétchin** qui a tant souffert de mon absence et qui a fini par l'accepter.*

*« Le pouvoir et la richesse de chaque individu ne se limitent pas à ses ressources matérielles et à ses moyens de production. Chacun est avant tout riche de sa santé, de son savoir, des relations qu'il entretient avec les autres. » **Jacques Attali***

REMERCIEMENTS

Aucun travail ne peut s'accomplir dans la solitude. Aussi, souhaite-je adresser mes remerciements à ceux qui m'ont aidé à réaliser ce mémoire.

Je tiens à remercier d'abord :

- **Mr Thouément Hervé**, Professeur d'Economie à l'Université de Bretagne Occidentale pour avoir accepté d'assurer mon encadrement.
- **Mr Le Bras Michel**, Professeur émérite et Professeur associé à l'université Senghor d'abord pour son implication active dans l'obtention de mon stage, ensuite pour l'attention particulière qu'il m'a accordé durant ce stage et enfin pour sa disponibilité et l'écoute dont il a fait montre durant toute notre formation.
- **Mr Jean-Daniel Rainhorn**, Professeur associé à l'Université Senghor pour l'attention particulière qu'il a bien voulu accordé à mon travail et aussi pour les précieux conseils que j'ai reçu de lui.

Ensuite, je remercie :

- **Mr Cissé Marcelin Zahanon**, Economiste de la santé, Assistant du Coordonnateur de la Cellule de Lutte contre la Pauvreté en Côte d'Ivoire pour toutes les informations qu'il m'a apportées dans la mise au point de ce document.
- **Mr Bamba Karim**, Directeur de la sécurité sociale et de la Mutualité en Côte d'Ivoire
- **Mr Ouattara Oumar**, président de la Mutualité Malienne qui n'a hésité à aucun moment à répondre à mes courriers.
- **Mme Kersalé Cathérine**, responsable de la SMEBA en France pour l'accueil chaleureux et sympathique qu'elle m'a toujours réservé dans son agence.

Je tiens enfin à remercier tout le personnel de l'Université Senghor notamment :

- **Mr Fernand Texier**, recteur de l'Université Senghor.
- **Mr Mesenge Christian**, chef du département pour ses encouragements et ses conseils
- **Mme Alice Mounir**, secrétaire exécutive du département pour son soutien permanent et tous les efforts qu'elle a fournis
- Tous les professeurs associés de l'Université de qui nous avons reçu des enseignements de qualité.

RESUME

Les mutuelles de santé sont des systèmes d'assurance volontaire à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Elles se présentent aujourd'hui comme l'une des méthodes de mise en commun des ressources les plus équitables dans le financement de la santé. En effet, la mutuelle permet d'abord, de répartir le risque financier lié à la maladie entre les membres. Ensuite, les individus possédant des revenus temporaires ont accès aux soins de santé à toutes les périodes de l'année. Enfin, les mutuelles peuvent contribuer à améliorer l'offre de soins.

Les mutuelles de santé ont fait leur apparition en Europe au XIX^{ème} siècle. En France, où nous avons effectué notre stage, elles font l'objet d'une organisation originale et performante. En effet, les mutuelles sont regroupées au sein d'Unions et de Fédérations et sont régies par un code. En plus de la complémentaire santé, elles mènent d'autres activités qui leur permettent d'avantage de contribuer à la satisfaction des besoins supplémentaire de leurs membres.

En Afrique par contre, elles sont très nouvelles. Elles sont nées au début des années 90 et connaissent à ce jour une certaine dynamique même si elles sont encore peu nombreuses. Les pays de l'Afrique au sud du Sahara sont à des phases de développement bien différentes.

En Côte d'Ivoire, les mutuelles sont à un stade embryonnaire et sont en général de petite taille hormis celles du secteur de l'économie formelle. Il y a donc nécessité de prendre des dispositions qui pourront permettre le développement de ce mouvement. Pour ce faire, nous proposons de :

- Les vulgariser au niveau des zones rurales.
- Rendre plus dynamique la direction d'appui aux mutuelles de santé.
- Mettre l'accent sur la formation des responsables des mutuelles dans les secteurs informel et agricole.
- Procéder à une promotion plus accrue de ce type d'organisations auprès des populations.
- Profiter d'une solidarité internationale qui est en train d'être mise en place.

Un cadre réglementaire adapté et une volonté manifeste des pouvoirs politiques sont les éléments nécessaires à la mise en place de ces dispositions.

Mots clés : mutuelle de santé; financement ; solidarité ; Côte d'Ivoire ;

SUMMARY

The mutual health organizations are systems of non-profit voluntary insurance, whose working on solidarity between the adherents. Today, they are presented themselves as one of the appropriated methods in common of the most equitable resources in the financing of health. First, the mutual permits to retort the financial risk bound to the illness between the members. Second, the individuals possessing temporary incomes have access to the cares of health in all periods of the year. Finally the mutual can contribute to improve the offer of cares.

The mutual health organizations appeared in Europe since XIX century. In France, where we did our training course, they are the subject of an original and effective organization. Indeed, the mutual are regrouped within unions and federations and are governed by a code. In addition to the complementary health, they have other activities that allow them to contribute to the satisfaction of supplementary needs of their members.

On the other hand, in Africa they are very news. They are born in the beginning of the years 90 and know on this day a certain dynamics even though they are again few. The countries of Africa to the south of the Sahara are to phases of very different phases of development.

In Côte d'Ivoire, the mutual are in an embryonic stage. Generally, they are in small size except those of the sector of the formal economy. It's required to take the arrangements that will be able to permit the development of this movement. For this, to make, we propose:

- To popularize them at the level of the rural zones.
- To make more dynamic the direction of support of the mutual health organizations.
- To emphasise on the formation of the persons responsible of the mutual in the informal and agricultural sectors.
- To increase the promotion of this type of organizations near the populations.
- To take advantage of the international solidarity that is in the process of to be put in place.

Reglementations and a real voluntary of the political powers are the necessary elements for the setting up of these arrangements.

Key words: mutual of health; financing; solidarity; Côte d'Ivoire;

Sommaire

DEDICACES.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
RESUME	III
SUMMARY	IV
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	IX
GLOSSAIRE	XI
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I. GENERALITES SUR LES MUTUELLES	5
1.1. DEFINITION.....	5
1.2. HISTORIQUE DES MUTUELLES ET EVOLUTION	5
1.3. LES PRINCIPES DE BASE DE LA MUTUALITE.....	6
<i>1.3.1. La solidarité</i>	<i>6</i>
<i>1.3.2. La démocratie.....</i>	<i>7</i>
<i>1.3.3. L'autonomie et la liberté.....</i>	<i>7</i>
<i>1.3.4. La responsabilité.....</i>	<i>7</i>
1.4. LES RISQUES AUXQUELS SONT EXPOSES LES MUTUELLES	7
<i>1.4.1. Le risque moral</i>	<i>8</i>
<i>1.4.2. La sélection adverse.....</i>	<i>8</i>
<i>1.4.3. Les fraudes et abus.....</i>	<i>8</i>
CHAPITRE II. LE MOUVEMENT MUTUALISTE EN FRANCE	9
2.1. PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS.....	9
2.1.1. <i>Etat de santé en France.....</i>	<i>9</i>
2.1.2. <i>Financement des soins de santé</i>	<i>9</i>
2.1.3. <i>L'offre des soins</i>	<i>10</i>
2.2. PLACE DES MUTUELLES EN FRANCE.....	13
2.2.1. <i>Les grandes étapes de la mutualité en France</i>	<i>13</i>

2.2.2.	<i>Une organisation originale</i>	13
2.2.3.	<i>Des champs d'intervention multiples</i>	14
2.2.4.	<i>La taille des mutuelles françaises</i>	15
2.3.	LES FAIBLESSES DE LA MUTUALITE EN FRANCE	15
2.4.	DESCRIPTION D'UNE MUTUELLE FRANÇAISE	15
2.4.1.	<i>Fonctionnement statutaire</i>	16
2.4.2.	<i>Organisation et structure administrative</i>	16
2.4.3.	<i>Les garanties offertes</i>	16
2.4.4.	<i>Répartition des membres par garantie à la SMEBA de Brest</i>	19
 CHAPITRE III. LA MUTUALITE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE		21
3.1.	EVOLUTION DU FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE EN AFRIQUE	21
3.2.	SITUATION ACTUELLE DE LA COUVERTURE MALADIE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	23
3.2.1.	<i>Les assurances privées</i>	23
3.2.2.	<i>Les mutuelles</i>	23
3.3.	FRAGILITE DE LA MUTUALITE EN AFRIQUE	26
3.3.1.	<i>La dépendance des mutuelles vis-à-vis d'organismes extérieurs</i>	26
3.3.2.	<i>Faible pouvoir d'achat des bénéficiaires</i>	26
3.3.3.	<i>Mauvaise qualité des soins</i>	27
3.3.4.	<i>Faible niveau d'instruction des responsables</i>	27
3.4.	ETUDE DU CAS D'UNE MUTUELLE EN AFRIQUE : LA MUTUELLE DES COTONNIERS DE NONGON AU MALI	27
3.4.1.	<i>La mutualité au Mali</i>	28
3.4.2.	<i>Contexte</i>	28
3.4.3.	<i>Fixation de la cotisation</i>	29
3.4.4.	<i>Le panier de soins offert par la mutuelle</i>	31
3.4.5.	<i>Relations avec l'offre de soins</i>	31
3.4.6.	<i>Organisation</i>	32
3.4.7.	<i>Moyens matériels</i>	32
3.4.8.	<i>Performance de la mutuelle</i>	32
 CHAPITRE IV. LES MUTUELLES DE SANTE EN COTE D'IVOIRE		34
4.1.	CONTEXTE GENERAL	34
4.1.1.	<i>Données démographiques</i>	34
4.1.2.	<i>Situation socio- économique</i>	34
4.1.3.	<i>Situation sanitaire</i>	35

4.1.4.	<i>Le financement de la santé</i>	39
4.2.	LES SYSTEMES DE COUVERTURE DU RISQUE MALADIE EXISTANTS	40
4.2.1.	<i>Les régimes publics</i>	40
4.2.2.	<i>Les régimes d'assurance volontaire</i>	41
4.3.	DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE EN COTE D'IVOIRE	41
4.3.1.	<i>Contexte d'émergence des mutuelles de santé</i>	42
4.3.2.	<i>Relations des mutuelles avec les partenaires</i>	42
4.3.3.	<i>Le répertoire des mutuelles de santé</i>	43
2.3.4.	<i>Performance et contribution au développement du système de santé</i>	45
CHAPITRE V.	DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	48
5.1.	LIMITES METHODOLOGIQUES	48
5.2.	DISCUSSION	48
5.2.1.	<i>La qualité des soins et adhésion</i>	48
5.2.2.	<i>Capacité de gestion et viabilité</i>	51
5.2.3.	<i>Taille des mutuelles et viabilité</i>	52
5.2.4.	<i>Les mutuelles de santé dans le contexte ivoirien</i>	53
5.2.5.	<i>Prépaiement et équité</i>	54
5.3.	RECOMMANDATIONS	55
CONCLUSION	57	
BIBLIOGRAPHIE	58	

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

<i>Figure 1: Organisation du système de soins en France</i> _____	12
<i>Figure 2: Description de la pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire</i> _____	37
<i>Figure 3: Répartition des mutuelles en fonction de leur âge</i> _____	44
<i>Figure 4: Distribution des mutuelles en fonction de leur taille</i> _____	45

TABLEAUX

<i>Tableau I: Garanties proposées par la SMEBA</i> _____	18
<i>Tableau II: Répartition des membres par garantie</i> _____	19
<i>Tableau III: Détermination du montant des cotisations</i> _____	30
<i>Tableau IV: Détermination du montant à prélever sur chaque kiligramme de coton</i> _____	30
<i>Tableau V: Taux de couverture des différentes couches de la population</i> _____	31
<i>Tableau VI: Quelques indicateurs socio-économiques</i> _____	35
<i>Tableau VII: Indicateurs de l'état de santé</i> _____	38
<i>Tableau VIII: Ratios de couverture</i> _____	39
<i>Tableau IX: Indicateurs des comptes nationaux de santé</i> _____	39
<i>Tableau X: Matrice de sélection des mutuelles</i> _____	44
<i>Tableau XI: Couverture des personnes à charge et des familles</i> _____	45
<i>Tableau XII: Distribution en fonction des prestations couvertes</i> _____	45

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ANMC	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
ASACO	Association de Santé Communautaire
BIT	Bureau International du Travail
CIRES	Centre Ivoirien de Recherches Economiques et Sociales
CMDT	Compagnie Malienne pour le Développement du Textile
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSCOM	Centres de Santé Communautaire
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FNMF	Fédération Nationale de la Mutualité en France
FMF	Fédération des Mutuelles de France
FRAR	Fonds Régionaux d'Aménagement Rural
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Coopération technique allemande)
GVC	Groupement à Vocation Coopérative
MUGEFCI	Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAS	Plan d'Ajustement Structurel
PIB	Produit Intérieur Brut
PHR	Partnerships for Health Reform (Partenariat pour la réforme du secteur de la santé)
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unis pour le Développement
PPA	Parité du Pouvoir d'Achat
PRONAPAM	Programme National de Promotion des Mutuelles d'Assurance-Maladie
RAMUS	Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé
SMEBA	Société Mutualiste des Etudiants de Bretagne Occidentale
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
SSP	Soins de Santé Primaire

UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne
WSM	World Solidarity / Solidarité Mondiale
ZAER	Zone d'Animation et d'Expansion Rurale

GLOSSAIRE

Adhérent ou membre : C'est un souscripteur, toute personne qui adhère directement à une mutuelle.

Adhésion ou droit d'adhésion : C'est une somme fixe que le membre verse au moment de l'adhésion à la mutuelle. Elle se concrétise généralement par la remise d'une carte d'adhérent.

Ayant droit : Personne qui sans être membre de la mutuelle, bénéficie de ses services en raison de son lien de parenté avec l'adhérent.

Bénéficiaires : L'ensemble des personnes qui bénéficient des services de la mutuelle (les adhérents et leurs ayant droits).

Contribution, cotisation ou prime : Somme payée périodiquement à un assureur en échange d'une assurance maladie pendant une période de durée spécifiée.

Délai d'attente ou période d'observation : Période pendant laquelle un nouveau membre paie ses cotisations sans percevoir de prestations.

Gros risques : Il s'agit des risques qui entraînent des dépenses importantes.

Mutuelle en création : Il s'agit d'une mutuelle qui perçoit des cotisations mais qui n'a pas encore commencé à verser des prestations.

Paiement à l'acte ou paiement direct : Paiement qui se fait par l'utilisateur de services de santé aux prestataires de soins au moment de la prestation du service et qui est directement à la charge de celui-ci.

Petits risques : Ce sont des risques qui entraînent des dépenses modérées.

Population cible : C'est l'ensemble des personnes susceptibles d'adhérer à la mutuelle.

Pool des risques : La formation d'un groupement de telle façon que les risques individuels puissent être partagés par un grand nombre de personnes.

Prépaiement : Paiement effectué à l'avance et qui garantit le droit de recevoir un service lorsqu'il s'avère nécessaire à un coût additionnel réduit ou même sans coût. Ce terme est utilisé d'une manière synonyme aux Mutuelles de santé mais peut aussi faire référence à un prépaiement pour une personne ou un ménage sans mise en commun des ressources.

Précompte : C'est le prélèvement des cotisations sur les salaires soit une retenue à la source.

Ratio cotisations/dépenses : Il permet de savoir si l'ensemble des dépenses est couvert par les cotisations.

Ratio frais de fonctionnement / recettes : Il permet de savoir la part des frais de fonctionnement (frais lié aux dépenses d'administration et de gestion de la mutuelle) dans les recettes totales. Il doit être inférieur à 5%.

Réassurance : Système selon lequel le premier assureur (assureur direct) conclut un contrat avec un second assureur pour partager les risques que l'assureur direct a assumé pour le compte de ses membres.

Taux de pénétration : C'est le pourcentage de personnes adhérent à une mutuelle par rapport à l'ensemble de la population susceptible d'adhérer à la mutuelle.

Ticket modérateur : C'est la quote-part à la charge du patient, la partie des frais non prise en charge par la mutuelle.

Tiers payant : Système de prise en charge selon lequel la mutuelle règle directement au prestataire la partie du coût qui lui revient.

INTRODUCTION

Selon l'organisation Mondiale de la Santé (OMS), les objectifs d'un système de santé sont d'améliorer le niveau de santé de la population, de répondre aux attentes de cette population et d'assurer l'équité dans la contribution financière des ménages. Le degré de réalisation de ces objectifs dépendrait de la manière dont les quatre fonctions essentielles du système de santé sont remplies à savoir : la prestation de service, la production de ressources, le financement et l'administration générale (OMS, 2000). Le financement occupe une place très importante dans les politiques de santé car les autres fonctions y sont étroitement liées.

En Afrique, cette question reste au cœur des préoccupations et réformes. Elle a fait l'objet de nombreuses mutations. En effet, après les indépendances, l'Etat était le principal financeur du secteur de la santé dans les pays africains. La gratuité des soins comme principe de fonctionnement des structures publiques de santé était de vigueur. La croissance économique devrait permettre aux Etats de dégager des ressources de plus en plus importantes pour financer ce secteur. Cependant, les difficultés économiques survenues dans la deuxième moitié des années 70, les restrictions budgétaires et les réformes dans le cadre des Plans d'Ajustement Structurel (PAS) ont eu pour conséquence une baisse considérable des dépenses publiques de santé.

Ainsi, alors que les pays développés avec un revenu par habitant supérieur à 8000 \$ consacrent jusqu'à 8% du Produit Intérieur Brut (PIB) aux dépenses de santé, les pays à revenu intermédiaire c'est-à-dire ceux dont le revenu par habitant est compris entre 1000 et 8000\$ et les pays à revenu par habitant inférieur à 1000\$ consacrent respectivement entre 3 et 7% puis entre 1 et 3% de leur PIB à la santé (OMS, 2003).

Par ailleurs, il y a une quasi-inexistence de système de prise en charge globale de la maladie c'est-à-dire une sécurité sociale qui tient compte du risque maladie dans ces pays. Aussi, une part importante des dépenses de santé incombe aux ménages qui supportent plus de la moitié de celles-ci. Cette situation fait qu'en Afrique, aujourd'hui encore, l'accès aux soins de santé est limité.

Devant cette incapacité des Etats des pays en développement à faire face aux dépenses de santé, plusieurs tentatives ont été menées. Ce sont l'introduction des soins de santé primaire en 1978 avec la conférence d'Alma Alta et l'initiative de Bamako adoptée en 1987. Cette dernière réforme était basée sur le recouvrement des coûts, la gestion conjointe des ressources par le personnel et les collectivités locales et la décentralisation du secteur de la

santé. Au départ, dans plusieurs pays, des études ont montré qu'elle avait permis une amélioration significative de l'accès aux soins et un progrès des indicateurs de santé (GTZ, 2003). Cependant, cette réforme a vite montré ses limites car le paiement direct excluait une bonne partie de la population.

C'est dans ce contexte qu'est née la mutualité en Afrique en tant qu'alternative au paiement direct des soins. Elle apparaît aujourd'hui comme un mode de financement pouvant conduire à une plus grande équité dans la contribution financière aux soins et partant, à l'atteinte des deux autres objectifs du système de santé. En effet, depuis le début des années 90, on assiste à la naissance des mutuelles de santé dans tous les pays de l'Afrique subsaharienne. Ces mutuelles se présentent sous diverses formes d'un pays à l'autre. Selon les pays, elles n'évoluent pas au même rythme. Si certains se trouvent bien avancés, d'autres éprouvent d'énormes difficultés à démarrer. En effet, alors que des pays comme le Sénégal et la Guinée ont des effectifs respectifs de 150 et 111 mutuelles, le Tchad et la Mauritanie n'en comptent que 7 chacun (Concertation, 2004).

En Côte d'Ivoire, la mutualité reste très peu développée. Il existe certes une floraison de mutuelles depuis ces dix dernières années mais elles n'ont pas une grande implantation. Le mouvement mutualiste tarde à prendre de l'importance dans le pays en raison de plusieurs facteurs endogènes ou exogènes à ces organisations (Sery et al., 2000). Il est à noter que, comme pour la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, il n'existe pas de système de prise en charge globale de la santé en Côte d'Ivoire. La loi sur l'assurance maladie Universelle a été votée depuis 2001 mais sa mise sur pied est confrontée à diverses difficultés notamment le faible niveau de monétarisation de l'économie.

Partant de ces constats, plusieurs questions peuvent être posées :

- La société ivoirienne et en général la société africaine est basée sur l'appartenance à une communauté. Ce contexte culturel est fondé sur le fait qu'il est d'obligation pour la communauté entière d'apporter son assistance à toute personne du même groupe vivant un événement malheureux ou gai. Ces événements se résument très souvent aux naissances, aux mariages et aux décès. La maladie est rarement prise en compte. Le mouvement mutualiste axé sur la santé pourra-t-il connaître un essor véritable dans un tel contexte ?
- La participation communautaire au financement des soins qui a été promue depuis la fin des années 80 en particulier par l'Initiative de Bamako, a bien montré ses limites dans bon

nombre de pays d'Afrique subsaharienne. Le mouvement mutualiste qui lui a succédé et qui commence à prendre de l'ampleur demande également une certaine disponibilité financière de la part des usagers. L'adhésion aux mutuelles de santé garantit-elle un accès plus équitable aux soins de santé que le paiement à l'acte ?

- La viabilité ou durabilité d'une mutuelle de santé signifie qu'elle a la capacité de fonctionner pendant très longtemps. Elle a diverses dimensions notamment politique, sociale, administrative et financière. Les facteurs qui peuvent porter atteinte à la viabilité d'une mutuelle sont multiples. L'une des caractéristiques des mutuelles en Afrique et particulièrement en Côte d'Ivoire est que les membres sont souvent peu nombreux. La faiblesse de la taille des mutuelles n'est-elle pas un obstacle à leur viabilité à long terme?
- En contrepartie des sommes qu'ils versent pour leur santé, les utilisateurs des services de santé veulent légitimement des soins de qualité. Or, la qualité des soins surtout dans les structures sanitaires publiques laisse souvent à désirer quand elles ne sont pas médiocres. De plus, l'accessibilité géographique constitue un problème pour une grande partie de la population. La disponibilité mais également la faible qualité des soins offerts dans les structures sanitaires ne constituent-elles pas un frein au développement des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire ?
- Les principes de base d'une mutuelle stipulent qu'elle doit être gérée par les personnes qui y adhèrent (autonomie de gestion). Or, force est de constater que le niveau de scolarisation de la population ivoirienne reste faible, que la plupart des personnes exerçant dans le secteur informel et agricole n'a pas accès à des connaissances suffisantes dans le domaine de la gestion pour être en mesure de contribuer au développement d'une mutuelle. Surtout que le dysfonctionnement de bon nombre de mutuelles est souvent dû à des problèmes de gestion. La maîtrise des techniques de gestion n'est-elle pas indispensable à la bonne marche du mouvement mutualiste en Côte d'Ivoire ?

Le but de ce travail est de voir dans quelles mesures des leçons pourront être tirées de l'expérience Française et de certains pays africains pour le développement des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire.

La méthodologie développée est basée sur une synthèse bibliographique et aussi des entretiens avec des personnes ressources sur les mutuelles.

Le présent mémoire qui fait suite au stage que nous avons effectué à Brest en France, est organisé suivant cette articulation :

Une première partie passe en revue les caractéristiques des mutuelles de santé ; la seconde se consacre au mouvement mutualiste en France, en Afrique subsaharienne et en Côte d'Ivoire ; et enfin les enseignements tirés de l'expérience française et d'autres pays africains constitue la dernière partie de ce travail.

Chapitre I. GENERALITES SUR LES MUTUELLES

1.1. Définition

Les mutuelles, tout comme les coopératives et les associations, sont une entité de l'économie sociale qui est l'ensemble des activités économiques n'ayant pas pour finalité de dégager du profit mais de regrouper des hommes autour d'un projet collectif d'intérêt général. Les bénéficiaires des services rendus ne sont pas des clients mais des sociétaires ou des adhérents (Bialiès et *al.*, 1999).

La mutuelle de santé pourra être définie comme étant un système d'assurance volontaire à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions de ces derniers, et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène en leur faveur et en celle de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux (BIT, 2003). La mutuelle met en jeu la notion d'assurance dans la mesure où elle couvre des événements peu prévisibles.

1.2. Historique des mutuelles et évolution

Les origines de la mutualité sont très anciennes. On en trouve déjà en Basse-Egypte dès le IV^{ème} millénaire avant Jésus-Christ sous la forme d'une caisse d'entraide entre les tailleurs de pierres.

Ensuite, l'entraide mutuelle va se développer en Grèce et à Rome. Au moyen âge, l'assistance caritative est mise en œuvre par l'église qui était considérée alors comme la seule institution pérenne de nature à assurer une certaine cohésion sociale. Les différents types de groupements ancêtres directs des mutuelles se développeront ensuite au sein du monde du travail : les guildes, les corporations et le compagnonnage. Ce n'est qu'à partir du XVIII^{ème} siècle que la pratique de la charité commence à être supplantée par une conception plus laïque et collective du problème. A la fin de ce siècle, les premières sociétés de secours mutuels sont créées un peu partout en Europe.

En matière de santé, c'est seulement au XIX^{ème} siècle, que le concept prend véritablement son envol. Ces transformations sociétales font apparaître de nouvelles formes d'organisation de solidarité et diverses initiatives de prévoyance sociales voient le jour. Les ouvriers se réunissent pour créer les « caisses de secours ». Jusqu'au milieu du XIX^{ème} siècle, les sociétés de secours mutuels sont dans une situation paradoxale : toujours sous le joug de

l'interdiction de la loi. Elles deviennent par la suite de véritables résistances ouvrières. La naissance d'une grande industrie incite les travailleurs à s'unir pour défendre leurs intérêts professionnels mais aussi pour se prémunir contre les risques sociaux. La mutualité va au delà de la simple prise en charge des soins et s'impose comme un interlocuteur de référence. Les cotisations des membres sont fixées sous la base d'une mise en commun des risques. A cette époque déjà, beaucoup de mutualités sont impliquées dans la délivrance de soins par le biais d'institutions nées à leur initiative ; ou de prestataires avec lesquels elles ont passé des contrats afin de mieux contrôler les prix et l'offre de soins médicaux. Dans la plupart régimes bismarckiens européens, elles sont à la base des systèmes publics de protection sociale.

Ces grands régimes de protection furent créés après 1945. La fonction des mutuelles diverge selon les options prises par les Etats. En Belgique, elles sont chargées de gérer le régime obligatoire de sécurité sociale. D'autres Etats choisissent une gestion de la protection sociale par un service public géré soit par l'Etat lui-même, soit par les régions. C'est notamment le cas de l'Espagne. Les mutuelles y jouent un rôle alternatif et développent des activités d'assurance maladie complémentaire. En France, la gestion du régime de base est partagée entre les mutuelles et l'Etat, celui-ci étant garant de la majeure partie. (Commission européenne, 2003).

1.3. Les principes de base de la mutualité

Une mutuelle de santé met en jeu un instrument financier qu'est l'assurance et repose sur plusieurs principes.

1.3.1. La solidarité

Le principe de solidarité est une valeur fondamentale du mouvement mutualiste. Il implique que :

- Chaque adhérent paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade. La cotisation est la même quels que soient l'âge, le sexe, l'état de santé des adhérents.
- Chaque adhérent bénéficie des mêmes services. La cotisation peut être la même pour tous les membres ou encore proportionnelle au revenu.

La solidarité au sein d'une mutuelle ne s'exprime pas seulement d'une manière financière. Elle peut aussi s'exprimer à travers un engagement volontaire, libre et bénévole en faveur des groupes à risque.

1.3.2. La démocratie

Chacun est libre d'adhérer ou non à une mutuelle. Tous les adhérents ont les mêmes droits et devoirs. A ce titre, ils ont le droit de participer directement ou indirectement aux instances de décision et de contrôler le fonctionnement de leur organisation. Les responsables sont élus parmi les adhérents selon la base du fonctionnement démocratique : une personne, une voix.

1.3.3. L'autonomie et la liberté

Une mutuelle est une organisation libre qui fonctionne indépendamment des pouvoirs publics. Elle doit être également indépendante de tout pouvoir politique, financier ou syndical. Cette liberté d'action est bénéfique aux adhérents car elle leur permet d'adapter les services offerts aux besoins. Cependant, cette liberté et cette autonomie dont jouissent les mutuelles doivent se faire dans le respect des lois et règlements en vigueur notamment ceux régissant la mutualité et ceux portant sur l'enregistrement, la comptabilité, l'audit, le contrôle, etc.

1.3.4. La responsabilité

Les adhérents doivent se comporter de manière responsable vis-à-vis de leur santé et celle des autres, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle et dans les décisions qu'ils prennent. Ce principe est très important car il permettra le respect des autres principes cités plus haut.

1.4. Les risques auxquels sont exposés les mutuelles

Pour que tout système d'assurance obtienne des résultats financiers satisfaisants, il doit disposer d'une bonne capacité à estimer les risques auxquels il est exposé. La mutuelle doit

prendre des mesures appropriées pour limiter ces risques qui sont essentiellement la sélection adverse, le risque moral, les fraudes et les abus.

1.4.1. Le risque moral

On appelle risque moral le fait qu'une personne utilise les services de santé de façon plus importante lorsqu'elle est assurée. Cette attitude aboutit à une surconsommation de soins qui met en péril la viabilité financière de la mutuelle.

1.4.2. La sélection adverse

C'est la possibilité que des personnes ayant une probabilité forte de tomber malade ou étant déjà malades adhèrent à un système d'assurance en plus grand nombre que des personnes présentant des risques moins élevés. Elle met également en péril la viabilité du système, les primes d'assurance étant calculées sur la base d'un taux moyen de risque ou de maladie pour l'ensemble d'un groupe cible. Si les souscripteurs ou adhérents utilisent les services plus que la moyenne, il existe une possibilité que le système fasse faillite.

1.4.3. Les fraudes et abus

Si aucun système de contrôle des identités n'est mis en place, il est difficile de savoir si les personnes qui demandent les prestations sont ou non habilitées à le faire. Ainsi, des personnes qui n'ont pas droit aux services peuvent usurper l'identité de celles qui y ont droit, pour recevoir des prestations sans payer.

Nées depuis le XIX^{ième} siècle en Europe, les mutuelles de santé sont aujourd'hui des modes de mise en commun des ressources que l'on retrouve dans presque tous les Etats. Elles fonctionnent dans des contextes très différents d'un pays à l'autre. Cependant, elles partagent des valeurs et des principes de fonctionnement qui les distinguent des acteurs publics et des entités privées de type commercial.

Chapitre II. LE MOUVEMENT MUTUALISTE EN FRANCE

2.1. Présentation du système de santé français

Dans le système de santé français, le rôle principal revient à l'Etat, garant de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. Il exerce un rôle de contrôle sur les relations entre institutions de financement, professionnels et malades au nom des impératifs sanitaires et économiques généraux. Ce système essaie de concilier les principes de solidarité et ceux du libéralisme à travers un système de financement socialisé.

Au plan national, ce sont les ministères chargés des affaires sociales et de la santé qui interviennent au nom de l'Etat sur les systèmes de santé. Le ministère de l'économie et des finances intervient sur les aspects financiers de la santé, de l'assurance maladie et au niveau de la politique locale. Les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), qui sont des services déconcentrés du ministère de l'emploi et de la solidarité sont chargées d'assurer la mise en œuvre des politiques nationales dans les domaines sanitaires, social et socio-sanitaire sur le plan local (site du Ministère de la Santé).

2.1. 1. Etat de santé en France

L'espérance de vie à la naissance était de 78,9 ans en 2002. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile étaient estimés respectivement à 5 et 6 pour 1000 naissances vivantes (PNUD, 2004). Les principales causes de décès dans ce pays sont les maladies circulatoires et les tumeurs qui représentent respectivement 32,3% et 27,6% (Haut comité de santé publique, 2000).

La France a consacré 7,3% de son PIB à la santé en 2001 et la dépense de santé par habitant était estimée à 2567 \$ PPA (PNUD, 2004).

2.1.2. Financement des soins de santé

Le financement du système de santé est assuré en grande partie par la sécurité sociale. Elle assure 75,5% des dépenses courantes de soins et de biens médicaux. Créée en 1945, la

sécurité sociale est un organisme encadré par le ministère de la santé. Ses recettes proviennent essentiellement des employeurs et des assurés et pour une faible part, des subventions de l'Etat. Elle couvre la totalité de la population française. L'assurance maladie est une branche de la sécurité sociale qui en comporte quatre à savoir : maladie, famille, vieillesse et accident de travail qui ne sont pas fusionnées du point de vue financier. Elle est constituée par différentes caisses ou régimes caractérisés par l'activité professionnelle de leurs adhérents. Par exemple, pour les salariés, il y a la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) appelé encore « régime général », pour les travailleurs du secteur agricole, c'est la Mutualité Sociale Agricole (MSA). D'autres caisses existent pour les autres corps de métier tels que les travailleurs indépendants, les mineurs, les marins, etc. Les services offerts sont différents d'une caisse à l'autre mais le principe de compensation des ressources entre les caisses est acquis sous la responsabilité de la CNAMTS. La couverture maladie universelle permet une prise en charge de toute la population même des plus démunies.

Chaque année et cela depuis 1996, le parlement détermine le montant des ressources financières allouées au système de soins en votant la loi de financement de la sécurité sociale qui prend en compte les priorités et orientations du comité nommé au sein de « la conférence nationale de la santé ». Les conférences régionales de santé fixent les priorités et les orientations de santé au niveau local. L'enveloppe est répartie d'une part en fonction du secteur ambulatoire et le secteur hospitalier et d'autre part entre les régions. Le haut comité de santé à pour objectif de contribuer à la définition des objectifs de santé publique.

Les autres formes d'assurances viennent en complément. Ce sont les mutuelles, les compagnies d'assurances privées et les institutions de prévoyance. Les mutuelles assurent 7,1% des dépenses de santé alors que les assurances et les institutions de prévoyance n'interviennent respectivement que pour 3% et 2% (Haut comité de santé publique, 2000).

2.1.3. L'offre des soins

L'offre des soins est caractérisée par la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé. La rémunération des praticiens libéraux est fondée sur le paiement à l'acte. Les médecins ont la possibilité soit d'adhérer à une convention passée entre les représentants syndicaux de la profession et l'assurance maladie qui fixe le montant du paiement (médecins conventionnés), soit de fixer librement le montant de leurs honoraires (médecins non conventionnés). Les premiers peuvent pratiquer dans le cadre de deux secteurs différents :

Secteur 1 : impose la pratique du montant de l'acte fixé par la convention. Tous les patients bénéficient d'un même tarif et d'un taux de remboursement de l'ordre de 70%. En échange, les cotisations sociales personnelles du médecin sont prises en charge par la sécurité sociale.

Secteurs 2 : permet un dépassement d'honoraire avec modération pour une partie de leur clientèle. Les patients sont alors remboursés sur le montant du tarif du secteur 1, le dépassement d'honoraires étant à leur charge. En contrepartie, le médecin devra participer pour une grande part à ses propres cotisations sociales.

Depuis 1992, l'admission aux deux secteurs se fait sous certaines conditions (titres hospitaliers, ancienneté). Très peu de médecins libéraux exercent hors convention.

Les médecins ont le libre choix du lieu d'installation et sont libres de leurs prescriptions. Le nombre de médecins formés chaque année est contrôlé par un *numerus clausus* fixé annuellement conjointement par le ministère de la santé et le ministre de l'enseignement supérieur.

De même, le secteur hospitalier est constitué d'hôpitaux publics et d'établissements privés qui se répartissent en hôpitaux privés à but non lucratif et hôpitaux à but lucratif. Les hôpitaux doivent se soumettre à une démarche d'accréditation réalisée par l'agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui a été créée en 1996. Le but de cette agence est de favoriser au sein des établissements de santé publics ou privés, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles.

Le secteur pharmaceutique est un secteur particulièrement encadré. Les prix des spécialités sont contrôlés et constituent l'un des index de prix les plus bas d'Europe. Un accord Etat-Syndicat national de l'industrie pharmaceutique a été signé en 1994. Il consiste à libérer le prix de certains médicaments contre un engagement à promouvoir un bon usage du médicament. La distribution est aussi soumise à un contrôle.

Le consommateur possède un droit de libre accès aux structures de soins (Béresniak et Duru, 1997).

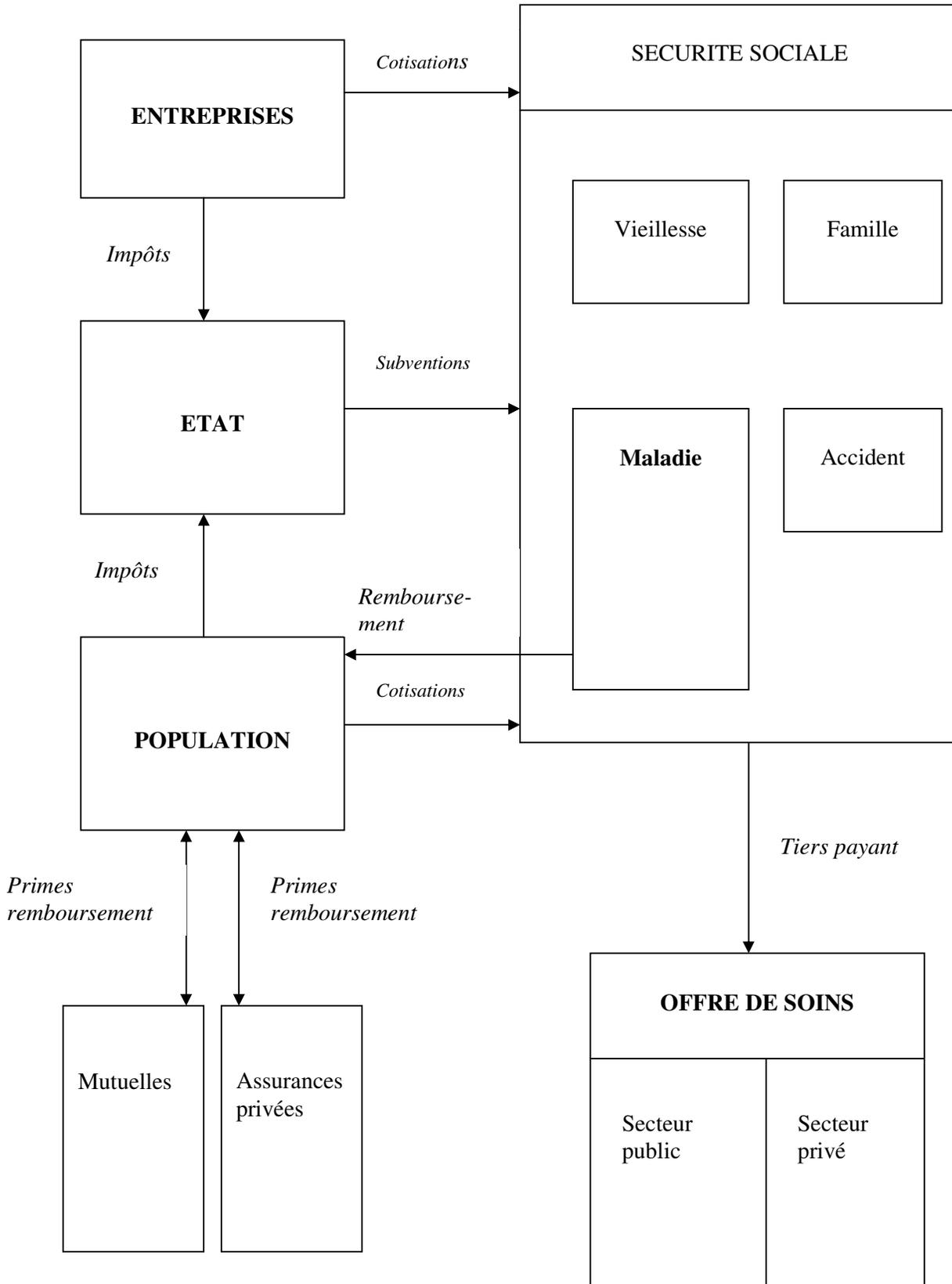


Figure 1: Organisation du système de soins en France

2.2. Place des mutuelles en France

Le mouvement mutualiste français couvre plus de 30 000 000 de personnes soit 60% des titulaires d'une assurance complémentaire (site de la Mutualité Française)

2.2.1. Les grandes étapes de la mutualité en France

L'année 1898 marque le début véritable de la structuration de la mutualité en France. En effet, c'est à cette date qu'est votée la loi nommée « la charte de la mutualité ». Elle libère la mutualité de la contrainte étatique et consacre pleinement sa vocation qu'est de favoriser l'accès de tous à des soins de qualité et aussi ses valeurs fondamentales qui sont la liberté, la solidarité, la démocratie et la responsabilité.

En 1902, la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) est créée.

Entre 1930 et 1945, la mutualité s'impose dans la gestion des assurances sociales, les risques maladie, retraite et maternité de 8 millions de français sont alors couverts.

Cependant, la mise en place de la sécurité sociale en 1945 viendra modifier le rôle de la mutualité qui devient complémentaire, puis partenaire dynamique du nouveau système grâce aux nouvelles actions qu'elle impulse : Prévention, prévoyance, innovations sociales et médicales (Thomazeau, 2000).

2.2.2. Une organisation originale

Les mutuelles françaises sont regroupées au sein d'unions et de fédérations. La FNMF est la première fédération mutualiste. Elle regroupe plus de 80% des mutualistes. La FNMF compte 3000 mutuelles, 15 millions d'adhérents et 30 millions de personnes protégées. Les mutuelles qui y adhèrent sont également adhérentes à des fédérations intermédiaires.

A côté de la FNMF, on trouve d'autres fédérations de plus petites tailles dont, la Fédération des Mutuelles de France (FMF) qui regroupe 600 groupements mutualistes pour 1,5 millions d'adhérents et 4,5 millions de personnes protégées (Giraud, 2000). Ces organismes sont en relation avec les pouvoirs publics, l'ensemble de ses parties prenantes ainsi que les professionnels de la santé et se trouvent régis par le code de la mutualité.

Dans chaque département, les mutuelles sont organisées au sein d'unions départementales dont, la vocation est d'assurer l'unité et la représentativité mutualiste auprès des partenaires sociaux. Elle est également un moyen de mise commun des ressources afin de mettre à

disposition des mutuelles adhérentes, des services de réassurance ou des prestations sanitaires et sociales. Elle permet aussi de présenter un front mutualiste uni dans l'établissement de convention avec les professionnels de la santé.

Le principe du tiers payant est développé par la mutualité française. L'instauration de la carte vitale facilite désormais l'application de ce principe. En effet, elle permet le remboursement du bénéficiaire ainsi que le paiement des prestations sans que l'adhérent n'ait besoin d'apporter des pièces justificatives à sa mutuelle. Cette carte constitue le trait d'union entre le praticien, la mutuelle et la sécurité sociale. Cela limite également les risques liés aux transactions.

2.2.3. Des champs d'intervention multiples

- La complémentaire santé

Les mutuelles interviennent essentiellement dans le remboursement complémentaire au régime d'assurance universelle. Cette activité représente 80% de leurs chiffres d'affaires (Giraud, 2000). Certaines mutuelles telles que les mutuelles de la fonction publique et les mutuelles estudiantines gèrent le régime obligatoire d'assurance maladie de leurs adhérents.

- Les réalisations sanitaires et sociales

Les mutuelles françaises présentent la spécificité de développer un double métier d'assureur et de prestataire. Ces établissements représentent plus de 20% des prestations mutualistes et englobent près de 30 activités : des centres d'optique, des laboratoires de prothèses dentaires, des centres dentaires, des maisons de retraite pour personnes âgées et de plus en plus des consultations à domicile etc. La mutualité française compte à son actif aujourd'hui, plus de 2000 réalisations sanitaires et sociales (site de la Mutualité Française). La création de ces structures est favorisée par le regroupement des mutuelles en unions ou en fédérations.

- La prévention

Les mutuelles contribuent à la mise en place d'une politique de prévention et de santé publique en France.

- La prévoyance

Au delà de la complémentaire santé, les mutuelles interviennent dans le secteur de la prévoyance. Cela dans le sens d'étendre leur champ d'activité à l'ensemble des besoins de prévoyance et d'épargne du particulier comme de l'entreprise. Ces prestations comportent la couverture de l'arrêt de travail temporaire ou permanent, la couverture des risques décès etc.

2.2.4. La taille des mutuelles françaises

Les mutuelles en France ont des tailles bien disparates. En effet, plus des trois quarts des groupements mutualistes comptent moins de 3500 personnes protégées. Seulement 940 mutuelles comptent plus de 3500 ayants-droits. Et, parmi celles-ci, se distinguent des mutuelles comme la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (M.G.E.N.), première mutuelle française avec plus de 2,5 millions de personnes protégées ou la Mutuelle Générale des Postes et des Télécommunications (M.G.P.T.T.) avec plus d'un million (Giraud, 2000).

2.3. Les faiblesses de la mutualité en France

La principale limite de la mutualité en France réside dans le fait qu'elle vient en complément à la sécurité sociale. Comme le montre l'étude de cas de la SMEBA, la part des dépenses de santé non prise en compte par la sécurité sociale sont dans la majorité des cas couverts à 100% par les mutuelles. Ainsi, toute fluctuation de la sécurité sociale se répercute sur ces assurances complémentaires. Or, cette dernière est confrontée aujourd'hui à d'énormes difficultés.

2.4. Description d'une mutuelle française

La mutuelle dont la description sera faite est une mutuelle étudiante : la Société Mutualiste des Etudiants de la région de Bretagne Atlantique (SMEBA). Les sociétés mutualistes sont des regroupements qui au moyen des cotisations de leurs membres se proposent de mener dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité ou d'entraide visant la prévention des risques sociaux et la répartition de leurs conséquences, l'encouragement de la maternité et la protection de l'enfance et de la famille, le développement moral, intellectuel et physique de leurs membres.

La SMEBA a été créée en Avril 1974 avec comme champ d'action géographique les régions de Bretagne et Pays de la Loire et a fait l'objet d'une habilitation ministérielle à gérer le régime étudiant de sécurité sociale pour les académies de Nantes et Rennes. Comme toutes les autres mutuelles françaises, la SMEBA intervient en complément à la sécurité sociale. Elle compte 35000 adhérents dans l'ensemble et 2904 pour la ville de Brest.

2.4.1. Fonctionnement statutaire

Les statuts de la SMEBA prévoient deux types de membres :

- Les membres participants qui sont les étudiants ayant cotisés à l'une des garanties ;
- Les membres honoraires : ce sont les membres admis par le conseil d'administration compte tenu de leur dévouement au service de la mutuelle. Ils ne bénéficient pas des prestations offertes par la mutuelle.

Les membres participants et honoraires élisent tous les deux ans leurs représentants parmi les plus actifs : ce sont les délégués à l'assemblée générale.

2.4.2. Organisation et structure administrative

Le code de la mutualité prévoit qu'une société mutualiste peut employer du personnel rémunéré. Au départ de la création de la mutuelle, les administrateurs assuraient eux mêmes la gestion. Cependant compte tenu de la taille, elle s'est dotée d'une structure administrative et technique développée composée d'un personnel différencié et hiérarchisé qui sont le directeur général et les titulaires des postes d'encadrement.

L'agence de Brest emploie quatre personnes, deux d'entre elles ont le niveau BEP et les deux autres sont titulaires d'un BTS.

2.4.3. Les garanties offertes

La SMEBA offre cinq garanties en mutuelle complémentaire qui sont : ALIZEE, BRISE, CIEL, DUNE, ECUME. Plus le montant des garanties est élevé, plus les avantages auxquels l'adhérent a droit sont grands. Ainsi, ces garanties vont de la prise en charge uniquement des frais liés à l'hospitalisation et aux produits pharmaceutiques, aux charges liées aux soins dentaires ainsi qu'aux soins optiques.

Le tableau ci-après présente les différentes garanties proposées par la SMEBA ainsi que les prestations couvertes par chacune. Il indique également la part des prestations prise en charge par la sécurité sociale.

Tableau I: Garanties proposées par la SMEBA

	Taux de sécurité sociale	ALIZÉE 4,9€/mois 55€/an	BRISE 9,5€/mois 105€/an	CIEL 13,5€/mois 155€/an	DUNE 19€/mois 215€/an	ECUME 27,5€/mois 315€/an		
Chirurgie, hospitalisation médicale	70 à 100%	100%	100%	100%		100%		
Maternité	100%					130%		
Consultation généraliste, visite généraliste	70%					100%		
Pharmacie	100%							
Pharmacie vignette blanche	65%					35%		
Pharmacie vignette bleu	35%							
Consultation spécialiste* Visite spécialiste	70%					70%	130%	
Soins dentaires	70%					70%	100%	
Soins externes hôpital	60à70%					60 à70%		60 à70 %
Sage-femme Prothèses dentaires Radiologie	70%					70%		70%
Optique, lunetterie Appareillage/prothèse Transport	65%	65%	65%					
Analyses Actes paramédicaux	60%	60%	60%					
Hospitalisation		100%	100%	100%	100%	100%		
Prescription pharmaceutique		10€	10€	13€	15€	15€		
Fracture	néant	77€	77€	77€	77€	77€		
Vaccins	néant	77€	77€	77€	77€	77€		
Contraceptif féminin	Néant		30€	30€	30€	45€		
Aide à l'arrêt du tabac	Néant			2*40€	2*40€	2*40€		
Naissance	Néant				150€	150€		
Optique	Monture 2,4€				125€	150€		
Prothèse auditive	199,70€				150€	200€		
Prothèse dentaire	Couronne 107,5€					2*77€		
Homéo, acupuncture, ostéo	Néant					77€		
Orthopédie	Néant					50€		

Sources: Cahier de charges SMEBA, 2004

Le montant des cotisations sont de :

- 55€ par an pour la garantie Alizée
- 105€ par an pour la garantie Brise
- 155€ par an pour la garantie Ciel
- 215€ par an pour la garantie Dune
- 315€ par an pour la garantie Ecume

Les cotisations pour toutes ces garanties pour l'année académique 2004-2005 sont supérieures à celles de 2003-2004 à cause de la baisse du taux pratiqué par la sécurité sociale.

2.4.4. Répartition des membres par garantie à la SMEBA de Brest

La garantie CIEL est celle qui comprend le plus de membres alors que Ecume compte le plus faible nombre.

Tableau II: Répartition des membres par garantie

Garantie	ALIZEE	BRISE	CIEL	DUNE	ECUME	Total
Nbre d'adhérents	222	293	962	340	43	1860

Le taux de pénétration de cette mutuelle est faible. En effet, la ville de Brest compte 26000 étudiants et seulement 2904 (11%) sont adhérents à la SMEBA. Ce faible taux de pénétration est dû au fait qu'elle a une concurrente qui est la Mutuelle des Etudiants et que certains étudiants sont encore liés aux mutuelles de leurs parents.

La SMEBA, en plus des garanties qu'elle offre, gère la sécurité sociale de certains étudiants qui ne sont aucunement obligés d'adhérer à la mutuelle. C'est ce qui explique la différence entre le nombre total des membres soit 2904 et l'effectif des adhérents pour toutes garanties confondues qui est de 1860 comme l'indique le tableau II.

2.4.5. Moyens matériels et humains

La SMEBA dispose d'un local, un bureau de deux pièces. Chaque membre du personnel a à sa disposition un matériel informatique tout neuf. Ce matériel permet de faire de

la consultation, de payer les feuilles de soins et également de faire des courriers. A partir de la carte vitale, les soins sont remboursés sous trois jours, aussi bien à l'assuré comme au tiers.

Le mouvement mutualiste français est l'un des plus solide en Europe. Intervenant en complémentaire à la sécurité sociale, les mutuelles françaises mènent d'autres activités qui leur permettent de réaliser des chiffres d'affaire importants. Lesquels servent non seulement à protéger les mutuelles contre les risques financiers mais également à des réalisations en faveur des membres. Il serait donc possible de s'inspirer de cette expérience pour envisager leur développement en Côte d'Ivoire

CHAPITRE III. LA MUTUALITE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

3.1. Evolution du financement des soins de santé en Afrique

Après les indépendances, la plupart des pays africains ont conservé les modèles en vigueur pendant la colonisation. Les systèmes de soins reposaient sur des modèles hospitalo-curatifs c'est à dire que tous les efforts étaient basés sur les grands hôpitaux et les centres de santé urbains qui offraient des prestations orientées vers les soins curatifs (GTZ, 2003). Ces structures avaient des organisations bureaucratiques à la fois lourdes et coûteuses. Ce système écartait de ce fait les populations des zones rurales et ne fournissait donc pas un accès équitable aux soins de santé.

De plus, les politiques privilégiaient les stratégies de lutte contre les grands fléaux. Il était mis en avant le processus de lutte contre le vecteur c'est-à-dire la maladie qui était bien ciblée. La nature des fléaux relevait du champ de la médecine dont les professionnels étaient aux commandes de l'administration chargée de la santé : la dimension économique n'était pas prise en compte. Le contexte économique et politique était aussi favorable à une logique réduisant les politiques de santé à une série d'actions bien déterminées. Les actions en faveur de la viabilité des organisations n'étaient pas menées et il n'existait pas des conditions propices à la santé et à la mise en place de stratégies de prévention (Audibert et al., 2003).

Aussi, il est introduit les soins de santé primaire (SSP) en 1978 avec la conférence d'Alma Alta, conférence pendant laquelle les pays africains se sont engagés à améliorer le système de soins de santé avec l'assistance des bailleurs de fonds. A partir de cette date, il est de plus en plus question de la construction de système de santé basé sur le district. Ainsi des réseaux de soins de santé ont été créés dans les zones rurales et des efforts ont été déployés pour organiser les activités de façon plus efficace. La dimension économique est intégrée et considérée comme une composante à part entière des politiques de santé. Cette réorientation des dépenses de santé devrait permettre aux populations d'être plus couvertes.

Au cours des années 90 et dans une seconde étape, des hôpitaux de référence ont été réhabilités et réorganisés pour garantir des soins secondaires.

Par ailleurs, l'introduction des soins de santé primaire a coïncidé avec l'adoption par les gouvernements des plans d'ajustement structurel dans les années 80. La crise économique

et la mauvaise gestion ont amené les gouvernements africains à réduire les dépenses de santé. Il n'y avait plus suffisamment de ressources pour financer la santé. Le financement initial des bailleurs de fonds pour améliorer cette situation n'a pas fourni des résultats probants.

Des organisations internationales à savoir la Banque Mondiale et les agences des Nations Unies se sont engagées dans une politique de réformes de soins de santé dans le domaine du financement et de la décentralisation des soins de santé. Il fut considéré comme important que les populations participent elles mêmes aux dépenses de santé en vue de pouvoir maintenir les services de SSP mis en place auparavant.

L'initiative de Bamako adoptée en 1987 a permis l'introduction du système de recouvrement des coûts dans les structures sanitaires publiques, la gestion conjointe des ressources par le personnel et les communautés et la décentralisation du secteur de la santé. Au départ, dans plusieurs pays, des études ont montré que cette réforme avait permis une amélioration significative de l'accès des populations aux soins de santé et un progrès des indicateurs de santé.

Cependant, malgré tous les efforts déployés, il s'est avéré dans la majorité des pays africains, qu'une majeure partie de la population n'avait pas toujours accès aux soins de santé. En effet, l'accessibilité aux soins de santé est restée une préoccupation dans la mesure où près de 5% de la population n'a jamais eu suffisamment d'argent pour avoir accès aux SSP parce que vivant dans la pauvreté extrême (exclusion permanente) et que 25% à 35% ayant des revenus faibles et instables n'y a pas toujours accès (exclusion temporaire). Cette situation s'explique par le fait que, les économies des pays africains sont caractérisées par des secteurs informel et agricole qui occupent souvent 80% ou plus de la population (GTZ, 2003). Ces secteurs pourtant très développés fournissent aux populations des revenus qui leur permettent juste de satisfaire leurs besoins de subsistance.

De plus, toutes ces réformes n'ont pas résolu les problèmes de la bonne gouvernance, du manque de démocratie et de la transparence dans la gestion du secteur sanitaire. Les comités de gestion mis en place pour gérer les centres de santé communautaires n'étaient pas dans la majorité des cas, associés directement à la gestion des structures pour lesquelles ils ont été créés. Les professionnels de la santé continuaient seuls à fixer les priorités. Le taux d'utilisation des centres de santé continue de baisser à cause de la mauvaise qualité des soins et de la détérioration des structures sanitaires publiques liée notamment à un sous financement du secteur (dégradation du matériel technique, un manque de réapprovisionnement et de renouvellement des stocks).

Contrairement aux pays développés, il y a absence quasi généralisée dans les pays africains, de toute forme de sécurité sociale. Cependant, depuis quelques années, il y a une volonté manifeste des gouvernements africains à mettre en place des systèmes de couverture maladie généralisée.

3.2. Situation actuelle de la couverture maladie en Afrique subsaharienne

3.2.1. Les assurances privées

L'assurance maladie en Afrique existe essentiellement dans le secteur formel. Elle couvre de ce fait une infime partie de la population. Ce sont soit des fonctionnaires de l'Etat, soit des travailleurs d'entreprises privées. Le taux de couverture varie d'un pays à un autre. En Ethiopie, les assurances privées couvrent moins d'1% de la population, 10% au Sénégal et 11% au Kenya (GTZ, 2003).

3.2.2. Les mutuelles

Il existe des terminologies différentes pour désigner les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. Dans l'espace francophone, on parle de mutuelles de santé alors qu'on parle plutôt d'assurance maladie communautaire ou assurance maladie à base communautaire dans l'espace anglophone. Depuis peu, le terme générique de microassurance a fait son apparition dans les deux régimes linguistiques sur l'initiative du Bureau International du Travail (BIT) (Criel et Wealkens, 2004).

De même les mutuelles de santé en Afrique se regroupent en plusieurs catégories, lesquelles sont fonctions essentiellement des bases sur lesquelles elles sont créées. Ainsi, nous avons :

- Les mutuelles de type traditionnel : elles ont pour fondement l'appartenance ethnique ou clanique. Il s'agit souvent de groupement de ressortissants issus d'une même lignée.
- Les mutuelles communautaires professionnelles : elles sont créées au sein d'une entreprise, d'un secteur d'activité ou d'un syndicat.
- Les mutuelles communautaires sociales : elles regroupent des personnes qui se trouvent dans un contexte social, économique ou idéologique proche, mais sans lien de sang ou de profession. Il peut s'agir de regroupements religieux, de quartier, de femmes, etc (Atim, 2003).

Par ailleurs, les mutuelles de santé sont relativement nouvelles et peu nombreuses bien qu'en croissance rapide ces dernières années. Les caractéristiques présentées ici sont tirées des résultats d'une étude menée en 1998 dans neuf pays de l'Afrique ainsi que de l'inventaire 2003 sur les mutuelles de santé en Afrique centrale et occidentale (Concertation, 2004).

a) Conditions d'émergence des mutuelles de santé

Les mutuelles de santé se sont développées en Afrique pour faire face à la crise dans le secteur de la santé. Aussi, leur développement peut être lié à quatre facteurs principaux qui sont :

- l'introduction d'une participation financière des utilisateurs aux coûts des services offerts dans les structures sanitaires publiques suite à l'initiative de Bamako.
- Cette participation financière s'est faite dans un contexte de détérioration de la qualité des services offerts dans les structures sanitaires publiques alors que les utilisateurs étaient plus exigeants.
- La croissance de l'offre privée de santé généralement considérée comme de bonne qualité.
- La démocratisation et le développement de la société civile depuis le début des années 90.

b) Les acteurs clés de la mutualité en Afrique

Les acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé sont :

- Les adhérents aux mutuelles.
- Les prestataires de soins.
- Les organismes extérieurs de coopération.
- Les structures d'appui technique comme celles qui assurent des services de formation.
- Les Etats à travers les ministères de la santé ou ceux des affaires sociales et de la solidarité.
- Les ONG intervenant dans le secteur de la santé

c) Critères géographiques et socioprofessionnels des mutuelles de santé

Les secteurs agricole et informel bien que regroupant plus de 80% de la population active reste très peu couverte par les mutuelles de santé. Disposant de revenus bas et irréguliers, cette tranche de la population est d'ailleurs privée de la couverture par les assurances privées qui concernent plutôt des personnes disposant de revenus stables et garantis. Ainsi, une grande partie de la population en Afrique ne bénéficie pas d'une couverture maladie alors qu'elle est celle là même qui en a le plus besoin. Cependant, force est de reconnaître que la

majorité des mutuelles créées au cours de ces dernières années se situent dans ces secteurs d'activité. En effet, les organismes d'appui aux mutuelles de santé fournissent des efforts particuliers pour couvrir cette tranche de la population. Les différents efforts c'est-à-dire les différents programmes d'appui à la mutualité sont dirigés vers elle, car ne disposant pas le plus souvent de ressources financières leur permettant de se prendre directement en charge en cas de maladie.

d) Taille des mutuelles

L'inventaire des mutuelles faite en 1998 et celui de 2003 montrent que les mutuelles de santé en Afrique sont en général de très petite taille. En effet, sur dix mutuelles inventoriées, neuf ont un effectif inférieur à 1000 adhérents.

e) Cadre légal et institutionnel

Au cours de ces dernières années, différents facteurs ont contribué à rendre l'environnement institutionnel plus favorable au développement des mutuelles de santé dans la sous région à savoir :

- Une attention croissante des gouvernements quant au rôle de ces organisations en terme de mobilisation des ressources et d'amélioration de l'accès aux soins.
- Les appuis techniques et matériels au développement des mutuelles apportées par des promoteurs et des institutions de soutien.

Depuis quelques années, la mutualité fait l'objet d'une certaine organisation et est au cœur des préoccupations. Ainsi, il a été mis en place dans un certain nombre de pays des structures d'appui aux mutuelles et depuis 1998, un réseau d'appui aux mutuelles de santé, la *Concertation*, a été créé. Il regroupe en son sein un ensemble d'acteurs nationaux, provenant de onze pays d'Afrique francophone et des structures internationales. Ce réseau est soutenu par des promoteurs et des institutions à savoir le programme BIT/STEP (Bureau international du travail / Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté), le PHR (Partenariat pour la réforme de la santé), l'AIM (Association internationale de la mutualité), l'ANMC (alliance nationale des mutualités chrétiennes), le GTZ (Coopération technique allemande), le WSM (Solidarité mondiale), le réseau RAMUS (Réseau d'appui aux mutuelles de santé) et l'UNMS (Union nationale des mutualités socialistes). La *Concertation* est un réseau de partage d'expérience et d'information sur les mutuelles de santé et qui a pour principal objectif la promotion et le développement des mutuelles de santé en Afrique subsaharienne (site de la *Concertation*)

Cet environnement a favorisé la création de mutuelles nouvelles et le renforcement de celles existantes à travers la diffusion de savoir-faire et le développement de compétences en matière de promotion, de gestion et d'administration.

Parmi les onze pays qui ont fait l'objet de l'inventaire de 2003, à savoir le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Guinée, la Mauritanie, le Mali, le Niger, le Sénégal, le Tchad et le Togo, seul le Mali a mis en place une législation concernant les organisations mutualistes. Dans les autres pays où aucune loi ne les régit, les mutuelles de santé ont tendance à adopter les statuts juridiques prévus par les lois sur les associations, les coopératives ou les organisations d'assistance sociale.

3.3. Fragilité de la mutualité en Afrique

La mutualité en Afrique est confrontée à un certain nombre de difficultés qui entravent son développement.

3.3.1. La dépendance des mutuelles vis-à-vis d'organismes extérieurs

La plupart des mutuelles en Afrique subsaharienne sont soutenues par des financements extérieurs. En effet, les mutuelles sont rarement le produit d'une initiative locale (la population bénéficiaire). Elles sont mises en place le plus souvent à l'issue d'interventions d'ONG ou d'autres intervenants et sont par conséquent conduites par ceux-ci. La fragilité des mutuelles en Afrique réside dans la dépendance vis-à-vis de ces organisations. Ce soutien consiste en amont à la mise en place même de la mutuelle et en aval à l'apport d'un appui soit logistique, soit financier ou les deux à la fois.

3.3.2. Faible pouvoir d'achat des bénéficiaires

De plus, la mutualité en Afrique concerne les populations à revenus bas et souvent instables. En effet, exerçant pour la plupart dans le secteur informel, les personnes couvertes par les mutuelles de santé disposent de revenus qui leur permettent juste de subvenir aux besoins de subsistance. Cela met en relief la question de la régularité dans le versement des cotisations et donc de la viabilité des mutuelles de santé. Le retard dans le paiement des cotisations et/ou l'arrêt de paiement pour motif financier sont les principales causes de la dissolution des mutuelles de santé.

3.3.3. Mauvaise qualité des soins

La qualité des soins dispensés dans les services sanitaires n'est pas favorable non plus au développement des mutuelles de santé. Malgré toutes les réformes dans ce secteur, les soins de santé en Afrique subsaharienne laissent encore à désirer. Les pratiques médicales du personnel sont souvent non adaptées aux attentes des populations et pour celles vivant dans les zones rurales, les services sont souvent trop éloignés d'elles alors que les moyens pour s'y rendre sont pratiquement inexistantes ou difficiles à acquérir. A cela, s'ajoute le comportement souvent inapproprié d'une grande partie du personnel de santé, leurs manquements à la déontologie (des pratiques immorales), leur mépris des malades qui se caractérise par leur absentéisme, leur violence, la négligence, les rackets, la démotivation, et donc des consultations expéditives avec ordonnances standardisées etc. (Brunet-Jailly, 1997).

3.3.4. Faible niveau d'instruction des responsables

Les populations manquent le plus souvent d'expertise que sont les outils de gestion nécessaires à la conduite de telles structures. Il y a également un manque de confiance des adhérents aux personnes chargées de la conduite et de la gestion de ces structures. Cette situation s'explique par le fait que les fonds des mutuelles sont le plus souvent l'objet de détournements, de malversations et que les remboursements des frais liés aux soins ne sont pas versés dans l'immédiat. Le système du tiers payant n'est pas d'usage dans la majorité des cas car les prestataires de soins et les pharmacies ne sont pas assez impliquées dans le fonctionnement des mutuelles et/ou n'ont pas suffisamment confiance pour accepter ce système.

3.4. Etude du cas d'une mutuelle en Afrique : La mutuelle des cotonniers de Nongon au Mali

Pays d'Afrique occidentale, le Mali s'étend sur une superficie de 1 240 190 Km². Sa population était estimée à 11,3 millions en 2003 (site de la Banque Mondiale).

Le système public de santé au Mali est organisé sous une forme pyramidale à trois niveaux :

- l'échelon périphérique (ou primaire) au niveau du district sanitaire avec les centres de santé communautaires (CSCOM) et les centres de santé d'arrondissement (CSA),

- l'échelon régional (ou secondaire) au niveau de la région médical (hôpitaux Régionaux et Secondaires)
- l'échelon central (ou tertiaire) correspondant aux services et aux directions (établissements publics à caractère administratifs).

Le système privé est composé de cliniques et cabinets privés qui se trouvent essentiellement en milieu urbain auxquels on peut ajouter les médecins de campagne, les ONGs, les formations sanitaires confessionnelles.

3.4.1. La mutualité au Mali

La mutualité a connu un développement particulier au Mali depuis le début des années 90, grâce à une coopération avec la France. Elle s'est appuyée sur la mise en place de l'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) qui fut la mise en pratique du concept d'agence de développement de la mutualité, proposée par la coopération française et la FNMF (la Fédération Nationale de la Mutualité Française). L'UTM réalise la promotion de l'assurance maladie au Mali en définissant des projets pertinents dans le contexte national, en appuyant les mutuelles en création et en représentant les mutuelles adhérentes. Elle a un statut spécifique conforme au code de la mutualité promulgué en 1996 au Mali. Dans le cadre de ses fonctions, elle s'adresse à la fois au milieu urbain et au secteur formel mais également au milieu rural et au secteur informel (Létourmy, 2003).

3.4.2. Contexte

Situé dans la zone sud du Mali, à 75 Km au Nord-est de Sikasso, le village de Nongon est peuplé de 4000 habitants. Il est le chef lieu d'une Zone d'Animation et d'Expansion Rurale (ZAER). La plus grande partie des revenus des populations provient de la culture du coton et ce village constitue l'unité opérationnelle de base de la Compagnie Malienne pour le Développement du Textile (CMDT) qui gère l'ensemble de la filière coton au Mali.

Comme la plupart de leurs collègues de la zone cotonnière du Mali, les membres de la ZAER de Nongon ont décidé d'utiliser le tiers du versement qui leur est fait chaque année par la CMDT en paiement de leur contribution à la commercialisation du Coton, pour construire leur centre de santé qui comprend un dispensaire, une maternité, un dépôt pharmaceutique et le logement du médecin.

Pour assurer la gestion de leur centre, les villageois se sont regroupés au sein d'une association sans but lucratif à laquelle il a été donné le statut d'Association Santé Communautaire (ASACO).

L'idée de créer une mutuelle a été proposée aux membres de l'ASACO par le médecin directeur du centre de santé, qui bénéficiait des conseils de personnes engagées dans le développement de la mutualité au Mali. Elle a aussitôt suscité l'intérêt des leaders paysans qui ont estimé que le prépaiement des dépenses de santé une fois par an, constituait une solution susceptible de résoudre le problème d'accès aux soins de santé tout au long de l'année dans la mesure où trois mois après la vente du coton, les populations se retrouvaient plus pauvres qu'auparavant. Le principe adopté a été de prélever une certaine somme d'argent sur le prix de vente de chaque Kilogramme de coton commercialisé. L'ensemble de la production étant acheté par la CMDT, il a été admis que celle-ci assure le versement à la mutuelle des cotisations, en les prélevant sur les sommes destinées aux différents adhérents. Les activités de cette mutuelle ont effectivement débuté le 1^{er} Août 1998 (Balique et al., 2003).

3.4.3. Fixation de la cotisation

Au lancement du projet de mise en place de cette mutuelle, la cotisation avait été fixée à partir d'une simulation des comptes nationaux de la santé et il a été possible d'estimer à 5800 FCFA le coût des dépenses de santé par personne et par an. Cela a été possible en se basant sur le fait que ces dépenses étaient concentrées sur 40% de la population et que leur prise en charge par la mutuelle devait entraîner une augmentation de 30% des dépenses. En fixant à 50% le taux de prise en charge des soins de premier niveau par la mutuelle et à 80% celui des soins hospitaliers, le coût de la prise en charge par la mutuelle devrait s'élever à 3595 FCFA, soit 4000 FCFA en y incluant les 10 % de charges liées aux fonctionnements de la mutuelle (Balique et al., 2003).

Le tableau ci-après présente les bases sur lesquelles les cotisations ont été fixées.

Tableau III: Détermination du montant des cotisations

Types de Recours	Dépenses des ménages (Million)	Population		Dépenses par usager et par an	Dépenses attendues (+ 30 %)	Prise en charge	
		Totale	Usagers (40 %)			Taux	Montant
1er niveau	10 648			2 677	3 480	50%	1 740
Hôpitaux	7 094			1 784	2 319	80%	1 855
Total	17 742	9 943 000	3 977 200	4 461	5 799		3 595

Sources. Balique et al., 2003

Pour couvrir une telle somme, le montant des cotisations a été estimé à 8 FCFA par kilogramme de coton commercialisé, soit 5% du prix de vente du coton.

Tableau IV: Détermination du montant à prélever sur chaque kilogramme de coton

Population productrice de coton	1 000 000 hab.
Production totale de coton	500 000 000 kg
Production par habitant et par an	500 kg
Prix versé au Kg	170 FCFA
Prix versé par habitant par an	85 000 FCFA
Cotisation à obtenir par habitant par an	4 000 FCFA
Taux de prélèvement à demander	0,05
Prélèvement/kg de coton	8 FCFA

Source : Balique et al., 2003

Un tel mode de prélèvement avait pour objectif de respecter le principe de solidarité qui caractérise l'esprit mutualiste, chaque adhérent devant s'acquitter d'une cotisation proportionnelle à ses revenus.

Cependant, lors du lancement de la mutuelle, et au cours des discussions avec les villageois, il est ressorti que le mode d'adhésion individuelle était contesté. En effet, les populations ont évoqué le fait que toutes les activités de développement menées jusqu'à ce jour avaient concerné la totalité des familles et qu'une démarche tendant à favoriser l'initiative individuelle risquait de remettre en cause l'esprit communautaire qui prévalait.

Aussi, il a été décidé d'adopter un mode de paiement collectif pour la première année de vie de la mutuelle ; de ce fait, il a été décidé que le prélèvement soit réalisé sur la totalité du coton commercialisé par l'ensemble du village et soit fixé au tiers des sommes totales versées au village par la CMDT, soit 2 043 000 Fcfa pour l'année 1998-1999. Rapportée à

l'ensemble de la production cotonnière du village, ce chiffre était relativement bas, puisqu'il représentait qu'1 Fcfa par kilo de coton commercialisé (Balique et al., 2003).

3.4.4. Le panier de soins offert par la mutuelle

Une simulation réalisée par l'UTM a conduit la mutuelle à limiter les risques couverts au cours de sa première année d'activité à la santé des mères et des enfants de moins de 5 ans. Après cette année, la mutuelle a élargi ses activités à l'ensemble de la population. Les prestations couvertes sont les suivantes :

- le planning familial
- les accouchements simples ou compliqués
- les urgences obstétricales
- les soins enfants et adultes
- la vaccination

Les taux de couverture pratiqués par la mutuelle sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau V: Taux de couverture des différentes couches de la population

Population cible	Taux de couverture	Ticket modérateur
Les enfants de 0 à 7 ans	75%	25%
Les femmes enceintes	75%	25%
Les personnes âgées de 8 ans et plus	50%	50%
Les urgences obstétricales avec évacuation à Sikasso	100%	0%

Source : Balique et al., 2003

Ces taux de couverture sont essentiellement fonctions de la catégorie de la population à laquelle le bénéficiaire appartient.

3.4.5. Relations avec l'offre de soins

La mutuelle a été organisée autour d'une filière de soins qui est limitée dans un premier temps au centre de santé de Nongon et à l'hôpital de Sikasso (le plus proche). Ces deux formations ont été invitées à signer avec la mutuelle une convention devant décrire les engagements et obligations de chacun vis-à-vis de l'autre. Les tarifs appliqués par chaque

établissement et le taux de prise en charge exercé par la mutuelle sont précisés chaque année par une réactualisation des conventions.

3.4.6. Organisation

La mutuelle a un statut juridique. Elle a été déclarée après sa création au niveau du cercle de Sikasso qui lui a délivré un Récipicé. Elle dispose d'un agrément délivré par le ministère de tutelle, après avoir déposé les pièces nécessaires à cela, dont le plus important est l'étude de faisabilité sociale et financière.

La mutuelle de Nongon est gérée par un conseil d'administration composé de douze membres et d'une Commission de Contrôle. Ces deux instances sont mises en place par une Assemblée Générale composée de tous les membres de la mutuelle. Le Conseil d'Administration se réunit chaque mois. Un ressortissant du village est désigné pour assurer la gestion de la mutuelle. Sa tâche consiste à suivre quotidiennement les prescriptions qui sont faites aux bénéficiaires de la mutuelle avant le paiement. Aucun des administrateurs, ni des contrôleurs, ni du gérant n'a de qualification particulière. Ils sont seulement alphabétisés en langue locale.

3.4.7. Moyens matériels

Cette mutuelle ne dispose d'aucun moyen matériel pour sa gestion, si ce n'est son siège qui lui a été offert par la Mairie de la commune.

3.4.8. Performance de la mutuelle

Au terme des six premiers mois d'activité, les résultats obtenus par la mutuelle des cotonniers de Nongon étaient positifs et encourageants. Non seulement elle est parvenue à respecter les contraintes financières qu'elle s'était fixée, mais de plus, le caractère peu ambitieux de son démarrage lui a permis de convaincre d'autres producteurs de coton réticents au départ. La faiblesse des dépenses par rapport aux sommes disponibles (35,5 %) laisse à la mutuelle une marge suffisamment confortable. Nombreux sont les villageois, au départ réticents qui ont manifesté leur désir d'adhérer à la mutuelle en 1999. Aussi, la population couverte a considérablement augmenté pour atteindre les valeurs suivantes en 2003 :

- 122 exploitations membres
- 457 adhérents
- 3153 bénéficiaires

Le taux de pénétration est de l'ordre de 78 %.

Cette mutuelle a été à la base d'une augmentation très significative de la fréquentation du centre de santé. Celle-ci est passée de 0,48 nouvel épisode par personne en 1998 à 0,65 en 2003.

Les mutuelles de santé ont fait leur apparition en Afrique au sud du Sahara au début des années 90. Aujourd'hui, elles sont présentes dans presque tous les pays et connaissent une certaine dynamique qui diffère d'un pays à l'autre. Cependant, elles sont confrontées à certaines difficultés qui expliquent leur faible taux de pénétration.

Chapitre IV. LES MUTUELLES DE SANTE EN COTE D'IVOIRE

4.1. Contexte général

Situé en Afrique de l'ouest, la Côte d'Ivoire s'étend sur une superficie de 322 462 km² soit 1% de la superficie totale de l'Afrique (PNDS, 1996). Elle fait frontière avec 5 pays qui sont : le Mali et le Burkina Faso au Nord, la Guinée et le Libéria à l'Ouest et le Ghana à l'Est.

4.1.1. Données démographiques

En 2002, la population ivoirienne était estimée à 16,4 millions d'habitants. Cette population est très jeune car les moins de 15 ans représentent 41,8% alors que seulement 3,2% ont plus de 65 ans. La Côte d'Ivoire est un pays à forte croissance démographique avec un taux d'accroissement naturel de l'ordre de 3,3%. Ce taux élevé résulte en partie de l'indice de fécondité assez fort soit 4,7 enfants. La population est majoritairement rurale puisque 55,5% vit en milieu rural contre 44,4% en zone urbaine (PNUD, 2004).

D'après le recensement de 1998, la densité moyenne en Côte d'Ivoire est de 48 habitants au Km². Cette densité présente une très grande disparité au niveau régional et départemental. En effet, la région des lagunes qui concentre près du quart de la population totale, a une densité de 273 habitants au Km². Cette forte densité résulte de l'effet du poids démographique de la ville d'Abidjan qui compte à elle seule environ un cinquième de la population ivoirienne (site de la FAO).

4.1.2. Situation socio- économique

Avec un indice de développement humain d'une valeur de 0,399 en 2002, la Côte d'Ivoire est classée 163^{ième} sur 177 pays dans le rapport du PNUD sur le développement humain 2004. Son économie repose principalement sur l'agriculture d'exportation. Elle concerne les produits tels que le Cacao, le Café, le bois, le palmier à huile, le coton et l'hévéa. La Côte d'Ivoire est le premier producteur mondial de cacao et le 3^{ème} pour le café. On y enregistre un secteur vivrier très dynamique caractérisé par les céréales, les féculents et les fruits. Avec 520 Km de littoral, le pays exploite la façade maritime à travers les ports

d'Abidjan et de San-pédro. On y pratique également la pêche et l'élevage. L'agriculture occupe 58,6% de la population, le secteur informel en occupe 31,7% et le secteur industriel ainsi que les travailleurs salariés de l'administration représente 9,7% (Nyemeck, 1999).

Tableau VI: Quelques indicateurs socio-économiques

Indicateurs	2002
PIB (milliards \$ PPA)	25,1
PIB/ habitant (\$ PPA)	1520
Dépenses de santé/ habitant (\$ PPA)/an	720
Indice de Gini	0,452
Taux net de scolarisation des jeunes adultes (15-24 ans)	59,9%
Population vivant avec moins d'1 \$ par jour	15,5%

Source : Rapport PNUD, 2004

Grâce au cacao et au café, les deux principaux produits d'exportation, la Côte d'Ivoire présente un tableau économique bien plus avantageux comparé à ses voisins. Cependant, les inégalités sociales y sont très élevées.

4.1.3. Situation sanitaire

a) Organisation du système de santé

La Côte d'Ivoire s'est engagée depuis 1994 dans un processus de mise en œuvre du système de santé basé sur le district. C'est une zone administrative bien délimitée recouvrant l'ensemble des équipements et des personnes fournissant des prestations de santé et dont la finalité est l'amélioration de l'accès aux soins de qualité et la responsabilisation des populations en matière de santé.

Le système sanitaire ivoirien est organisé sur un modèle pyramidal avec 3 niveaux : central, intermédiaire et périphérique. La partie centrale comprend le ministère de la santé, le cabinet et les directions centrales. La partie intermédiaire est constituée des directions régionales et la partie périphérique est composée elle des districts sanitaires.

Le secteur privé connaît un important développement, particulièrement dans les zones urbaines avec une floraison d'établissements privés : infirmeries, cliniques et polycliniques dans les grandes villes.

b) L'offre des soins

Elle est également de type pyramidal avec trois niveaux :

Un premier niveau qui regroupe en son sein les centres de santé ruraux, les formations sanitaires urbaines, les dispensaires ; Un second niveau comprend les hôpitaux généraux et les centres hospitaliers régionaux, et qui constituent les premiers centres de référence ; enfin, le dernier niveau regroupe les CHU et les centres spécialisés ou les centres de référence de second rang.

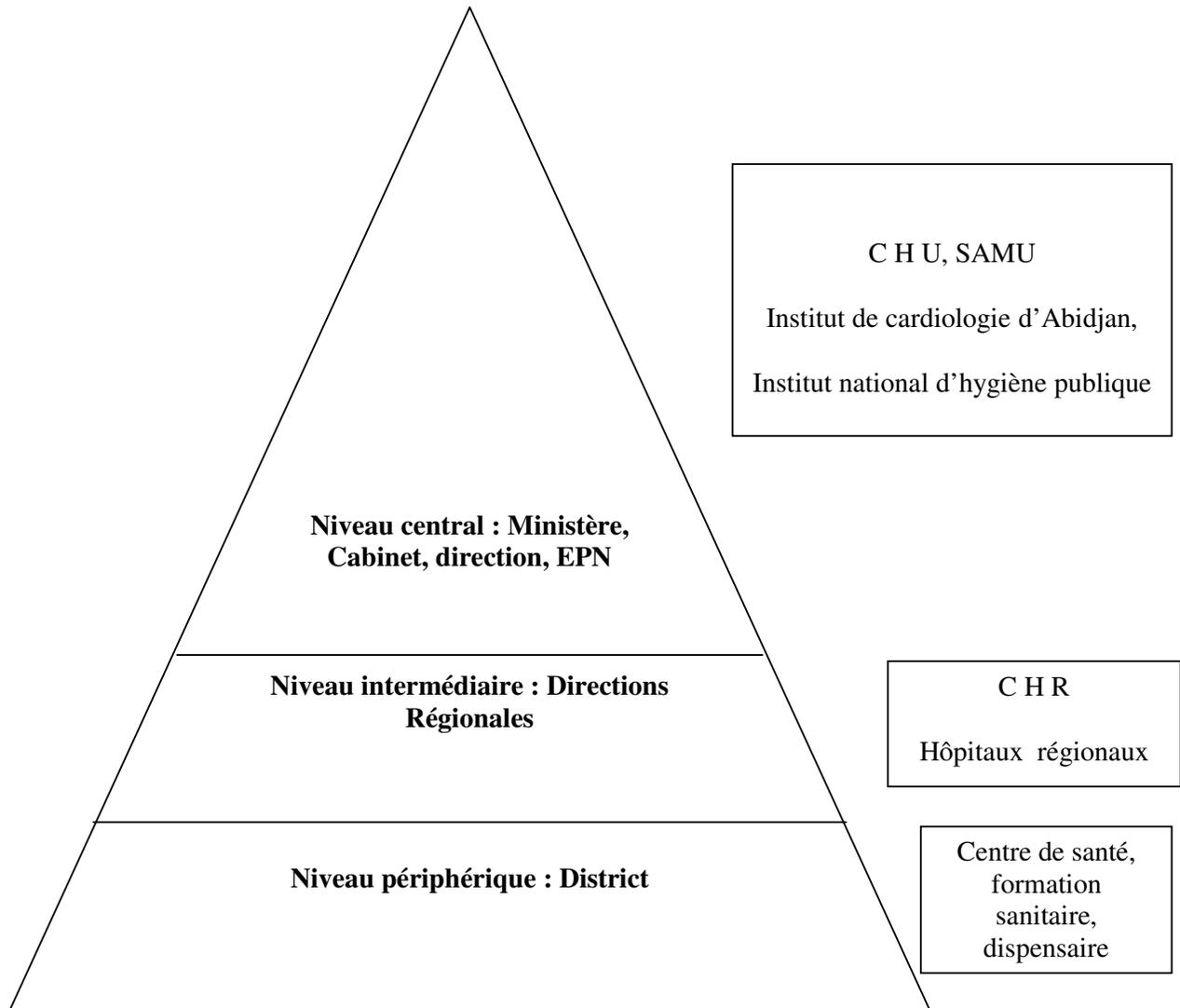


Figure 2: Description de la pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire

Source : Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1996-2005

c) Etat de santé en Côte d'Ivoire

La position géographique du pays explique la forte dominante des pathologies infectieuses et parasitaires dans son épidémiologie. Ces pathologies représentent environ 50 à 60% des causes de la morbidité observée (PNDS, 1996). Le paludisme à lui seul représente 16 à 20% des causes de consultation dans les services de santé (site OMS Côte d'Ivoire). Cependant, on note l'émergence des pathologies liées au développement telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète, etc.

Les principaux indicateurs de santé ainsi que les ratios de couverture sont mentionnés dans les tableaux ci-dessus :

Tableau VII: Indicateurs de l'état de santé

Indicateurs	Année	2002
Espérance de vie à la naissance		41,2 ans
Taux brut de mortalité		13 ‰
Taux de mortalité infantile		102 ‰
Taux de mortalité infanto juvénile		176 ‰
Taux de mortalité maternelle		600 / 100 000

Source : Rapport PNUD 2004

Les indicateurs sanitaires en Côte d'Ivoire sont peu confortables. L'espérance de vie est l'une des plus faibles dans le monde. Elle n'a cessé de baisser depuis le début des années 80 à cause de la pandémie du SIDA. En effet, ce pays est le plus atteint de l'Afrique de l'ouest avec un taux de prévalence de 9,75% (UNAIDS, 2004). Beaucoup reste à faire au niveau de la santé maternelle et infantile car les taux de mortalité pour ces catégories de la population restent élevés.

Tableau VIII: Ratios de couverture

Indicateurs	Année	2000
Ratio médecin / habitants		1/9739
Ratio infirmier / habitants		1/2374
Ratio sage femme / habitants		1/2081
Ratio hôpitaux de référence/ populations		1/227185
Ratio établissement sanitaire primaire/ habitants		1/12257

Source : Rapport de la situation sanitaire 1999-2000

En Côte d'Ivoire, la couverture en personnel est satisfaisant si l'on compare ces données aux normes OMS qui sont de : un médecin pour 10000 habitants, un infirmier pour 3000 habitants et une sage femme pour 5000 habitants. Cependant, la couverture en structures sanitaires reste encore faible.

4.1.4. Le financement de la santé

Comme la plupart des pays en développement, la santé est financée par quatre principales sources : l'Etat, l'aide internationale, les ménages et les assurances. Le tableau ci-dessous présente la part de ces différents acteurs dans le financement total de la santé en Côte d'Ivoire pour l'année 2001.

Tableau IX: Indicateurs des comptes nationaux de santé

Indicateurs	Valeurs en 2001
Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	16
Dépenses privées en % du total des dépenses de santé	84
Ressources extérieures pour la santé en % des dépenses totales de santé	3,2
Payements directs en % du total des dépenses de santé	75.34
Financement des assurances en % du total des dépenses de santé	8,65

Sources : Site OMS Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, 75, 34% des dépenses de santé sont à la charge des ménages et directement au moment ou ceux-ci reçoivent les soins

4.2. Les systèmes de couverture du risque maladie existants

4.2.1. Les régimes publics

a) La couverture assurée par l'Etat

Un régime de réparation pécuniaire est accordé aux fonctionnaires en cas d'invalidité résultant de maladie et ou d'accident survenu dans l'exercice de leur fonction. Il s'applique à tous les fonctionnaires et agents de l'Etat. L'effectif était estimé en 2003, à 103 000 personnes. Les prestations offertes concernent les branches de l'accident de travail, des maladies professionnelles, des allocations familiales et de la retraite. La couverture maladie est assurée par la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEFCI) et les autres Mutuelles des agents du secteur public (Mutuelles des Agents du Trésor, Mutuelles des Agents des Impôts, etc.). Ce régime est financé par l'Etat (Bamba et *al*, 2004).

b) Le régime général des travailleurs du secteur privé et assimilés

Il prend en compte le système de couverture sociale assuré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et les dispositions régissant la Médecine d'Entreprise.

- La couverture assurée par la CNPS

Elle concerne les travailleurs du secteur privé et assimilé ainsi que leurs ayants droit. En 2002, au titre des prestations maladie, le nombre de bénéficiaires s'élevait à 116 880. La CNPS gère trois principales branches en rapport avec la maladie : les prestations familiales, l'assurance maternité et les risques professionnels. Ces branches sont financées par les employeurs (Bamba et *al*, 2004).

- La médecine d'entreprise

Il est obligatoire pour tout employeur ayant plus de 100 salariés de disposer d'une infirmerie. Les personnes couvertes sont les salariés de l'entreprise et les membres de leurs familles. Le nombre d'entreprises possédant un centre de santé avec un médecin à plein temps s'élève à 82 (Bamba et *al*, 2004). Le financement des infrastructures et des prestations est assuré par l'employeur. Les travailleurs y reçoivent les premiers soins. Certaines grosses

entreprises (la SIR, le Port Autonome d'Abidjan, la CIE ...) ont développé de véritables structures sanitaires et offrent aux bénéficiaires des prestations médicales essentielles.

4.2.2. Les régimes d'assurance volontaire

a) Les assurances privées

Les assurances privées sont souscrites par les salariés des grandes entreprises privées et des syndicats ou groupements professionnels, des personnels publics ou parapublics. Le financement se fait par une prime d'assurance dont le montant varie entre 13 000 et 18 000 FCFA par mois et par individu. Elle concerne seulement 0,97% de la population ivoirienne (Bamba *et al.*, 2004).

b) Les mutuelles de santé

Tout comme les assurances privées, les mutuelles de santé couvre une faible partie de la population. Les plus importantes sont celles dont les agents relèvent du secteur public.

Parmi elles, les plus connues sont :

- Le Fonds de Prévoyance de la Police Nationale (FPPN) qui compte 12 000 contributeurs pour 96 000 bénéficiaires;
- Le Fonds de Prévoyance Militaire (FPM) avec près de 100 000 bénéficiaires
- La MUGEFCI qui compte environ 400 000 bénéficiaires en plus de la gestion de la couverture maladie assuré par l'état (Bamba *et al.*, 2004).

4.3. Développement des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire

Les mutuelles de santé en Côte d'Ivoire comme dans les autres pays de la sous région sont nées suite au déficit du financement des soins de santé par l'Etat.

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. Depuis quatre ans, l'Etat procède par l'intermédiaire du programme National de Promotion de Mutuelles d'Assurance-Maladie (PRO.NA.P.A.M) à des campagnes d'information et de sensibilisation sur l'assurance-maladie à fondement mutualiste. Les garanties offertes par ces mutuelles concernent seulement les soins curatifs et intègrent rarement le volet préventif.

4.3.1. Contexte d'émergence des mutuelles de santé

Les facteurs qui ont favorisé la prise de conscience en faveur des mutuelles ou des associations de santé sont multiples.

- L'instauration d'une participation financière des utilisateurs aux coûts des services offerts par les structures publiques.
- 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.
- 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. C'est ainsi que, le secteur privé et les organisations internationales sont officiellement associés à la définition des priorités. On assiste à une floraison d'ONG, associations et organismes professionnels intervenant à tous les niveaux du secteur de la santé d'autant plus qu'ils ont la préférence des bailleurs de fonds pour le canal de leurs aides aux populations.
- Les stratégies de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale deviennent les 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 primaire par les populations elles-mêmes en vue d'atteindre une médecine de proximité.

4.3.2. Relations des mutuelles avec les partenaires

- Les structures d'appui : Il y a peu d'organisations qui bénéficient d'appuis logistique et matériel de la part des promoteurs et des institutions de soutien. En général, 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.
- 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.

- Les prestataires de soins : La plupart des organisations qui établissent des relations avec des prestataires le font avec des formations sanitaires publiques sans doute à cause des prix relativement bas que ceux-ci pratiquent. Ce sont parfois des relations de tiers payant qui permettent aux mutuelles de payer les notes d'honoraires des mutualistes. Certaines mutuelles qui se sont créées autour des centres de santé ruraux achètent les médicaments au prix de la pharmacie de la santé publique. Cependant, les formations sanitaires en dehors des établissements hospitalo-universitaires n'ont pas d'autonomie administrative qui puisse leur permettre de négocier des conventions avec les organisations mutualistes.

Les mutuelles qui ont recours aux prestataires privés sont généralement d'origine professionnelle.

4.3.3. Le répertoire des mutuelles de santé

Une étude menée en 1998 et dont les résultats ont pu être publiés en 2000 a réussi à répertorier 64 mutuelles parmi lesquelles, certaines sont fonctionnelles et d'autres encore en projet (Sery, 2000). Une seule de ces mutuelles cible uniquement des populations rurales. Cependant, à l'intérieur de cet échantillon, 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.

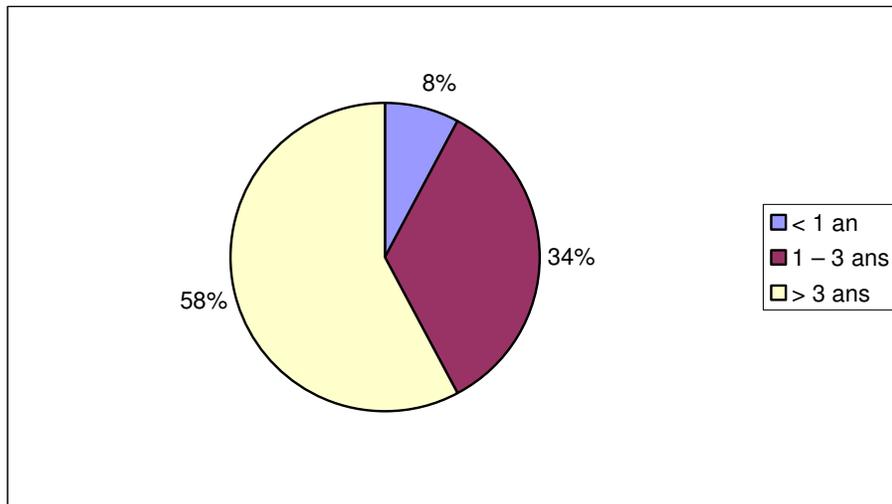
Les tableaux et les figures ci-après indiquent les principales caractéristiques de ces organisations.

Tableau X: Matrice de sélection des mutuelles

Types de Mutuelle	Mutuelle rurale	Mutuelle urbaine	Mutuelle basée sur une Profession	Total	% du total
Type traditionnel (basé sur un réseau social clanique ou ethnique)	1	7	–	8	12,50
Mutuelle ou association s'occupant de la santé et ayant un caractère de mouvement social	–	26	27	53	82,82
Système de financement communautaire (cogéré avec les prestataires de soins)	–	1	–	1	1,56
Système d'assurance Sociale	-	2	–	2	3,12
TOTAL	1	36	27	64	100

Source : Sery et al., 2000

Ce tableau montre qu'une seule des organisations répertoriée est située en zone rurale. Vingt sept d'entre elles se consacrent exclusivement à la santé et sont à base professionnelle.

**Figure 3: Répartition des mutuelles en fonction de leur âge**

Source : Sery et al., 2000

Plus de la moitié des mutuelles répertoriées sont vieilles de plus de trois ans. Cependant, la majorité d'entre elles connaissent des difficultés d'ordre financier, organisationnel ou managérial.

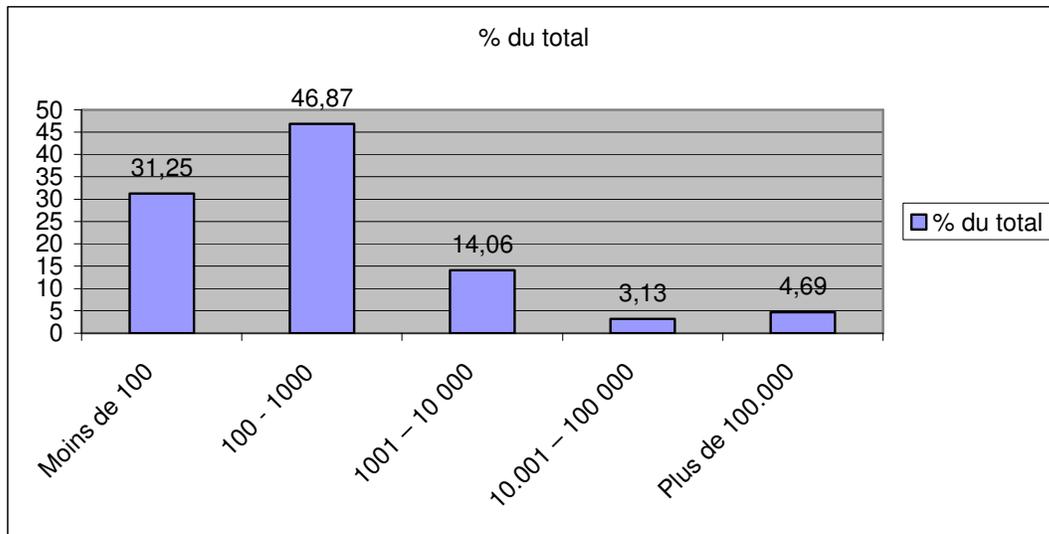


Figure 4: Distribution des mutuelles en fonction de leur taille

Source : Sery et al., 2000

Ces organisations sont en générale de petite taille. En effet, près de 80% d'entre elles ont moins de 1000 adhérents.

Tableau XI: 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)

Source : Sery et al., 2000

Sur les 64 mutuelles répertoriées, 45 permettent d'assurer toute la famille. L'unité de cotisation devient la famille au lieu de l'individu.

Tableau XII: Distribution en fonction des prestations couvertes

Prestation	Consultation	Médicament	Maternité	Hospitalisation
Nombre de mutuelles	34	48	40	40

Source : Sery et al., 2000

Les prestations couvertes majoritairement sont les médicaments.

2.3.4. Performance et contribution au développement du système de santé

Ces critères d'analyse sont le degré de mobilisation des ressources additionnelles, l'efficacité de ces structures sur le plan technique et celui de l'allocation des ressources,

l'équité, l'amélioration de la qualité des soins, l'autonomie et la viabilité. Cette évaluation n'a pu se faire dans toutes ses composantes en raison des difficultés de collecte des données qui n'étaient pas toujours disponibles.

a) L'efficacité de ces structures

L'efficacité 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. La plupart des organisations prennent en charge les médicaments. Or ces prestations sont comme les autres soins ambulatoires sujettes au risque moral. Il a été observé que peu de mutuelles privilégient les médicaments essentiels génériques ou n'instituent pas le système de référence obligatoire. A la différence de la MUGEFICI qui plafonne la prise en charge à 70%, les autres organisations sont largement soumises au risque moral puisqu'elles garantissent une couverture à 100%.

b) L'équité

28,12% des mutuelles concernées par cette étude ont une échelle variable de cotisation basée sur les revenus ou sur les catégories sociales, les cotisations étant établies comme un pourcentage des revenus des membres.

Une seule mutuelle utilise une échelle de cotisation 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.

Aucune mutuelle n'établit de distinction basée sur le genre dans la fixation des taux de cotisation, mais quelques associations féminines n'ont que des adhérents féminins. 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.

c) L'amélioration de la qualité des soins

Les mutuelles peuvent bien améliorer la qualité des services de santé en engageant des négociations avec les prestataires, en vérifiant la prescription et la qualité des soins et en aidant à la création de fonds de roulement de médicaments. L'aspect qualité n'est pas abordé dans l'étude à cause 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 mutuelles sont assez nouvelles dans le contexte ivoirien. Elles présentent des tailles très faibles. Les plus organisées sont les mutuelles du secteur formel. Beaucoup reste à faire dans les secteurs informel et agricole pour que ce mouvement connaisse un véritable essor en Côte d'Ivoire.

Chapitre V. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

A partir de ces études que nous avons eues à faire sur la mutualité en France et en Afrique subsaharienne, il ressort que nous pouvons tirer de nombreux enseignements.

La mutualité en France est vieille de plus d'un siècle et très bien structurée alors qu'elle date d'à peine 10 ans en Afrique.

5.1. Limites méthodologiques

Les limites de ce travail se situent essentiellement au niveau des insuffisances de la documentation que nous avons utilisé. L'inventaire des mutuelles de santé en Afrique datant de 1998 est ancienne et contient à cet effet des informations erronées. La situation des mutuelles a sûrement évolué depuis cette date. Celle de 2003 s'est faite sur la base d'un questionnaire adressé aux représentants des différentes mutuelles. Il est fait mention dans le document que les réponses aux questions étaient parfois très confuses ou même fausses. Ce qui montre que cet inventaire, même s'il est récent, donne une image peu réelle du mouvement mutualiste en Afrique.

La littérature sur la mutualité en Côte d'Ivoire est peu fournie. L'étude sur laquelle nous nous sommes basés date de 1998. D'une part elle est assez ancienne, et d'autre part, elle est concentrée essentiellement à Abidjan.

5.2. Discussion

5.2.1. La qualité des soins et adhésion

La qualité des soins pose presque partout un véritable problème en Côte d'Ivoire. L'accessibilité géographique aux soins de santé est médiocre et le taux de fréquentation des structures sanitaires est faible en particulier en zone rurale. Les infrastructures et le personnel médical sont concentrés dans les grandes villes. Ainsi, les populations vivantes dans les zones rurales n'ont pas la même chance d'accès aux soins de santé que les populations en zones urbaines. Le taux d'accessibilité géographique aux soins est de 61% en zone urbaine et 18% en zone rurale (Sery et al., 2000).

A cela, s'ajoute le dysfonctionnement de l'offre de soins existante.

La performance des prestataires de service est vitale pour assurer la qualité de l'offre de soins

existante. Elle se manifeste à travers le traitement que ceux-ci réservent aux patients depuis l'accueil jusqu'au traitement proprement dit. Tout usager attend du système le respect de sa personne et une certaine attention c'est-à-dire le respect de sa dignité, la confidentialité des informations le concernant, la promptitude dans sa prise en charge, la qualité de l'environnement, et la liberté de choix d'un prestataire. Ces dysfonctionnements sont ressentis à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans le secteur public. Les patients sont traités avec peu d'égards, l'accueil qui leur est réservé n'est pas celui qu'ils désirent, ils n'ont pas souvent accès à toutes les informations concernant leur état de santé.

Une étude menée dans plusieurs hôpitaux publics en Afrique occidentale a démontré cet état de fait (Jaffré et De Sardan, 2003). L'enquête en Côte d'Ivoire s'est déroulée dans la formation sanitaire urbaine à base communautaire (FSU-COM) de Sagbé. Les résultats de cette enquête montrent bien que ce centre de santé, censé même être l'une des formations sanitaires les plus proches des patients, n'a pas échappé à cette règle. Un questionnaire administré aux soignants et aux patients fait ressortir les points suivants :

- (i) le médecin ne donne pas d'informations sur le mal dont souffre le patient, ni non plus sur la posologie
- (ii) le malade, s'il doit être hospitalisé est chargé de trouver de lui-même un lit dans lequel il recevra ses soins
- (iii) un manque important de communication entre le personnel soignant et les malades
- (iv) des ruptures fréquentes de médicaments
- (v) des consultations très brèves, au plus 10 minutes et qui se résument généralement en trois questions maximum
- (vi) l'inexistence de tableau de garde
- (vii) une augmentation régulière des prix des médicaments
- (viii) les activités parallèles privilégiées par les prestataires
- (ix) le manque de matériel ou en mauvaise état
- (x) les rackets
- (xi) l'incompétence de certains prestataires.

Cette enquête montre qu'il y a des insuffisances professionnelles, matérielles, personnelles à tous les niveaux et dans tous les services de la FSU-COM de Sagbé. Il paraît évident que les personnes fréquentant un tel centre de santé ne seront pas prêtes à adhérer à une mutuelle dans laquelle les prestations seront offertes par ce centre.

Or, tant que les utilisateurs des services de santé seront insatisfaits, il leur sera difficile d'accepter le système de prépaiement.

Plusieurs études montrent que la qualité des soins offerts est un facteur limitant ou favorisant le développement des mutuelles de santé. Par exemple, la mutuelle de Nkoranza au Ghana couvrait 30% de la population cible en 2001, la mutuelle de Bwamanda en RDC couvrait 66% de la population cible en 1990 et des mutuelles de la région de Thiès au Sénégal quatre villages avaient des taux d'adhésion entre 37 et 90%. Ces différentes mutuelles avec des taux d'adhésion assez élevés ont en commun l'appréciation qu'ont les populations des soins offerts par l'établissement sanitaire (Waelkens et Criel, 2004).

A l'inverse, certaines mutuelles comme la mutuelle communautaire Maliando en Guinée avait une couverture de 8% et le CHF de Kilosa en Tanzanie couvrait 4,3% de la population cible. Ces systèmes attiraient très peu de personnes à cause de la médiocrité de la qualité des soins offerts aux adhérents (Waelkens et Criel, 2004).

La qualité des soins reste donc un facteur très important pour amener la population cible à adhérer au système de mutualisation des risques.

Cependant, bien d'autres facteurs interviennent. Ce sont entre autre, les capacités financières des ménages. Cet argument est souvent avancé pour expliquer l'adhésion faible de la population cible aux structures mutualistes. Une étude faite à Thiès au Sénégal, illustre la portée de ce déterminant dans un contexte où la qualité des soins et la confiance ne posent pas de grand problème. L'incapacité de payer les primes était citée comme la principale cause de non adhésion (Waelkens et Criel, 2004). En Côte d'Ivoire, les personnes vivant avec moins d'un dollar par jour représentent 15,5% de la population. Ce qui pourrait constituer un frein au développement de ces organisations.

Par ailleurs, dans certains pays à niveau économique et organisation des systèmes de santé semblables à ceux de la Côte d'Ivoire, les mutuelles ont connu un certain essor. Nous pourrions citer les cas du Sénégal, du Mali mais aussi de la Guinée qui connaissent aujourd'hui une certaine dynamique considérable dans ce domaine.

Enfin, la mutuelle peut elle-même participer à l'amélioration de l'offre de soins à travers une utilisation plus accrue des services de santé. Ce qui va permettre une mobilisation plus importante des ressources, qui pourront être utilisées pour accroître la qualité des prestations de soins. Dans la mesure où les adhérents d'une mutuelle de santé constituent les utilisateurs principaux d'une formation sanitaire, ses responsables peuvent engager des discussions avec les professionnels dans le sens de la satisfaction des membres. De plus, à un certain stade de développement, le mouvement mutualiste peut mettre en place ses propres structures sanitaires sociales et offrir ainsi des facilités d'accès financiers aux membres. En France par exemple, la création des pharmacies mutualistes appliquant le principe du tiers payant et leur

développement ont contraint toutes les autres pharmacies, pourtant privées, à accepter ce principe pour conserver une certaine compétitivité sur ce marché.

5.2.2. Capacité de gestion et viabilité

La plupart des actions dans le sens de la promotion des mutuelles de santé aujourd'hui sont dirigées vers les populations des secteurs informel et agricole. Cela parce qu'elles constituent la tranche de la population qui a moins accès aux services de santé. Cependant, elle est également celle qui est peu instruite. Le taux net de scolarisation de 59,9% en Côte d'Ivoire cache de nombreuses disparités. Les personnes évoluant dans ces deux secteurs sont les plus exposées à l'analphabétisme et celles du secteur agricole le sont encore plus. Par ailleurs, les principes de base des mutuelles stipulent qu'elles doivent être gérées par les membres. La plupart des gestionnaires de ces mutuelles qui sont en général des volontaires, manquent de compétence pour la gestion de ce genre de structure et mettent en question leur viabilité. Cette expertise doit exister déjà dès la création de la mutuelle dans la fixation du couple «cotisations-prestations » et par la suite dans la gestion courante des fonds et le suivi administratif de la mutuelle. C'est en partie la capacité financière des membres qui ne permet pas à ces structures d'établir une cellule professionnelle de gestion. Le travail qui est souvent demandé à ces volontaires est considérable et dépasse leur capacité, les amenant au découragement et parfois à des détournements d'argent (Waelkens et Criel, 2004). Ils n'ont pas accès pour la plupart d'entre eux, à des outils modernes de gestion et d'information, comme le montre le cas de la mutuelle des cotonniers de Nongon (Chapitre IV). Ces problèmes liés à la capacité de gestion ne se posent pas pour les mutuelles professionnelles du secteur formel, parce que ces dernières ont souvent les moyens financiers de confier cette tâche à des personnes qui en ont la compétence. L'avantage de ce type de mutuelle se situe au niveau de la catégorie de personne qu'elle couvre, la population active qui est moins exposée au risque maladie, mais aussi de la facilité et de la régularité dans le paiement des cotisations.

La gestion d'une mutuelle est fondamentale pour sa viabilité. D'abord, la fixation de la cotisation et du paquet de soins doit être bien faite car elle constitue le pilier même de l'organisation. Le marketing que font les initiateurs de telles organisations, est un facteur déterminant dans la mobilisation de la population cible à y adhérer. La bonne gestion courante des fonds de la mutuelle est importante pour assurer sa pérennité.

L'insuffisance de la capacité de gestion des mutuelles dans les secteurs informel et agricole peut être à la base d'un manque de confiance des populations en ces structures et

partant entraîner un faible taux d'adhésion.

Cependant, cette situation peut être corrigée par l'appui que pourrait apporter les intervenants extérieurs nationaux ou non à la mutuelle, dans la formation de ces volontaires gestionnaires mais également dans le suivi apporté aux mutuelles de santé.

5.2.3. Taille des mutuelles et viabilité

L'un des avantages des mutuelles réside dans le fait qu'elles permettent aux membres de partager le risque financier lié à la maladie. Cette mise en commun des ressources profite aux personnes qui sont souvent malades. Une mutuelle sera plus susceptible de satisfaire ses membres si une faible partie de ses adhérents sont malades. Les cotisations des membres doivent pouvoir couvrir les dépenses encourues par la mutuelle. Pour ce faire, il faut que l'assiette des membres soit assez large et que tous les membres n'utilisent pas les services de santé de façon excessive. Or, en Côte d'Ivoire, force est de constater que les mutuelles sont en général de très petite taille, soit de moins de 1000 adhérents. En 1998, 20 mutuelles en Côte d'Ivoire avaient moins de 100 membres (Sery et al., 2000). De plus :

- Ces mutuelles couvrent en plus de l'adhérent, des ayants droit qui peuvent aller jusqu'à sept personnes.
- Les cotisations sont très faibles surtout dans les domaines autre que le secteur formel. Elles excèdent rarement la somme de 500 Fcfa par mois. Les cotisations demandées sont faibles à cause notamment des ressources limitées des populations cibles.

Tous ces éléments conjugués contribuent à porter atteinte à la viabilité d'une mutuelle. En effet, quelque soit la gestion qui en est faite, les petites mutuelles (moins de 500 membres) sont particulièrement vulnérables en raison de la volatilité financière associée à la faible taille de leurs pools de risques (PHRplus, 2004)

Les études allant dans ce sens sont très peu nombreuses dans la mesure où la viabilité ne tient pas qu'à ces éléments. La mutuelle peut bien être de taille faible avec des cotisations maigres et donner satisfaction à ses membres. C'est le cas de la mutuelle de Nongon dans laquelle les initiateurs ont décidé dès le départ de restreindre le panier de soins offert aux membres.

5.2.4. Les mutuelles de santé dans le contexte ivoirien

Dans la société ivoirienne, les risques sociaux sont pris en compte à travers la solidarité qui caractérise l'africain. Ces risques sociaux sont en général les cas de décès, de mariage, ou de nouvelles naissances. On épargne de l'argent ou on stocke des produits alimentaires pour faire face à ce genre d'événements. Les ivoiriens n'ont pas l'habitude de se protéger contre les maladies et considèrent souvent que le simple fait de parler d'une maladie peut l'attirer. La solidarité dans le cas de la maladie existe seulement en cas d'urgence, lorsque la maladie surgit. L'idée de l'assurance maladie n'est pas un concept traditionnel africain. Il a été introduit de l'extérieur. C'est en partie ce qui explique que les mutuelles soient fortement animées et soutenues de l'extérieur (GTZ, 2003).

Par ailleurs, chaque ivoirien se reconnaît comme faisant partie d'une communauté donnée qui lui apporte assistance dans la survenue de l'un des événements cités plus haut. En zone rurale, cette communauté est constituée en général par tout le village ou le quartier auquel on appartient. Dans les villes, ce sont des associations basées sur l'appartenance ethnique ou la zone géographique d'origine. Les mutuelles pourront donc se constituer sur la base de ces groupes déjà existant, en ajoutant les activités d'assurance à celle déjà existantes. Au vu de la situation sociopolitique que traverse la Côte d'Ivoire ces dernières années, ce type d'adhésion ne s'inscrit pas sûrement dans le sens de l'unité du pays, mais force est de reconnaître qu'une mutuelle ne peut survivre que lorsque les membres s'y reconnaissent véritablement et qu'ils ont confiance les uns aux autres. A côté de ce type d'organisation, il existe des groupements de personnes évoluant dans une catégorie professionnelle du secteur informel. Il serait également possible de greffer des activités d'assurance à ces regroupements coopératifs. Des exemples dans d'autres pays africains montrent que cela est possible. Ce sont les cas de la mutuelle des tresseuses de style de Lomé (MUCOTRESTY-L) et de la mutuelle des conducteurs de taxi moto de la station Gaitou (MUTCOTASGA) au Togo (Waelkens et Criel, 2004).

Le système de santé en Côte d'Ivoire est aujourd'hui fragilisé par la crise qui secoue le pays depuis le 19 septembre 2002. L'offre de santé publique est presque inexistante dans la partie centrale et nord du pays. Cependant, vu que des prestations sanitaires sont assurées par des ONG et une partie du personnel qui s'y trouvait avant la crise, il serait donc possible d'organiser les mutuelles autour de ces organisations.

5.2.5. Prépaiement et équité

Toute la population n'a pas la même capacité d'accès financier aux soins. Les deux principaux facteurs d'inégalité sont d'une part, la distance entre le domicile et l'établissement de santé et d'autre part, la capacité financière des ménages. Le recouvrement des coûts instauré en 1987 par l'initiative de Bamako a montré ses limites parce qu'une grande partie de la population des pays concernés n'avait pas suffisamment de ressources pour payer les soins. Plusieurs études ont en effet montré qu'il excluait une bonne partie de la population de l'accès aux soins de santé. Elle exclut à la fois les individus dans la pauvreté permanente mais également ceux qui vivent dans des situations de pauvreté temporaire. Par exemple, pendant l'année 2002 en Côte d'Ivoire, les malades les plus pauvres ont eu recours aux soins modernes d'une façon moins importante que les malades les plus riches. Pour les plus pauvres considérant leur maladie comme grave, ou très grave, un tiers n'a pas eu accès à des soins modernes (Ridde, 2004).

Par contre, le système de prépaiement peut permettre aux populations ayant des revenus saisonniers ou temporaires d'avoir accès aux soins de santé à tout instant. C'est l'exemple de la mutuelle qui a fait l'objet de notre étude de cas au Mali dans une population agricole (Chapitre IV). Il permet d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé. Une récente étude menée au Rwanda a montré une augmentation du taux d'utilisation des maternités 3 ans après la mise en place du système de prépaiement dans les 3 districts pilote : Byumba (de 9,2 à 18,2), à Kabgayi (de 14,8 à 32,3), et à Kabutare (de 8,5 à 25,1) (Musango L. et al, 2004). De plus, le paiement direct est régressif en Côte d'Ivoire puisqu'il n'est pas fait en fonction de la capacité à payer des populations. A l'opposé, le prépaiement par l'adhésion à une mutuelle peut bien être progressif surtout lorsque les revenus du groupe concerné sont connus ou peuvent être facilement évalués. Et cela donne tout son sens à la mutualité qui est basée sur la solidarité.

Cependant, les mutuelles de santé ne résolvent pas le problème des indigents. Vu les capacités financières de ceux qui peuvent adhérer à ces structures, la fixation des cotisations ne peut tenir compte de cette catégorie de personne, les sommes perçues étant à peine suffisantes pour couvrir les dépenses courantes des mutuelles. A partir d'un certain niveau de maturité, il pourrait être envisageable que les mutuelles organisent des activités aussi élémentaires qu'elles soient, prenant en compte certains besoins de base des catégories défavorisées ne pouvant pas adhérer au système mutualiste.

5.3. Recommandations

Fort de ce qui précède, les mutuelles de santé pourront se développer en Côte d'Ivoire si certaines conditions sont remplies.

1- Mettre en place un texte réglementant la mutualité en Côte d'Ivoire

Le gouvernement doit mettre en place un cadre légal, réglementaire et institutionnel favorable au développement des mutuelles. Il devra être adapté aux besoins et au stade d'avancement de ces structures. Ces textes devront être simples et faciles pour la compréhension des populations. Ces textes devront également faire mention de la taille des mutuelles, élément très important pour leur viabilité.

2- Accentuer les actions vers les populations rurales

Contrairement à certains pays de Afrique de l'ouest tels que le Sénégal, le Mali, le Burkina Faso et la Guinée dans lesquels il existe un nombre assez important de mutuelles dans le secteur rural, en Côte d'Ivoire, il en existe très peu. Par ailleurs comme l'indique l'exemple de la « Mutuelle des cotonniers de NONGON » du Mali, la mobilisation des ressources (le recouvrement des cotisations) dans ce secteur est particulièrement aisé surtout lorsqu'il existe une culture de rente et des regroupements de paysans sous forme de coopératives ou de syndicats. Cela est donc bien possible en Côte d'Ivoire dans la mesure où il existe des GVC « Groupement à Vocation Coopérative » tant dans la partie Sud du pays que dans le Nord. Il est donc nécessaire à cet effet, de mobiliser et de sensibiliser ces organisations sur les avantages que pourraient représenter la mutualité.

3- Procéder à une réorganisation du système de soins pour en améliorer la qualité

La mauvaise qualité des soins publics en Côte d'Ivoire est sans aucun doute un frein inéluctable au développement des mutuelles de santé. En effet, les populations en échange des cotisations auxquelles elles doivent faire face attendent de la part des prestataires de soins un service de qualité acceptable. Des réformes de santé profondes devront être mises en place pour rendre les structures sanitaires plus indépendantes (autonomie de gestion) de sorte qu'elles puissent passer des accords ou des conventions avec les mutuelles.

4- Rendre plus dynamique la direction d'appui à la mutualité (DAM)

Etant l'organe gouvernemental principal qui intervient au niveau de la mutualité, la DAM doit renforcer son action surtout vers la formation de compétences dans le domaine.

En effet, une mutualité forte ne peut exister dans un pays où il n'existe pas des compétences locales assez formées en la matière. Il est donc plus que nécessaire de procéder à la formation de ces personnes qui pourront plus tard, à leur tour procéder à la formation des gestionnaires et des responsables des mutuelles. Par ailleurs, leur appui aux mutuelles doit respecter l'autonomie et l'indépendance de celles-ci dès leur création pour éviter les difficultés de transferts de responsabilités aux mutualistes plus tard. La formation apportée aux membres et aux responsables doit porter sur les études de faisabilité mais également sur la fixation du couple prestations-cotisations, éléments très important dans la mise en place d'une mutuelle.

La DAM doit mettre en place un service d'information sur les enjeux que présente ce mouvement dans les langues locales. L'information est d'autant plus importante que la compréhension des atouts de la mutualité pourra aboutir à un engouement et un intéressement de la part des populations.

Elle doit également créer un cadre national de rencontres et d'échanges entre les mutuelles.

5. Renforcer la politique basée sur la promotion des médicaments essentiels génériques

Elle permettra de réduire les dépenses des mutuelles puisqu'elles prennent presque toutes en charge les médicaments. Un accent avait été déjà mis sur ce volet, cependant des efforts sont encore à faire pour rendre ces médicaments plus disponibles. Ceci rendra les ordonnances des bénéficiaires moins coûteuses et économiquement supportables.

Une gestion particulière devra également être faite pour rendre l'utilisation de ces produits plus rationnelle pour éviter les ruptures qui sont assez fréquentes dans les structures sanitaires publiques, à tous les échelons de la pyramide sanitaire, dans les grands centres hospitaliers comme dans les centres de santé primaire.

Ainsi, les mutuelles pourront élargir la liste des produits qu'elles couvrent et permettre aux populations d'être mieux soignées.

6. Intégrer les activités de promotion de la santé et de prévention dans les activités des mutuelles

Les mutuelles, surtout celles qui ont acquis des bases solides doivent, dans les limites de leurs possibilités, intégrer des activités de promotions et intégrer des activités de prévention et de promotion de la santé dans leurs programmes. Elles pourraient par exemple élargir certaines actions aux indigents de la population cible ou aux indigents d'une zone géographique bien déterminée.

7. Mettre en place certaines dispositions pour prévenir les difficultés financières

Il est impératif de mettre en place des mécanismes d'adhésions et de paiement des cotisations pour prévenir les faillites fréquentes de mutuelles de santé résultant de problèmes financiers. Ainsi, l'adhésion obligatoire de même qu'une période d'observation imposée à tous les nouveaux membres s'avèrent nécessaires. Cela permettra d'éviter au moins les risques liés à la sélection adverse. Le regroupement des mutuelles en union ou en fédération pourra également être un facteur favorisant la viabilité financière des mutuelles.

8. Renforcer et savoir tirer profit de la solidarité internationale

Des liens solides devront être établis d'abord entre la DAM en Côte d'Ivoire et les responsables de la mutualité dans d'autres pays. Ainsi, les mutuelles ivoiriennes pourront bénéficier des expériences mais également du savoir faire d'autres responsables de mutuelles ayant connu un certain succès dans le domaine. Il pourrait exister des alliances entre mutuelles françaises et mutuelles ivoiriennes à travers, par exemple des systèmes de parrainage, de partenariat ou de jumelages. Ces alliances pourraient être renforcées par des aides financières mais également par des stages de formations. Cette solidarité pourrait également s'étendre jusqu'au niveau national, des rencontres entre responsables de mutuelles de différents pays à l'image de ce qui se passe entre les acteurs de mutuelles dans onze pays d'Afrique occidentale et centrale à travers la Concertation.

CONCLUSION

La dynamique du mouvement mutualiste est une réalité aujourd'hui en Afrique subsaharienne. Ce système de paiement est de loin plus équitable que le paiement à l'acte et peut contribuer fortement à réduire les inégalités de santé qui existent entre les différentes couches de la population. En effet, la mutuelle rend plus efficace le financement des ménages à condition qu'elle soit bien conçue et bien mise en œuvre avec une adaptation des modes de paiement aux réalités et aux contraintes locales.

Aussi, vu l'importance de l'interrelation qui existe entre la santé et l'économie, une amélioration de la santé à travers le développement du mouvement mutualiste en Côte d'Ivoire pourrait conduire à une amélioration du niveau de l'économie. Ce qui permettra de relever le niveau de l'indice de développement humain de la Côte d'Ivoire qui se situe parmi les plus faibles des pays concernés par le classement du PNUD.

Il est évident qu'aucun mécanisme de financement unique y compris les mutuelles ne peut constituer une solution pour le financement de la santé. Même si elles améliorent l'accessibilité aux soins de santé, les mutuelles ne résolvent pas les problèmes des plus pauvres qui restent donc exclus de l'accès aux soins. Aussi, elles doivent être bien coordonnées avec les politiques nationales de financement. Il apparaît fondamental que soit mis en place des mécanismes qui permettront la prise en compte des besoins de santé de base de cette catégorie de la population.

En Côte d'Ivoire, le développement des mutuelles pourrait constituer une base pour la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle adoptée depuis 2001 et encore en phase de projet et d'expériences pilotes.

BIBLIOGRAPHIE

Atim C. (2003). « Contribution actuelle des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ». STEP. <http://www.phrplus.org/Pubs/phrsp1f.pdf> (site consulté le 15 Octobre 2004).

Audibert M., Mathonnat J., De Roodenbeke E. (2003). « Évolutions et nouvelles orientations pour le financement de la santé dans les pays en développement à faible revenu ». Cahiers Santé: 2003 ; 13:209-14.

Balique H., Ouattara O., Koné Y. (2003). « La première mutuelle agricole du Mali : la mutuelle des cotonniers de Nongon ». Union Technique de la Mutualité Malienne, Bamako.

Bamba K., Ouegnin G.A., Yapi A.M. (2004). « La couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire » Colloque sur la couverture maladie en Afrique francophone, 26-30 Avril 2004, Paris. http://www.ces-asso.org/docs/WBI_IMA_Rapport_Cote_d_Ivoire.pdf (site consulté le 15 Juillet 2004)

Barbier J-C. et Théret B. (2004). « Le nouveau système français de protection sociale ». Paris : Edition la Découverte.

Béresniak A. et Duru G. (Mars 1997). « Abrégés, économie de la santé », 4ième édition, Paris : Edition Masson, pp20-23.

Bialès C., Bialès M., Leurion R., Rivaud J.-L. « Dictionnaire d'économie et des faits économiques et sociaux contemporains ». Paris : Edition Foucher, p215.

Brunet-Jailly J. (1997). « Innover dans les systèmes de santé : Expériences d'Afrique de l'Ouest ». Paris : Edition Karthala. pp 275-288.

Bureau International du Travail (2003). « Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique », Programme STEP, Genève.

Carrin G., Criel B., Van Ginneken W., Kawabata K. (2003). « Régimes d'Assurance-maladie communautaires dans les pays en développement : faits, problèmes et perspectives ». Note technique sur le financement de la santé, Département Administration générale et financement de la santé, OMS.

Commission Européenne (Octobre 2003). « Les mutuelles dans une Europe élargie ». Document de consultation, Direction Générale des Entreprises.
<http://europa.eu.int/comm/entreprise/entrepreneurship/coop/mutuals-consultation/doc/mutuals-consult-doc-fr.pdf> (site consulté le 15 Février 2005)

Concertation (2004). « Inventaire des mutuelles de santé en Afrique ». Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays, Dakar.

Criel B. et Wealkens M-P. (2004). « Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. Etat des lieux et réflexion sur un agenda de recherche ». HNP, Banque Mondiale.

De Sardan J-P O. (Février 2004). « Politique de santé à l'abandon : une médecine de proximité...et de qualité pour l'Afrique ». Le monde diplomatique, Février 2004. p18.

Giraud F. (2000). « Une organisation charnière : la Mutualité Française ». Thèse de Doctorat au Conservatoire National des Arts et Métiers, Sciences des Organisations.
http://www.cnam.fr/lipsor/recherche/formation/data/these_f_giraud.pdf (site consulté le 18 Janvier 2005).

Götz H., Jürgen H. et Kirsten R. (2003). « Mutuelle de santé- 5 années d'expérience en Afrique de l'Ouest : Débats, Controverses et Solutions Proposées ». GTZ.
<http://www2.gtz.de/health-insurance/download/GTZ-Westafrika-MHO-franz.pdf>
(site consulté le 24 Mai 2004).

Haut comité de santé publique (2000). « Le système de santé en France ». Ministère de la santé en France.

Jaffré Y. et Olivier de Sardan J-P. (2003). « Une médecine inhospitalière, les difficiles relations entre soignants et soigné dans cinq capitales d’Afrique de l’Ouest ». Edition KARTHALA. pp 20-49.

La plate-forme d’Abidjan (1998). « Stratégie d’appui aux mutuelles de santé en Afrique », BIT, Turin (Italie).

Letourmy A. (Octobre 2000). « La démarche d’appui aux mutuelles de santé : retour d’expériences ». RAMUS.

Mutualité Française (2003). « Code de la mutualité » Commenté 2003, LGDJ, Mutualité Française.

PNDS (Plan National de Développement Sanitaire) (1996-2005) Ministère de la Santé Publique (Côte d’Ivoire) .Tome 1, Diagnostique, Politique et Stratégies, Abidjan.

RASS (Rapport de la Situation Sanitaire) (1999-2000), Ministère de la Santé Publique (Côte d’Ivoire), Abidjan.

Musango L., Martiny P., Porignon D., Dujardin B. (2004). « Le système de prépaiement au Rwanda (II) : adhésion et utilisation des services par les bénéficiaires ». Cahiers Santé : 2004, 14 :101-7.

Nyemeck J.B. (1999). « Emploi et mouvement syndical en Côte d’Ivoire : un état des lieux ». Centre Ivoirien de Recherches Economiques et Sociales (CIRES), Global Policy Network . 18p. <http://www.gpn.org/data/ivorycoast/ivorycoast-analysis-fr.pdf> (Consulté le 18 Janvier 2005).

Organisation Mondiale de la santé (2000). « Pour un système de santé plus performant ». Rapport sur la santé dans le monde, OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la santé (2003). « Façonner l’avenir ». Rapport sur la santé dans le monde, OMS, Genève.

Partnerships for Health Reformplus (2004). « Un aperçu du financement communautaire de la santé ». <http://www.phrplus.org/Pubs/sp11f.pdf> (site consulté le 5 Février 2005)

Programme des Nations Unis pour le Développement (2004). « La liberté culturelle dans un monde diversifié ». Rapport mondial sur le développement humain, PNUD, ECONOMIKA, Paris.

Ridde V. (2004). « L'initiative de Bamako 15 ans après : Un agenda inachevé ». HNP Discussion Paper, Banque Mondiale, Washington. <http://www-wds.worldbank.org/servlet/> (site consulté le 12 Février 2005).

Sery J-P. , Ortiz C. et Ouattara A. (2000). « Etude sur le répertoire des organisations de prise en charge collective de la santé en Côte d'Ivoire ». Abidjan.

Thomazeau A-M. (1998). « Le Pari Solidaire, Histoire de la Mutualité ». Paris: Editions Viva. 221p.

UNAIDS at Country Level (2004). Progress Report, Geneva. <http://www.unaids.org> (Consulté le 12 Février 2005)

Waelkens M-P. et Criel B. (2004). « Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : Etat des lieux et réflexions sur un agenda de recherche » HNP Discussion Paper, Banque Mondiale, Washington. http://www1.worldbank.org/hnp/Pubs_Discussion/Waelkens-LesMutuelles-whole.pdf (consulté le 26 Mai 2004).

Sites Internet

www.concertation.org (site de la Concertation)

www.fao.org (site de la FAO)

www.mutualite.com (site de la mutualité française)

www.sante.gouv.fr (site du ministère de la santé en France).

www.oms.ci (site de OMS Côte d'Ivoire)

www.who.int (site de l'Organisation Mondiale de la Santé)