



33º Congreso
Internacional del CIRIEC
Valencia, 13 – 15 junio
de 2022

Nuevas dinámicas mundiales
en la era post-Covid; desafíos para
la economía pública, social
y cooperativa

«Favoriser l'accès aux soins primaires grâce au microsystème mutualiste de santé »

Yannick Lucas
Le Mans Université



Résumé

Selon l'OMS, plus de la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux services de santé essentiels et de nombreuses populations se retrouvent dans une situation d'extrême précarité à cause du coût trop élevé des soins.

En Afrique, la solidarité au sein des communautés, qui s'organise autour de mécanismes informels d'entraide tels que la collecte ou le prêt d'argent, la vente de produits agricoles ou de bétails, ou des systèmes informels d'épargne et de crédit comme les tontines, comporte plusieurs limites dans le cadre du financement de la santé : ces différentes pratiques d'entraide se font le plus souvent sans aucune prévoyance; et si le recours à ces réseaux d'entraide permet généralement de financer des événements divers liés aux cérémonies familiales, il concerne peu les frais liés à la santé.

De plus, l'offre de soins est souvent défaillante du fait de l'insolvabilité de la population ce qui ne permet pas aux prestataires de disposer des revenus nécessaires au bon fonctionnement de l'activité.

C'est pourquoi, la Mutualité Française, dans le cadre de l'association French Healthcare, propose la mise en place de « microsystèmes de santé mutualistes » sur la base du modèle de centre de santé mutualiste.

Le microsystème de santé associe à un centre de santé primaire une mutuelle santé communautaire. Ce niveau de proximité est le plus à même de permettre un contrôle communautaire ou affinitaire tant de la structure de soins que de la mutuelle. De plus, l'offre de soins offerte par ses établissements est accessible au plus grand nombre et permet donc facilement de mettre en place un système de financement socialisé. Enfin, ces centres assurent des soins courants, donc relativement fréquents, cela permet aux adhérents de la mutuelle de bénéficier d'un « retour » sur les cotisations versées.

Ce modèle contribuera notamment au développement d'un système d'assurance santé communautaire pour améliorer l'accès aux soins de santé des populations ciblées. Il s'adresse également aux entreprises qui souhaitent faciliter l'accès aux services de santé de leurs collaborateurs, en bâtissant leur propre microsystème de santé.

Le projet visera à s'assurer que le centre de santé ainsi que la mutuelle, respectent un minimum de règles. D'une façon particulière, la qualité de soins, la coordination pluriprofessionnelle, le pilotage des activités, la gestion des structures, seront analysées pour encourager ces structures à offrir la meilleure qualité de service de soins et de couverture santé solidaires.

Mots clés : Mutualité, accès aux soins, centres de santé.



Expanded abstract

“Promoting access to primary care through a mutual health micro-system”

According to the WHO, more than half of the world's population does not have access to essential health services and many people find themselves in an extremely precarious situation due to the high cost of care.

In Africa, solidarity within communities, which is organized around informal mutual aid mechanisms such as the collection or lending of money, the sale of agricultural products or livestock, or informal savings and credit systems such as “tontines”, has several limitations in the context of health financing: these different mutual aid practices are most often carried out without any foresight; and while recourse to these mutual aid networks generally makes it possible to finance various events linked to family ceremonies, it is of little relevance to health-related costs.

Moreover, the supply of care is often inadequate due to the insolvency of the population, which does not allow the providers to have the necessary income to run their business.

This is why the Mutualité Française, within the framework of the French Healthcare association, is proposing the implementation of "mutualist health microsystems" based on the mutualist health center model.

The micro health system combines a primary health center with a community health mutual. This level of proximity is the most likely to allow community or affinity control of both the health care structure and the mutual health insurance. In addition, the range of care offered by these establishments is accessible to the greatest number of people and therefore makes it easy to set up a socialized financing system. Finally, these centers provide routine, and therefore relatively frequent, care, which allows the mutual's members to benefit from a "return" on the contributions paid.

This model will contribute to the development of a community health insurance system to improve access to health care for the targeted populations. It is also aimed at companies that wish to facilitate access to health services for their employees by building their own micro health system.

The project will aim to ensure that both the health center and the mutual insurance company comply with a minimum set of rules. In particular, the quality of care, the multi-professional coordination, the steering of activities, the management of the structures, will be analyzed to encourage these structures to offer the best quality of care and solidarity health coverage.

Keywords: Mutuels, Access to care, Primary health center.



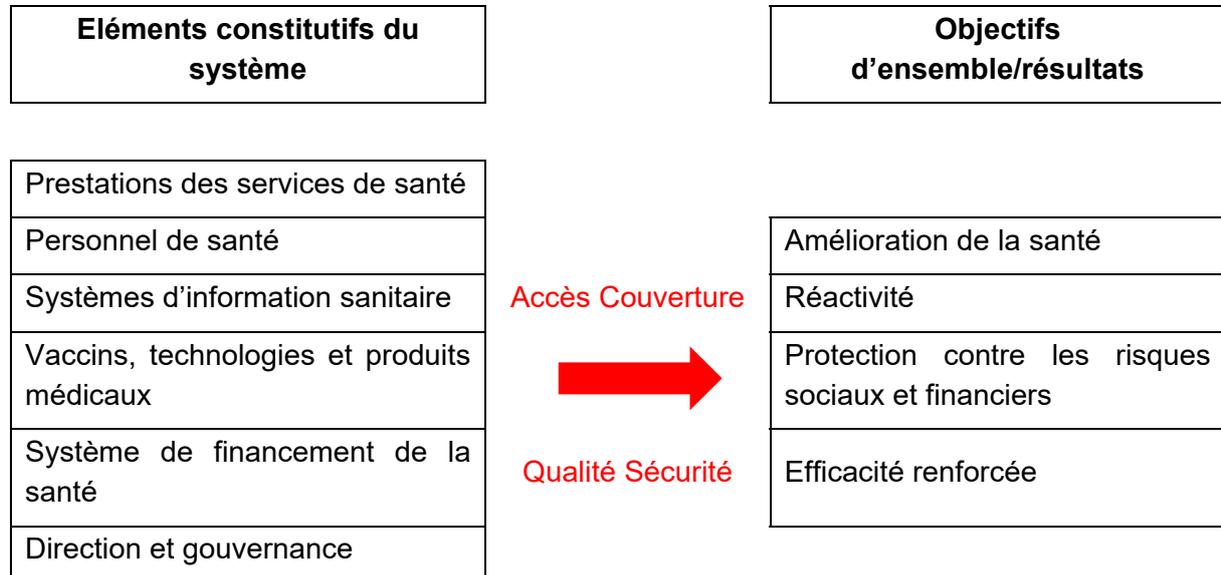
1. La notion de système de santé

Selon l'OMS et la Banque Mondiale, plus d'un tiers de la population mondiale n'a pas accès à une couverture sanitaire universelle, ce taux atteint 54% en Afrique (World Health Organization and World Bank, 2021 et ILO, 2021), et près d'un milliard de personnes sont confrontées chaque année à des dépenses de santé « catastrophiques » c'est-à-dire qui représentent plus de 10% du budget du ménage (World Health Organization and World Bank (2), 2021). La maladie est donc une source majeure de pauvreté dans les pays où les familles doivent assumer directement la majorité des frais de santé (Sossa, 2010). Ces situations particulièrement fréquentes en Afrique sub-saharienne ont pu être qualifiées de « régimes d'insécurité sociale » (Delpy, 2021).

Afin de mieux appréhender les problématiques se posent en matière d'accès aux soins, l'OMS propose d'adopter une approche systémique qui « permet de mettre en évidence les caractéristiques sous-jacentes du système de santé et les interactions entre ses différents éléments constitutifs » (de Savigny et Taghreed, 2009).

Sur cette base, un système de santé peut être schématisé de la manière suivante :

Table 1. Cadre conceptuel du système de santé proposé par l'OMS



Source : de Savigny D. et Taghreed A., 2009.

Un système de santé est donc la rencontre d'une demande de soins et d'une offre avec pour objectif l'amélioration de la santé de la population. La question de l'accès aux soins est un élément clé de ce dispositif qu'il s'agisse de l'accès géographique ou de l'accès financier, c'est à dire la capacité de financer les soins.

A partir des années 80, les politiques d'ajustement structurel, telles que celles prônées par l'Unicef et la Banque Mondiale, ont profondément modifié les conditions d'accès aux soins en



Afrique en imposant une vision libérale de la santé et favorisant la privatisation des services et la contribution financière des populations (« *le recouvrement des coûts* ») (Boidin, 2022) alors qu'auparavant les soins primaires étaient souvent fournis gratuitement. Cette vision va trouver son expression officielle dans l'initiative de Bamako de 1987 (Nyssens et Vermer, 2012).

La conception marchande de l'accès aux soins s'est donc généralisée alors même que le paiement à l'acte est un facteur déterminant d'inégalité d'accès aux soins. En effet, il empêche l'accès aux soins des plus modestes et retarde, le temps de disposer des fonds nécessaires, celui d'une grande partie de la population (Jütting et Wiesmann, 2000).

Si l'on regarde la consommation de soins comme une relation économique au sein de laquelle, selon la double équivalence macroéconomique comptable mise en évidence par Robert Evans, un équilibre s'établit entre l'offre et la demande, in fine, la quantité de soins dispensés correspond à la quantité des soins que les utilisateurs du système de santé ont la capacité d'acquérir (Majnoni d'Intignano, 2016).

Cela pose évidemment le problème de l'adéquation de la capacité contributive de la population, et donc de ses revenus, au coût des soins. Dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, il existe un très grand décalage entre les coûts des soins et les moyens dont une grande partie de la population peut disposer. Les soins primaires dispensés dans les établissements du secteur public restent généralement accessibles au plus grand nombre mais les soins de spécialité ne le sont pas.

Au niveau collectif, deux situations peuvent se présenter.

Dans un premier cas, la capacité contributive des consommateurs, appréciée globalement, n'est pas suffisante pour permettre à tous d'accéder aux soins, il va alors s'opérer une sélection par l'argent et seuls auront accès aux soins ceux qui auront les moyens de les financer.

Dans cette situation, un dispositif permettant l'accès aux soins pour tous ne peut être mis en place que si des financements extérieurs interviennent pour compléter les contributions des usagers. Il peut s'agir de financements publics ou, pour les salariés du secteur formel, d'une participation des employeurs.

Dans un second cas, il existe une capacité collective de financer les soins et, en théorie, tous devraient pouvoir en bénéficier. Cependant, on peut se trouver dans une situation où les inégalités dans la répartition des revenus ne permettent pas à tous d'accéder aux soins et certains vont donc, là aussi, se retrouver exclus.

D'une manière générale, « *le recouvrement des coûts ne fait pas disparaître le besoin de financement socialisé* » (Letourmy, 2000).

Seuls des mécanismes de solidarité permettent alors une accessibilité effective.

Ces mécanismes de solidarité peuvent être soit spontanés soit organisés.



En Afrique, la solidarité au sein des communautés, s'organise autour de mécanismes informels d'entraide tels que la collecte ou le prêt d'argent, la vente de produits agricoles ou de bétails. Elle peut également prendre la forme de systèmes informels d'épargne et de crédit comme les tontines.

Ces mécanismes organisent soit une solidarité ex ante, on anticipe les besoins de financement d'un événement à venir, soit ex post pour prendre en charge les conséquences financières d'un événement passé. Ils comportent cependant de graves limites dans le cadre du financement des soins de santé. En effet, ces différentes pratiques d'entraide se font le plus souvent sans aucune anticipation et la collecte des fonds est lancée lorsque l'événement qu'il conviendra de financer est connu. Le recours à ces réseaux d'entraide permet généralement de financer des événements divers liés aux cérémonies familiales, il concerne peu les frais liés à la santé.

En partie cela est dû au temps nécessaire à la collecte des fonds alors que les parents et amis peuvent être éloignés ou ne pas disposer de liquidités sur le moment. Cela est donc peu adapté à la prise en charge de frais de santé qui impliquent souvent une certaine urgence.

C'est donc avec cet objectif de financement de l'accès aux soins de santé qu'ont été recherchés et mis en place des mécanismes socialisés de financement. On a pu distinguer trois grands types de systèmes de protection sociale des pays en développement (Destremeau et Lautier, 2006). Le premier associe une assurance professionnelle et la solidarité nationale pour les plus modestes, le second est basé sur la solidarité à base professionnelle avec une diffusion lente de la protection sociale, le troisième type est un modèle mixte qui regroupe des pays évoluant du premier type vers le second.

La quasi-totalité des pays d'Afrique subsaharienne appartiennent au second type. On a donc vu se développer des modèles alternatifs pour le financement et l'accès aux soins de santé basés sur des systèmes d'assurance maladie au niveau des communautés locales ou de groupes formés sur une base professionnelle (Defourny, Failon et Sarambe, 2008) :

- Les caisses de solidarité encore appelées mutuelles corporatistes qui organisent la solidarité au sein d'une administration (Alenda et Boidin, 2012) ou d'une entreprise. Seules certaines d'entre elles prennent en charge les prestations liées aux soins de santé ;
- Les systèmes de prépaiement émanent souvent des structures sanitaires. Leur principe de fonctionnement consiste, pour l'usager membre, à payer annuellement un montant fixe afin de bénéficier des soins tout au long de l'année ;
- Le couplage crédit/santé est de plus en plus souvent rencontré en Afrique subsaharienne. Deux modes d'articulation entre micro-assurance santé et microfinance sont envisageables :
 - Les adhérents à une mutuelle de santé peuvent recourir à la microfinance, en cas de difficultés à payer leurs cotisations ;



- La mutuelle de santé permet d'éviter que les membres d'une institution de microfinance ne dépensent leur épargne ou n'utilisent leurs crédits pour financer les soins de santé. ;
- Les mutuelles de santé dites classiques se définissent comme des associations volontaires de personnes à but non lucratif et fonctionnant sur la base de solidarité entre les membres. Leur principale ressource provient des cotisations des membres, qui leur permettent de réaliser au bénéfice de ceux-ci et de leur famille des actions de prévoyance et d'améliorer leur accès aux soins de santé.

Si l'on se place maintenant du point de vue des offreurs de soins, l'insolvabilité d'une partie importante de la population ne permet pas aux prestataires de disposer des revenus nécessaires au bon fonctionnement de l'activité qu'il s'agisse de l'achat et de l'entretien des équipements ou de la rémunération des professionnels de santé.

2. Le microsystème de santé mutualiste

C'est dans ce cadre qu'a été développé le concept de « microsystème de santé » comme un moyen de permettre l'accès aux soins primaires à des populations qui en sont actuellement éloignées.

Le projet part d'une base communautaire ou affinitaire (administrations, entreprise, quartier, association culturelle...) et vise à associer un centre de santé susceptible de fournir un premier niveau de soins et d'une mutuelle santé permettant notamment d'assurer la prise en charge des soins dispensés dans le centre.

Le principe de base est celui d'une adhésion à une mutuelle qui permet ensuite d'accéder gratuitement, ou avec un ticket modérateur très modeste, aux services du centre de santé.

La solvabilisation de la patientèle garantit au centre de santé de disposer des moyens pour fonctionner correctement et garantit sa pérennité.

En fonction des capacités contributives des personnes couvertes, il sera souvent nécessaire de prévoir des financements complémentaires aux seules cotisations versées par les adhérents si celles-ci ne sont pas suffisantes pour couvrir le coût des soins. Il pourra s'agir de subventions publiques pour les mutuelles communautaires ou d'abondements de l'employeur pour les mutuelles d'entreprises ou de fonctionnaires.

Un tel projet permet de répondre à quatre attentes :

- Une offre de soins primaires correspond aux besoins les plus courants des usagers ;
- Un mécanisme de financement solidaire au plus grand nombre d'accéder aux soins ;
- Des mécanismes démocratiques de gouvernance, tant du centre de santé que de la mutuelle, visant à s'assurer de la bonne gestion de ces outils ;
- Son inscription dans l'économie sociale et solidaire qui permet le réinvestissement des éventuels excédents dans l'activité.



Ce projet présente cependant des insuffisances dans la mesure où il ne traite pas de la problématique de l'accès aux soins de spécialité et aux soins complexes (chirurgie, traitement des cancers...). En effet, ces soins sont très coûteux et la socialisation de leur prise en charge nécessite d'une part des moyens financiers significatifs et d'autre part une mutualisation des risques sur une population plus importante que celle qui est visée ici. L'articulation entre le micro-système et la couverture maladie universelle, dans les pays où elle est mise en place, peut être une réponse à cette limite.

a. Les mutuelles de santé

Les mutuelles de santé, également appelées mutuelles sociales, apparaissent comme un outil particulièrement performant de développement de la protection sociale dans la zone UEMOA aussi bien par leur action propre que dans le cadre de la mise en place de la couverture maladie universelle actuellement en cours dans cinq pays de la zone.

En effet le développement de la couverture maladie universelle se heurte souvent à des difficultés de gestion dès que l'on sort du secteur formel. Les difficultés de recouvrement des cotisations nuisent grandement au bon fonctionnement du système. La diffusion de la couverture maladie universelle au travers des mutuelles permet de résoudre une partie des difficultés. En effet, le caractère communautaire et la proximité de la gestion mutualiste facilitent les opérations de recouvrement.

L'encouragement au développement des mutuelles s'inscrit par ailleurs dans les recommandations portées dès la fin des années 1970, par la déclaration d'Alma Ata de la « santé pour tous » (1978), puis la charte d'Ottawa (1986), qui encouragent la participation des populations au fonctionnement du système de santé. Du fait de leur fonctionnement démocratique, les mutuelles sont des outils très efficaces de participation (Boidin, 2022).

Depuis 2012, il existe une réglementation mutualiste commune aux huit pays de l'UEMOA : le règlement N°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 (UEMOA, 2009). Il définit une mutuelle sociale comme un groupement qui, essentiellement aux moyens des cotisations de ses membres, se propose de mener dans l'intérêt de ceux-ci et leurs ayants-droits une action de prévoyance, d'entraide ou de solidarité.

L'article 4 de ce règlement stipule qu'une mutuelle sociale est une personne morale de droit privé à but non lucratif. L'article 12 insiste sur les valeurs et les principes de la mutualité notamment le bénévolat qui consiste en la gratuité des fonctions exercées par les membres de l'organe dirigeant. Enfin, l'Article 13 prévoit que « *les mutuelles peuvent créer, conformément à la législation en vigueur, des établissements ou services à caractère sanitaire, médico-social ou culturel* ».

Aujourd'hui, le développement des mutuelles de santé est freiné, par plusieurs facteurs (Bonaventure et Gbénahou, 2019) :



- Une réticence à la souscription d'une assurance pour les frais de santé qui peut apparaître comme « souhaiter soi-même que la maladie arrive » (De Allegri, Sanon et Sauerborn, 2006) ;
- Une vision « punitive » de la maladie qui est le résultat d'un mauvais comportement et dont on peut se protéger par la pratique religieuse ou la magie plus que par l'assurance (Jütting et Wiesmann, 2000) ;
- Un attachement à des mécanismes de solidarité concrète, qu'il conviendrait plutôt de qualifier d'entraide (Dkhimi, 2005), qui ne passent pas par une intermédiation financière alors que les principes des mécanismes d'assurance sont souvent mal compris (Bazara et Van der Stuyft, 2008) ;
- Enfin, bien sûr, les difficultés financières qui incitent peu à la prévoyance alors que les faibles ressources ne permettent que de faire face aux dépenses au jour le jour (Dkhimi, 2020).

Le projet de microsystème de santé permet de présenter l'adhésion à la mutuelle comme un « forfait » permettant de préfinancer l'accès aux soins. Il s'agit donc d'un investissement auquel est attaché une contrepartie concrète sous la forme d'un accès au centre de santé.

Le paiement du forfait est effectué par un représentant de la famille ou du groupe. Il conviendra d'étudier la faisabilité d'un paiement par un membre depuis un autre pays dans le cadre d'un partenariat bancaire à l'instar de ce qui a été mis en place en Belgique par la Fondation Solidarco (Solidarco, 2022).

Ce modèle qui permet à des membres de la diaspora de financer l'accès aux soins de parents ou alliés en République Démocratique du Congo a également montré l'intérêt d'un financement des centres de santé au moyen d'un forfait mensuel couvrant l'ensemble des membres de la famille ou d'un groupe affinitaire (salariés d'une même entreprise, groupe informel d'artisans...).

b. Les centres de santé

Les centres de santé s'inscrivent dans une gradation de l'offre de soins qui part des dispensaires qui assurent les soins quotidiens au plus près des personnes pour arriver aux hôpitaux offrant les services spécialisés (Jacquemot, 2012 et Gobbers et Pichard, 2000).

Ils concernent la santé primaire (WHO et UNICEF, 2020) c'est-à-dire l'offre de soins est construite autour d'un centre de santé assurant les consultations de base : prévention, vaccination, médecine générale, suivi des grossesses et accouchements simples avec en complément quelques lits d'observation.

En zone rurale, le centre de santé peut gérer dans son environnement des dispensaires de premier recours assurant la prévention et les soins les plus courants.



Le centre doit s'inscrire dans la planification mise en place par les autorités locales en matière d'offre de soins et participer aux programmes publics de prévention ou de traitement de certaines pathologies (vaccination, paludisme...).

Ce niveau de proximité est le plus à même de permettre un contrôle communautaire ou affinitaire tant de la structure de soins que de la mutuelle. De plus, l'offre de soins offerte par ses établissements est accessible au plus grand nombre et permet donc facilement de mettre en place un système de financement socialisé. Enfin, ces centres assurent des soins courants, donc relativement fréquents, cela permet aux adhérents de la mutuelle de bénéficier d'un « retour » sur les cotisations versées. Ainsi, les mutualistes peuvent bénéficier de prestations régulières et comprendre concrètement les bénéfices de l'adhésion à la mutuelle.

L'association avec une mutuelle santé permet tout d'abord, d'assurer des revenus réguliers et stables au centre de santé afin de garantir sa pérennité. De plus, la limitation du paiement à l'acte limite les risques de financement occulte. Enfin, le paiement forfaitaire limite les freins d'accès à l'offre de soins et encourage la fréquentation du centre de santé par les membres de la famille ou du groupe.

Les deux volets du projet sont complémentaires. La mutualisation assure la solvabilisation de la clientèle du centre de santé et l'offre de soins est un argument fort d'adhésion à la mutuelle car elle donne un aspect concret à l'adhésion (Lona et Wouter, 2017, Waelkens et Criel, 2004, Atim, 2000).

Dans les pays où elle est mise en place, le microsystème de santé peut parfaitement s'inscrire dans le cadre de la couverture maladie universelle, sous la forme d'une délégation de gestion et/ou d'une offre complémentaire.

Dans le cadre de la définition du projet il est proposé un plan type de construction immobilière susceptible d'être repris et adapté par les acteurs locaux. En effet, il est important de pouvoir s'adapter à l'environnement et de tenir compte des compétences des acteurs. Un concours organisé en 2020 par l'association Afrikarchi a montré le potentiel d'une telle démarche (Afrikarchi, 2020).

Par ailleurs, une « liste type » de matériel nécessaire au bon fonctionnement du centre de santé a été établie, elle est basée sur les recommandations établies par différents gouvernements (République du Cameroun 2004, IPHS, 2012 et Republic of Kenya, 2020). Cela concerne principalement le mobilier d'accueil et administratif, le mobilier médical, le matériel médical et le système d'information.

Dans tous les cas, il doit être privilégié l'achat d'équipements d'une grande fiabilité et dont la maintenance peut être réalisée par les compétences locales.

Les équipements non techniques facilement disponibles sur place (mobilier d'accueil par exemple) sont achetés localement.

La construction, ou la modernisation s'il existe déjà, du centre de santé nécessite des investissements importants. Dans certains cas, les initiateurs du projet, notamment lorsqu'il



s'agit de mutuelles de fonctionnaires ou d'entreprise, disposeront de la capacité pour financer les investissements. Dans d'autres situations, les mutuelles communautaires n'auront sans doute pas les capacités financières nécessaires. Il conviendra de rechercher les modalités d'obtention de financements publics ou privés aussi bien localement que dans un cadre international.

Une place importante devra également être accordée à la e-santé et à la téléexpertise.

En 2025, 634 millions de personnes utiliseront un mobile en Afrique Subsaharienne, qui regroupe 24% des malades du monde mais ne dispose seulement que de 3% de l'effectif mondial des professionnels de santé.

Renforcer les systèmes de santé face aux maladies chroniques, au manque de personnel (notamment les professionnels spécialisés), aux déserts médicaux, ou au déficit d'informations rendent particulièrement pertinentes les solutions de e-santé en général et l'utilisation de la télémédecine en particulier.

Ce projet offre l'opportunité d'apporter quelques transformations en termes d'outils et de pratiques à l'offre de soins primaire pour pouvoir répondre aux nouveaux besoins en santé des populations et mettre la personne/l'humain au centre (Amref, 2018).

Même si cela ne règle pas tous les problèmes auxquels est confrontée la population, les innovations en santé doivent être considérées dans ce projet pour contribuer à la mise en œuvre de services de santé intégrés et centrés sur la personne et transformer les modèles de soins. Celles-ci devraient permettre grâce à l'utilisation de technologies simples et facilement accessibles (téléphone portables, smartphones, tablettes) d'assurer des consultations simples pour les patients des centres qui seront créés et l'accès à une médecine de recours.

Ces mêmes outils pourront également être utilisées dans le cadre des campagnes de prévention ou de vaccination, pour la prise en charge rapide des malades en cas d'urgence médicale sévère, ou encore pour la gestion de la mutuelle (paiement des cotisations...).

La télé-expertise est une demande d'avis entre professionnels de santé, requérants et requis pour un patient donné. La télé-expertise est asynchrone et ne nécessite pas de vidéo conférence et donc de haut débit internet. La télé-expertise permet d'obtenir rapidement un avis d'expert pour une situation médicale donnée sans avoir à déplacer le patient et cela permet ainsi d'apporter l'expertise directement au plus proche du patient ainsi que d'améliorer l'accès aux spécialistes. De ce fait, cette activité peut grandement structurer les besoins d'un microsystème de santé. Si le médecin-expert juge nécessaire de réaliser une consultation ou téléconsultation alors celle-ci peut être ensuite organisée et préparée. Il n'est pas nécessaire dans un premier temps de faire une téléconsultation sans avoir eu un premier avis car cela pourrait être non pertinent et non efficient.



c. Fonctionnement démocratique et participatif

Parmi les valeurs de références caractéristiques auxquelles s'identifie une mutuelle sociale, figure le « fonctionnement démocratique et participatif » (Delpy, 2021).

La structure institutionnelle de la mutuelle à laquelle est rattachée le centre de santé comprend obligatoirement une assemblée générale ; un conseil d'administration et un organe de contrôle et les adhérents des mutuelles ont des droits de vote égaux qui s'expriment à travers des mécanismes qui garantissent la libre expression et le secret du vote. Chaque membre d'une mutuelle sociale dispose d'une voix à l'assemblée générale.

La gestion « mutualiste » tant du centre de santé que de la mutuelle doit permettre grâce au contrôle démocratique d'éviter les phénomènes de « dessous de table » qui faussent souvent les mécanismes d'accès aux soins.

Ainsi, l'implantation communautaire, la participation de tous au fonctionnement de la mutuelle, et le système du forfait qui donne une contrepartie matérielle directe à la cotisation correspondent aux attentes des populations et permettent de créer un dispositif pérenne s'inscrivant dans la mise en place de couverture sanitaire universelle.

3. Les points de vigilance

Les expériences de mise en place de centre de santé à base communautaires ou de mutuelles santé, voire de microsystemes comparables à celui proposé dans cette approche nous amènent à souligner quelques points importants :

a. Adaptation du microsysteme aux contextes locaux

Jean-Pierre Olivier de Sardan a eu l'occasion de dénoncer les « modèles voyageurs » de développement qui ne tiennent pas compte des formes locales de gestion des relations sociales et économiques et des types d'action collective en vigueur sur le terrain (de Sardan, 2019). Pour reprendre sa formule, il s'agit « de s'adapter aux réalités locales, plutôt que de vouloir adapter les réalités locales à son modèle ».

Cela est d'autant plus vrai que les mutuelles s'inscrivent dans une démarche participative qui ne peut pas être imposé par des tiers et qui doit être basée sur une mobilisation de la communauté.

Le concept de microsysteme de santé doit être enraciné dans les communautés dans lesquelles il s'installe et s'adapter à leurs attentes et à leurs particularités. C'est pourquoi, il n'existe pas un modèle unique de microsysteme de santé mais un cadre de référence qui doit faire l'objet d'une appropriation et d'une adaptation par les acteurs locaux.



b. Intégration dans la planification

Le soutien des pouvoirs publics à la mise en place d'un tel dispositif ne sera possible que s'il s'intègre dans les réglementations et planifications locales.

Dans certains cas, il conviendra de clarifier certaines dispositions relatives notamment aux possibilités offertes aux mutuelles santé de développer une offre de soins sous statut mutualiste. En effet, dans certains pays, et notamment sous la pression des professionnels de santé privés, il n'est pas officiellement reconnu aux mutuelles le droit de gérer des services de santé. Les centres sont tolérés mais manquent d'un statut légal protecteur.

c. Disponibilité des professionnels qualifiés

Il est nécessaire de recruter localement des professionnels qualifiés à des conditions économiques acceptables pour le centre de santé et la mutuelle. Une grande attention devra être apportée sur ce point dans tout plan de déploiement.

Il conviendra notamment de tenir compte dans la définition des services proposés par le centre de santé de la possibilité de recruter facilement les professionnels compétents nécessaires à leur bon fonctionnement.

d. La professionnalisation de la gestion

La gestion d'un centre de santé comme d'une mutuelle suppose des compétences qui ne sont pas forcément présentes chez les bénévoles impliqués dans la gouvernance de la Mutuelle. Il convient donc d'une part former les militants mutualistes pour qu'ils acquièrent les compétences nécessaires à la gestion de la mutuelle et d'autre part de mettre en place des mécanismes publics d'accompagnement et de contrôle pour s'assurer du respect des règles de bonne gestion, et ce d'autant plus si la mutuelle reçoit des financements publics.

On peut également envisager, comme cela s'est fait au Rwanda, que la gestion des mutuelles soit assurée par des fonctionnaires publics (Boidin, 2022).

e. La question du caractère obligatoire

Un système d'accès aux soins basé sur la solidarité ne peut répondre à ces objectifs que si la plus grande partie de la population est couverte. Cela permet en effet de répondre d'une part au problème de la sélection adverse, c'est-à-dire les réticences à l'adhésion de la part des familles en bonne santé qui vont considérer coût de l'adhésion trop élevé par rapport à leurs dépenses de santé (Lona et Wouter, 2017), et d'autre part aux difficultés d'adhésion des plus pauvres qui préfèrent orienter leurs dépenses vers des besoins plus immédiats telles que l'alimentation.



Dans l'idéal, on peut donc envisager le caractère obligatoire de l'adhésion à la mutuelle. Le caractère obligatoire peut sembler antinomique avec la notion de mutualité qui fait souvent au caractère volontaire de l'adhésion. On peut cependant envisager cette démarche volontaire comme étant une démarche collective et pas seulement individuelle. Dans cette vision, c'est la communauté qui « volontairement » décide de la mise en place d'un microsysteme de santé.

Ce caractère obligatoire peut résulter des dispositions légales, statutaires (fonctionnaires, salariés du privé) ou de la pression sociale dans le cadre d'une démarche purement communautaire.



Bibliographie

AFRIKARCHI (2020), « Grand concours d'architecture – Concevoir un équipement de santé en Afrique »,

https://www.citedelarchitecture.fr/sites/default/files/documents/2020-11/fr_v2_re_asultats_du_jury_concours_afrikarchi_5_compressed_0.pdf

ALEND A. J. et BOIDIN B. (2012), « Extension de l'assurance maladie et mutuelles de santé en Afrique : l'expérience sénégalaise », communication 33èmes journées des économistes de la santé français, p. 8.

AMREF (2018), « Livre Blanc des 1ères rencontres de la santé numérique en Afrique de l'Ouest (AO) », <https://amref.fr/wp-content/uploads/2021/05/livre-blanc-rencontres-sante-numerique-afrique-de-l-ouest.pdf>

ATIM, C. (2000), « Contribution financière des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre », STEP, Bureau International du Travail, Genève.

BASAZA, R., B. ET VAN DER STUYFT, P. (2008), "Community health insurance in Uganda: Why does enrolment remain low? A view from beneath". Health Policy, 87(2), p. 172-184.

BOIDIN B. (2022), « Les mutuelles en Afrique, Enjeux et perspectives », Revue de la Société Francophone de Médecine Tropicale et de Santé Internationale [Internet], 29 mars 2021, [cité 10 mars 2022].

BONAVENTURE H. et GBENAHOU M. (2019), « Comprendre les faibles taux d'adhésion et de cotisation aux mutuelles de santé : exploration dans quatre communes du Bénin », Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé 18 | 2019.

DE ALLEGRI M., SANON M. et SAUERBORN R., (2006), "To enrol or not to enrol ? A qualitative investigation of demand for health insurance in rural Africa.", Social Science & Medicine, 62, 1520-1527.



DE SARDAN J.P.O. (2019), « Industrie du développement : les mésaventures des modèles voyageurs », Analyse Opinion Critique, 25/9/2019,
<https://aoc.media/analyse/2019/09/25/industrie-du-developpement-les-mesaventures-des-modeles-voyageurs/>

DE SAVIGNY D. et TAGHREED A. (2009), « Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé », Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, OMS, 2009.

DELPY L., (2021) : « Analyse comparative des régimes de protection sociale en Afrique subsaharienne », Canadian Journal of Development Studies / Revue canadienne d'études du développement, Publié en ligne Mai 2021.

DESTREMAU B. ET LAUTIER B. (2006), « Analyse et comparaison des systèmes de protection sociale du monde en développement, éléments de typologie et de méthode », Réseau Impact.

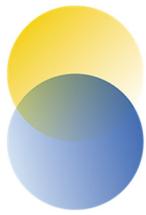
DKHIMI F. (2005), « Les Mutuelles de santé : une piste de solution à la crise du secteur sanitaire africain ? », Mémoire de DESS, Développement, Coopération et Action humanitaire, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, p. 52.

GOBBERS D. et PICHARD E. (2000), « L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest », Actualité et Dossier en Santé Publique, n°30-2000, p. 35-42.

IHPS (Indian Public Health Standards) (2012), "Guidelines for primary health centers",
<https://nhm.gov.in/images/pdf/guidelines/iphs/iphs-revised-guidlines-2012/primay-health-centres.pdf>

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. WORLD SOCIAL PROTECTION REPORT 2020–22 (2021), "Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future", Report.

JACQUEMOT P. (2012), « Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins », Afrique contemporaine 2012/3 (n° 243), p. 95 à 97.



JÜTTING J. et WIESMANN D. (2000), “The Emerging Movement of Community Based Health Insurance in Sub-Saharan Africa: Experiences and Lessons Learned”, *Afrika spectrum* 35 (2000) 2, p. 193-210.

LETOURMY A. (2000), « Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d’un développement », *Revue Afrique Contemporaine*, Paris, La Documentation française, n°195, p. 133.

LONA M. et WOUTER W. (2017), « L’avenir des mutuelles santé au Benin et Togo », *Mutualités Libres*, Belgique, p. 56.

MAJNONI D’INTIGNANO B. (2016), « Santé et économie en europe », *Que sais-je ?*, Presses Universitaires de France, Paris, p. 21.

NYSSENS M. et VERMER M.C. (2012), « La régulation des mutuelles de santé au Bénin », In: Leloup F., Brot J., Gérardin H, « L’Etat, acteur de développement », Karthala: Paris, 2012, p. 125.

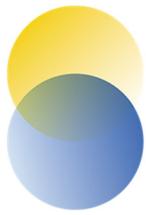
REPUBLIC OF KENYA (2021), “Primary health care network guidelines”, Ministry of health, Government of Kenya.
<https://www.health.go.ke/wp-content/uploads/2021/09/Primary-Health-Care-Network-guidelines-signed-copy.pdf>

REPUBLIQUE DU CAMEROUN (2004), « Propositions de listes standard et de spécifications techniques d’équipement des formations sanitaires »,
<https://www.yumpu.com/fr/document/view/5348669/propositions-de-listes-standard-et-de-specifications->

SOLIDARCO (2022), site internet, <https://www.solidarco.org/>

SOSSA T. (2010), « Couverture, financement et exclusion : l’assurance maladie en Afrique », *Revue Finance et bien commun* 2010/2, p. 95.

UEMOA, 2009, « Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l’UEMOA »,
https://en.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/periodic_reports/files/societe_civile_reglement_07_2009_cm_uemoa_0.pdf



WAEKENS, M.-P., 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 DC.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et UNICEF (2020), “Operational framework for primary health care : transforming vision into action”, Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et WORLD BANK (2021), “Tracking universal health coverage - 2021 global Monitoring Report”, Report, p. 81, Genève : Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et WORLD BANK (2) (2021), “Global monitoring report on financial protection in health 2021”, Report, p. 5, Genève : Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale.