



FONDATION PIERRE FABRE



Vers la
Couverture Sanitaire Universelle
en Afrique

Réalisations, défis et perspectives

Conférence de la Fondation Pierre Fabre - Lavour, 3 octobre 2017

*Délivrance
de médicaments
à la pharmacie du
Centre de recherche
et de lutte contre
la drépanocytose
de Bamako, Mali.*

COMMENT PARVENIR A LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE EN AFRIQUE ?

UNE JOURNEE DE CONFERENCE CONSACREE A CETTE PRIORITE DE L'AGENDA

MONDIAL DE LA SANTE

OBJECTIFS

Réunis le 30 août dernier au Zimbabwe pour la 67^{ème} session du bureau régional Afrique de l'OMS, les ministres de la Santé de 47 états africains ont affirmé leur engagement pour mettre en place dans leurs pays les actions nécessaires pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU).

Déjà, en mai 2017, le docteur Tedros Adhanom Ghebreyesus, à l'occasion de son élection à la direction générale de l'OMS, avait déclaré : *« Permettre l'accès de tous aux services de santé de base sera ma priorité majeure. La réalisation d'une couverture sanitaire universelle sera ma principale priorité, car je pense que c'est le meilleur investissement global que nous puissions faire dans la santé. Lorsque les systèmes de santé sont forts, nous sommes mieux à même de prévenir, surveiller, détecter et traiter les urgences de santé. En même temps, une couverture sanitaire universelle garantit la prévention des maladies, la promotion de la santé et le traitement des maladies transmissibles et non transmissibles, tout en veillant à ce que les individus ne basculent pas dans la pauvreté à cause de frais médicaux onéreux. »*

C'est dans ce contexte, marqué par la diversité des engagements de la communauté internationale et des Etats africains eux-mêmes, que la Fondation Pierre Fabre a décidé de consacrer une journée d'échange et de travail sur ce sujet, à l'occasion de sa 4^{ème} conférence annuelle, le 3 octobre 2017.

Cette rencontre s'inscrit dans le cadre d'un cycle entamé il y a trois ans par la Fondation, qui reçoit ainsi une fois par an chez elle acteurs et experts de la santé mondiale sur le site d'En Doyse à Lavaur (Tarn, France).

Les précédentes conférences avaient pour thèmes :

[« Le médicament en Afrique et en Asie : qualité, falsification, enjeux » - octobre 2016](#)

[« Le rôle des collectivités territoriales dans l'aide à la santé des pays du Sud » - octobre 2015](#)

[« Santé publique dans les pays du Sud : le rôle de la France » - octobre 2014](#)

La conférence avait pour objectif de faire le point sur les connaissances et différents enjeux liés à la couverture sanitaire universelle dans le contexte africain, qu'il s'agisse de la qualité de l'offre de soins, de la problématique du financement, ou encore du développement des mutuelles de santé.

Elle a réuni des experts du Sénégal, Mali, Gabon, Ghana, Ethiopie, Rwanda, dirigeants de caisse de santé, représentant d'institutions (OMS, AFD) ainsi que des chercheurs et anthropologues français et canadiens. Une centaine de personnes étaient présentes au siège de la Fondation, à Lavaur, pour assister et participer aux débats. Cette journée a été animée par Elé Asu, journaliste, présentatrice de "Réussite", le magazine de l'économie africaine (Canal +, Canal + Afrique).

OUVERTURE

Jacques Godfrain, Administrateur de la Fondation, ancien Ministre de la Coopération



« La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) est aujourd'hui dans tous les discours, et c'est tant mieux. Nous savons depuis longtemps que la barrière financière est un des obstacles majeurs à l'accès aux soins des populations des pays du Sud. Certes l'isolement géographique des populations en zone rurale, le manque de structures sanitaires, d'équipement, de médicaments et de personnel formé constituent autant d'obstacle aux services de santé.

Mais dans des pays où la majorité de la population vit avec moins de 2 dollars par jour, le coût des soins, qui est pris en charge quasi intégralement par les individus constitue l'obstacle souvent insurmontable ; qui fait que le faux médicament sera acheté dans la rue parce qu'il n'est pas cher, que le tradipraticien sera le premier recours plutôt que le médecin local, et qu'un accident ou une maladie chronique peut plonger une famille dans une misère encore plus grande.

Lutter contre les discriminations de l'accès à la santé nécessite donc de considérer à la fois l'offre de soin, qui a un coût, et les moyens de la rendre accessible au plus grand nombre, sans oublier les plus fragiles. S'attaquer à cette équation difficile fait partie de la

responsabilité des Etats, mais relève aussi de la solidarité, solidarité à l'échelle des communautés, du pays et à l'international.

Les acteurs de santé publique, publics et privés, ne peuvent ignorer cette question, même lorsqu'il n'est pas de leur ressort ou de leur pouvoir d'y répondre.

La Fondation Pierre Fabre, en cohérence avec son engagement en faveur de l'accès à la santé pour les populations du Sud, a donc jugé nécessaire de créer un cadre de réflexion et de partage de connaissances autour de cet enjeu, aujourd'hui érigé en priorité de l'agenda de la santé mondiale.

Comme vous pourrez le constater tout au long de cette journée, les trajectoires de progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle diffèrent en fonction des contextes locaux, les visions politiques mises en œuvre ou encore les moyens humains et financiers investis. Mais beaucoup de questions sont communes et les expériences des uns peuvent aider et inspirer les autres.

Nous avons la chance, aujourd'hui, d'avoir pu faire venir des intervenants de très haut niveau, spécialistes des enjeux de santé publique en Afrique, avec des connaissances spécifiques de pays comme le Sénégal, le Mali, le Gabon, le Ghana, l'Ethiopie, et le Rwanda. Ils pourront ainsi nous éclairer sur les dynamiques associées à la mise en œuvre d'une politique inclusive d'accès à la santé.

Bonne conférence, bonnes discussions ! »

ALLOCUTION INAUGURALE

Gustavo Gonzalez-Canali, ancien représentant de la France au sein du groupe d'experts de l'initiative Diplomatie et Santé et conseiller principal à la division de la coordination de l'ONU Femmes à New York

Revue des problématiques de sante publique en Afrique et engagements politiques internationaux en faveur de la CSU



L'agenda pour le développement est désormais universel et s'applique à l'ensemble des pays de la planète. Sur les huit objectifs du millénaire qui avaient été adoptés pour la période 2000-2015 et qui s'appliquaient alors aux seuls pays en développement, trois concernaient la santé (réduire la mortalité des enfants, améliorer la santé maternelle, combattre le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et autres maladies). Cette fois, un seul des 17 objectifs (objectif 3), concerne explicitement la santé.

La médiatisation des questions climatiques et de la détérioration de l'environnement, en même temps que la tenue à Paris en 2015 de la Conférence mondiale sur le climat peuvent expliquer que trois des 17 objectifs du développement durable soient spécifiquement liés aux questions climatiques et environnementales (objectifs 13, 14 et 15), en faveur desquelles un nombre considérable de ressources humaines, techniques et financières, va être mobilisé dans les années et décennies qui viennent.

Rappelons également que les questions historiques de santé, comme la santé maternelle et infantile, la nutrition, les maladies transmissibles (le paludisme, la tuberculose, mais aussi les bilharzioses ou les helminthiases et le VIH/sida, qui ont contribué à la chute de l'espérance de vie à la naissance dans les pays concernés), **sont loin d'être résolues, notamment en Afrique**. Celle-ci conserve son retard et a du mal à le rattraper, contrairement à ce que nous observerons en Asie. **Le continent africain souffre par ailleurs d'une insuffisance de moyens humains et financiers, aggravée par une faible performance des systèmes de santé et une forte croissance démographique**, qui sont autant de causes de la propagation récente de l'épidémie à virus Ebola laissant la région ou le continent au risque d'émergence de nouvelles infections. En outre, certains pays de ce continent sont touchés par des conflits armés, qui aggravent encore la situation sanitaire du fait de la **désorganisation du système de santé, des déplacements de populations, mais aussi des violences** (tortures, assassinats) que subissent le personnel de santé et la population en général (violences sexuelles, assassinats, etc.). Tous ces problèmes majeurs de santé publique perdurent en sus des questions environnementales et climatiques et

appellent des **réponses stratégiques, techniques et financières spécifiques**. Or le risque sanitaire pour les pays et pour le monde réside bien dans la faiblesse des systèmes de santé nationaux à détecter et à réagir de manière rapide et efficace à la réémergence d'épidémies connues et, plus encore, à l'émergence de nouvelles pandémies. La lente et relative maîtrise de l'épidémie d'Ebola ne doit pas faire perdre de vue sa précarité : les pays et la communauté internationale ont paré au plus pressé : protéger les occidentaux de la contamination. Sur place, des mesures politiques, institutionnelles de long terme, ou même de moyen terme, que celles-ci relèvent de la responsabilité politique des autorités nationales ou de celle des autorités internationales, n'ont pas été prises à la mesure des enjeux. Les financements internationaux s'avèrent très insuffisants à bâtir des systèmes de santé solides et fiables.

En effet, si la communauté internationale s'est mobilisée depuis une quinzaine d'années à travers la création d'initiatives financières multilatérales comme le Fonds mondial (de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation (GAVI), ou les financements innovants dédiés au développement, pendant que les américains de leur côté dédiaient des fonds publics (PEPFAR) ou privés (des Fondations Clinton ou Bill and Melinda Gates, Fondation Carter, Fondation Mérieux) à la lutte contre le sida et à la prévention de quelques pathologies infectieuses, il faut comprendre que ces initiatives n'ont soutenu que dans une moindre mesure le **renforcement des systèmes de santé nationaux dans leur ensemble**. Ainsi, des pans entiers de la santé ne sont pas couverts par ces contributions, tandis que de nouveaux fléaux, liés à la modernisation et à l'urbanisation, comme les maladies chroniques, non transmissibles (cancers, diabète, maladies respiratoires,), ainsi que les accidents de la voie publique, constituent un triple fardeau, pour des Etats déjà démunis du point de vue institutionnel et financier.

Par ailleurs, bien que des systèmes d'information sanitaire aient vu le jour depuis plus de deux décennies, l'analyse des données, à partir desquelles les choix stratégiques et les décisions sont prises, manque encore de précision et de méthodologie. Il faut le corriger en urgence. Rendre les dispositifs d'analyse et de prospective des pays capables et efficaces est un impératif. Il est indispensable d'intégrer l'impact de la croissance démographique africaine, dont l'ampleur est sans commune mesure, ainsi que celui des phénomènes migratoires sur la demande sociale et alimentaire. Seulement ainsi on sera en mesure d'offrir des services d'éducation, de santé et de protection sociale à un très grand nombre de personnes.

Enjeux de la promotion de la santé en Afrique

Il est important que les systèmes de santé de la région apprennent à composer avec la stratégie de « la santé dans toutes les politiques », un des cinq piliers de **la promotion de la santé**. Ceci leur permettra de tirer largement profit des nombreuses ressources déjà existantes et investies dans les autres secteurs tels que l'éducation, l'urbanisme, l'agriculture, l'eau et l'assainissement, les travaux publics et transports, l'emploi, etc.

Au lieu de cela, les systèmes de santé de la région, dans un contexte de ressources limitées, demandent 15% du budget national consacrés à la santé (Déclaration d'Abuja). Cependant, une intégration qui découle d'une vision biopsychosociale de la santé donnera la possibilité au secteur de la santé **de tirer de plus grands profits de l'action sur les déterminants sociaux de la santé dans les autres secteurs non-sanitaires**, lui permettant d'obtenir davantage de résultats avec les ressources actuellement à sa disposition. Ne serait-ce pas dans les autres secteurs que le financement devrait être renforcé ? Les ressources alors disponibles dans le secteur de la santé devront être consacrées essentiellement aux maladies qui échapperaient aux conditions nécessaires à la santé déjà en place dans les autres secteurs non-sanitaires. Les ressources investies dans les autres secteurs sont mises à profit pour produire la santé et prévenir la maladie. Ces investissements dans les secteurs non-sanitaires peuvent contribuer à la réduction des dépenses pour la gestion de la maladie qui motivent actuellement cette demande de 15% du budget national à consacrer à la santé. **La région africaine en proie à des difficultés de trésorerie a tout à gagner en intégrant la Promotion de la Santé dans l'ensemble de l'appareil gouvernemental et dans la société afin d'investir de façon efficiente pour la santé.** La tâche ne sera pas aisée dans un contexte comme celui de la région africaine francophone où de multiples défis sont déjà à relever. Cependant, c'est une condition de l'amélioration de la santé et du bien-être des populations.

Les efforts sont multiples au niveau des systèmes de santé pour pallier ces insuffisances et dynamiser leur performance par la planification stratégique, la coordination et l'évaluation de l'action. La réflexion scientifique sur des enjeux de santé revêt un caractère essentiel. Cependant, il faut souligner l'absence remarquable des professionnels et des experts en PS dans les grands événements de réflexion au niveau international, qui pourraient restituer des enseignements et des pratiques novatrices dans leur pays, et ainsi en faire bénéficier des réseaux professionnels. Ce transfert de connaissances constituerait une valeur ajoutée pour les pays.

La protection sociale, c'est bon pour le développement et l'économie

Le rapport Bachelet, souligne deux constats :

- a- La protection sociale devient encore plus nécessaire parce qu'il y a difficultés économiques, et parce qu'elle peut contribuer à prévenir la répétition des crises et ses tragédies humaines. L'objectif global est de promouvoir « un ensemble de droits et de transferts sociaux de base, de services essentiels en matière d'emploi, de santé, d'eau et d'assainissement, de nutrition, d'éducation et de soutien aux familles, destinés à protéger, à responsabiliser et à aider les plus défavorisés à sortir de la pauvreté, notamment par le travail [...]».
- b- Ces politiques sociales doivent se combiner dans une approche cohérente tout au long de la vie, et s'adresser tout particulièrement aux catégories les plus vulnérables de la société ». L'ensemble de la démarche repose sur l'idée que chacun doit bénéficier d'une sécurité de revenu de base suffisante pour vivre, garantie par des transferts en espèces ou en nature, et doit avoir accès aux services sociaux essentiels.

La couverture universelle en matière de santé a pour finalité que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières.

Pour qu'une communauté ou un pays parvienne à la couverture universelle en matière de santé, plusieurs facteurs indispensables doivent être réunis :

Un **système de santé solide, efficace et bien géré** qui réponde **aux besoins de santé prioritaires** au moyen de **soins intégrés centrés sur les personnes** (y compris des services spécialisés dans le VIH, la tuberculose, le paludisme, les maladies non transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant) :

- en informant les gens et en les encourageant à rester en bonne santé et à prévenir les maladies;
- en dépistant tôt les problèmes de santé;
- en disposant des moyens de traiter les maladies;
- en aidant à ceux qui ont besoin d'accéder à une réadaptation.

Des soins à **un coût abordable** – dotés d'un système de financement des services de santé qui évite aux usagers de faire face aux difficultés financières lorsqu'ils y font appel, tout en protégeant contre le risque de dépenses s'ils doivent payer les services de leur poche (out of the pocket) acculant les gens à la pauvreté, ce que *in fine* les éloignerait des soins.

L'accès aux médicaments et aux technologies essentiels pour diagnostiquer et traiter les problèmes médicaux.

Des effectifs suffisants **de personnels de santé bien formés et motivés** pour dispenser les services et répondre aux besoins des patients en se fondant sur les meilleures données factuelles disponibles.

Le rôle capital joué par les autres secteurs, qu'il s'agisse des transports, de l'éducation ou de l'aménagement urbain, incluant les services de proximité.

La couverture universelle en matière de santé a un impact direct sur la santé de la population, y accéder permet aux populations d'être plus productives et de contribuer plus activement à la vie familiale et communautaire. Elle facilite la scolarisation et l'éducation des enfants qui en conséquence deviennent eux aussi agents de prévention.

La CSU est donc une composante essentielle du **développement durable et de la lutte contre la pauvreté**, et un élément clé de tout effort de **réduction des inégalités sociales**. Elle témoigne de l'engagement des pouvoirs publics à améliorer le bien-être des tous les citoyens.

La couverture universelle prend ses racines dans la Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, qui fait de la santé l'un des droits fondamentaux de tout être humain, et dans la Stratégie mondiale de la santé pour tous, lancée en 1979.

L'AGNU à l'issue de l'évaluation des OMD constate que malgré des progrès considérables, notamment en Afrique, il fallait redoubler les efforts pour un développement durable, et donner les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges. Des progrès sensibles ont été accomplis dans l'accroissement de l'espérance de vie et la réduction de certaines causes majeures de la mortalité infantile et maternelle. Des progrès notables ont été accomplis dans l'amélioration de l'accès à l'eau salubre et à l'assainissement, la réduction du paludisme, de la tuberculose, de la poliomyélite de la propagation du VIH/sida. Toutefois, il faut faire beaucoup plus pour éradiquer un large éventail de maladies et s'occuper de nombreuses questions de santé fort différentes, persistantes ou nouvelles.

Le Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus**, a souligné la nécessité pour les États membres de fournir des soins de santé à tous et de mettre en œuvre des règlements sanitaires internationaux. « Tous les chemins devraient mener à une couverture de santé universelle. Ce que le monde a promis en 1948 – la santé pour tous – lorsque l'OMS a été établie est vraie aujourd'hui, mais la moitié de notre population n'a toujours pas accès aux soins de santé, à la couverture universelle de santé. Je pense qu'il est temps que nous passions de la parole aux actes et le monde entier ne demande que ça ... **la santé comme une question de droits, une fin en soi** », a-t-il ajouté, et selon lui ce leitmotiv devrait être au centre des préoccupations de l'OMS

La couverture universelle repose sur la Constitution de l'OMS de 1948, qui proclame que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, et sur la notion de santé pour tous définie dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978. L'équité est un principe cardinal. Cela signifie que les pays doivent suivre les progrès non seulement au sein de la population nationale en général mais aussi au sein de différentes catégories (c'est-à-

dire par niveau de revenu, sexe, âge, lieu de résidence, situation migratoire et origine ethnique).

La CSU combine deux éléments clés, le premier ayant trait à l'utilisation par la population des services de santé dont elle a besoin et le deuxième aux conséquences économiques de cette utilisation.

Le premier objectif est que chacun ait **accès à un large éventail de services de santé** (panier de soins) parmi lesquels **la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs**.

Ces services doivent être de bonne qualité. Il n'y a aucun intérêt à avoir accès à un scanner qui serait mal calibré ou manipulé par un agent de santé non qualifié. L'accent étant mis sur le fait que **chacun obtient le traitement dont il a besoin**, une importante dimension de cet objectif est l'équité.

Le second objectif est de veiller à la protection contre le risque financier associé à l'obtention des soins. L'obligation de payer pour les soins au point d'utilisation (que ce soit du fait de politiques explicites de paiement par l'utilisateur ou par le biais de paiements informels) dissuade les populations d'utiliser les services et peut entraîner des difficultés financières pour ceux qui obtiennent des soins. Parmi les moyens de résoudre ce problème on évoquera ceux financés par exemple par la fiscalité, les autres taxes imposées par l'État ou les primes d'assurance-maladie- qui sont ensuite mis en commun pour répartir les risques. Les contributions doivent correspondre à **la capacité de payer de chaque individu**. En conséquence, des subventions seront toujours nécessaires pour les populations défavorisées et vulnérables.

La réalité des ressources limitées pour la santé a entraîné un examen plus approfondi de la façon dont les soins de santé sont financés. Pour atteindre la CSU, les gouvernements cherchent à appliquer des **mécanismes de dépenses améliorés et plus appropriés pour la santé et la promotion de la sécurité financière des ménages**. Il est cependant important de signaler qu'il n'existe **pas de modèle unique ou parfait pour le financement de la santé**, la communauté des décideurs en matière de santé peut utiliser les diverses expériences acquises dans le monde entier pour identifier les meilleures pratiques.

Dans la continuité des conclusions du G20 de Cannes (novembre 2011), l'Assemblée générale des Nations unies a adopté le 12 décembre 2012 à l'initiative de la France et avec le soutien du groupe Diplomatie et Santé composé par les ministres des Affaires étrangères de l'Afrique du Sud, Brésil, France, Indonésie, Sénégal, Thaïlande et la Norvège une **résolution en faveur de la CSU**. Une petite révolution soutenue aussi par les ONG et des militants de la société civile, comme une nouvelle étape franchie vers le droit à la santé pour tous. Coparrainée par plus de 90 pays, cette résolution marque désormais l'engagement de la communauté internationale pour étendre les systèmes de protection sociale en santé, « la France contribuant (ainsi) au renforcement de la dimension sociale de la mondialisation ».

Le journal médical britannique *The Lancet*, dans son éditorial du 8 septembre 2012, souligne que « la question n'est plus de savoir si les pays s'engageront ou pas en faveur de la CSU mais comment ils assureront cette transition », en notant avec pragmatisme que « la couverture de santé universelle est une opportunité, sans être pour autant une garantie définitive de progrès ».

1^{ère} TABLE RONDE

DE LA NECESSITE DE RENFORCER LA QUALITE ET LA DISPONIBILITE DE L'OFFRE DE SOINS

Intervenants

Christophe Paquet, Responsable division santé et protection sociale, AFD

Joy Atwine, Responsable qualité, experte en systèmes de santé à Management Sciences for Health(MSH), Rwanda

Yannick Jaffré, Anthropologue, Directeur de Recherche CNRS (UMI 3189) et GID (Institut de France)



La première table ronde de la journée a été l'occasion de discuter de l'importance d'assurer une offre de soins de qualité aux populations. Dans ce cadre, les intervenants sont d'abord revenus sur la définition même de la « qualité ». Il a été souligné la complexité du concept, l'intérêt de définir des critères de qualité, et d'appliquer des standards et normes d'accréditation. Ainsi, l'Agence Française de

Développement (AFD) et Management Sciences for Health (MSH), deux organismes représentés dans cette table ronde, sont impliqués dans des actions d'amélioration de standards de qualité dans des structures de santé de pays en développement.

En guise d'exemple, Christophe Paquet a mentionné le financement octroyé par l'AFD, en partenariat avec d'autres acteurs, pour la mise en œuvre d'un *medical credit fund*, fonds permettant à des structures de santé privées tanzaniennes d'accéder au crédit et de pouvoir créer des conditions optimales pour la conservation des médicaments, d'équiper leurs locaux, de bénéficier de formation pour le personnel médical mais aussi d'accompagnement dans la gestion de ces structures. Ces structures obtiennent aussi, in fine, une accréditation. En amont, M. Paquet avait cependant rappelé que la santé ne représente que 3% de l'activité de l'AFD, un investissement encore limité, au regard des enjeux auxquels est confronté ce secteur.

Joy Atwine, en sa qualité de spécialiste du management de la qualité chez MSH a parlé du besoin de développer des normes d'accréditation mais également de développer des compétences locales à ce niveau afin de réduire le recours à des organismes d'accréditation extérieurs dont les services sont souvent onéreux, et par conséquent peu durables pour les structures sanitaires.

Les deux intervenants ont évoqué différents indicateurs pouvant témoigner de la qualité dans des établissements de santé. Par exemple, Christophe Paquet considère la *fréquentation* comme un des meilleurs indicateurs de la qualité dans des structures de soins, même si la manière dont se traduit le manque de qualité peut être différent d'un contexte à l'autre. Joy Atwine a mis l'accent sur l'avantage de commencer par le respect des « standards de base » tels que l'hygiène des mains, ou encore l'accès à l'eau et à l'électricité. Elle a aussi rappelé, à l'instar de M. Paquet, que l'*accès aux services* et la *fréquentation* constituent deux indicateurs clefs pouvant permettre de mesurer la qualité. Mais au-delà de l'accès aux services, l'enjeu de la « sécurité » des structures de soins est également fondamental, selon Mme Atwine.

Dans une perspective plus anthropologique, Yannick Jaffré est revenu sur les recherches qu'il effectue en pédiatrie pour mieux comprendre la perception de la qualité des soins du côté des patients. De son intervention, il est ressorti qu'il est important d'analyser « comment les justes décisions des programmes viennent s'incruster dans la réalité des pratiques », et donc de toujours rester très vigilant quant à la réalité du terrain, ceci au-delà des priorités définies par différents acteurs. En outre, il a insisté sur le besoin de revenir à une « certaine forme de simplicité »

dans la prise en compte des enjeux de santé publique en Afrique, une simplicité qui contraste, selon lui, avec le discours des grandes institutions internationales.

Selon lui, un des problèmes qui se pose aujourd'hui, en tout cas pour l'Afrique de l'Ouest, est que l'Hôpital ne fonctionne pas comme un « système expert », permettant à chaque malade une équivalence de pratique de soins. Aller à l'hôpital, c'est ainsi prendre le risque de ne pas savoir comment et par qui nous allons être reçu, selon son statut social ou le réseau personnel que l'on a pu se constituer. Pour faire face au risque que représente le faire d'être un inconnu dans un système de santé, les individus mettent en place des stratégies personnelles pour accéder aux soins. « C'est une question essentielle sur laquelle il faut travailler : comment construire une équivalence de pratique de soins avec des gens qui ne sont pas perçus comme ayant des équivalences d'existence ? ».

INTERVENTION DE JEAN-MARTIN COHEN-SOLAL

Délégué Général de la Mutualité Française, Administrateur de la Fondation



Je parle ce matin en tant qu'Administrateur de la Fondation Pierre Fabre mais aussi en tant que Délégué de la Mutualité Française, qui est une fédération qui réunit la quasi-totalité des mutuelles en France

Permettez-moi un petit rappel : le mutualisme remonte au XIX siècle en France quand les personnes ont choisi de se rassembler pour faire face ensemble aux aléas de la vie. Les mutuelles se sont alors créées, qu'elles soient locales, professionnelles, ...Au début du XXe siècle elles ont assurées la protection sociale notamment dans le domaine de la santé. A la fin de la guerre 39/45, après la création de la Sécurité Sociale, les mutuelles sont devenues « complémentaires » à la sécurité sociale. Aujourd'hui, 35 millions de français font confiance à des mutuelles qui remboursent près de 10% des dépenses de santé et leur part croît régulièrement. Mais les mutuelles ne font pas que cela, elles ont créé sur tout le territoire des cliniques, des centres de santé et dentaires, des établissements pour personnes âgées, des centres optiques. Il y en a aujourd'hui près de 2700. Il faut différencier les mutuelles qui relèvent du Code de la mutualité et qui représentent 53% des parts de marché de la complémentaire santé, les assureurs commerciaux, (28% de parts de marché) relevant du Code des assurances et les Institutions de prévoyance (19%) relevant du Code de la Sécurité Sociale.

Les **principes du mutualisme** sont la solidarité, la démocratie, l'indépendance et la liberté. La mise en œuvre de ces valeurs par les mutuelles permet d'améliorer la **santé globale** de la population, l'accessibilité de **l'offre de soins** (quand les mutuelles gèrent des établissements notamment). Mais c'est aussi un **apprentissage de la démocratie** (toutes les décisions sont prises en Assemblée Générale, vote, élections, etc.). Les mutuelles sont un **outil de développement de la protection sociale**. Comme l'ONU l'a démontré, pour qu'un pays se développe, il doit investir dans l'éducation et la santé.

Je vais évoquer **l'action des mutuelles françaises pour soutenir le développement du mouvement mutualiste à travers le monde, et notamment en Afrique**. Les mutuelles françaises participent à cette coopération car il y a des **liens forts** entre les mutuelles françaises et africaines et que ce soutien au développement répond aux **valeurs d'entraide et de partage du mutualisme**.

Ainsi, si on prend les assurances privées à but lucratif, elles ne cherchent à couvrir que les plus aisés, soit 5% de la population, sans prendre en compte le secteur informel. A l'opposé, les **mutuelles se doivent d'aller vers toutes les populations**. Elles sont des **organisations de proximité**. Si les gouvernements, en mettant en place des couvertures maladie universelles, instituent des droits formels, les mutuelles, grâce à leur maillage géographique, fournissent des droits réels.

Mais il y a aussi une raison plus triviale mais tout aussi importante : dans une période d'accélération de la mondialisation, **le modèle mutualiste doit être présent partout dans le monde ou il risque de disparaître**. Il est important de démontrer l'efficacité des mutuelles. Pour que le modèle mutualiste soit pérenne en Europe, il

doit réussir en Afrique. Les mutuelles françaises ont compris cet **enjeu de survie** et c'est pour cela qu'elles soutiennent la structuration des mutuelles à travers le monde et tout particulièrement en Afrique.

Cela va passer par l'action de quelques mutuelles mais aussi de la Mutualité Française elle-même via **quelques associations ou projets concrets**.

Puis passer un peu plus de temps sur un programme qui me tient à cœur et qui est particulièrement intéressant pour la thématique : le **programme d'appui aux Stratégies mutualistes de santé**.

Certaines mutuelles ont intégré cet axe de coopération internationale depuis plusieurs années. Je prendrais deux exemples :

L'association **Essentiel** existe depuis **1992** et est soutenue par de nombreuses organisations mais surtout par **Harmonie Mutuelles**. Basée à Nantes, elle développe des programmes qui favorisent l'accès à la santé des populations ; dans un premier temps en **Guinée** (1992-2013) puis dans d'autres pays : **Burundi, Bénin, Sénégal**. En 20 ans, la petite association a grandi et s'est **professionnalisée**. Elle a pris conscience qu'il ne pouvait pas y avoir que du transfert de compétences. Il fallait aller au-delà. Ils sont donc passés maintenant à une phase de structuration du mouvement mutualiste.

Le **Réseau Education et Solidarité** est une association internationale sans but lucratif, fondée en **2009**. Le Réseau rassemble aujourd'hui à travers le monde plus de 30 organisations de la société civile et de l'économie sociale : syndicats, mutuelles, associations, coopératives, institutions internationales.... Parmi les objectifs de cette association, on compte : « **Favoriser l'accès aux soins de santé à travers l'extension de la protection sociale et le développement du mouvement mutualiste** » ou encore « Mobiliser les jeunes générations autour des enjeux de solidarité ». Le Réseau travaille aussi bien en **Afrique qu'en Amérique latine**, mais à chaque fois en combinant les aspects jeunesse, éducation, santé et mutualisme.

La **Mutualité Française**, dans sa fonction de représentation politique et d'influence, agit à l'échelle internationale sur la diffusion du modèle mutualiste à travers le monde. Je vois encore une fois deux illustrations à mes propos :

Elle assure la **Vice-Présidence de l'Association Internationale de la Mutualité**. Cette association est composée de fédérations de mutuelles de santé et d'organismes d'assurance maladie comptant **64 membres dans 31 pays** répartis à travers l'Europe, l'Amérique latine, l'Afrique et le Moyen-Orient. Parmi ses missions,

il y a la **coopération** et l'échange de bonnes pratiques entre les membres. Notamment entre les membres européens et africains.

En **mars 2016**, l'AIM a co-organisé à **Abidjan** en Côte d'Ivoire, une **conférence internationale sur « Les perspectives du mouvement mutualiste africain dans le cadre des couvertures santé universelles »**. Sur 3 jours, cette rencontre aura été un cadre d'échanges entre acteurs mutualistes de tous horizons avec la présence de près de **350 participants issus de 16 pays africains et européens**. Structuration nationale du mouvement mutualiste, développement et adaptation des mutuelles à la mise en œuvre des couvertures santé universelles, développement de l'offre de soins, outils de gestion...autant de thèmes développés en ateliers et lors de plénières.

La Mutualité Française assure également la **Présidence de la Commission technique de la Mutualité au sein de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale**. Cette position lui permet de diffuser le concept de mutualisme dans les instances internationales en s'appuyant sur l'expertise des membres uruguayens, argentins, ou encore marocains de cette Commission technique.

C'est par exemple grâce à l'AISS que **le rapport « Les mutuelles, un outil pour le développement de la protection sociale dans le monde, en particulier dans le secteur de la santé »** a été publié.

Je souhaiterais maintenant parler du **Programme d'Appui aux Stratégies mutualistes de Santé**, qui existe depuis **début 2015**.

Le PASS est une **assistance à maîtrise d'ouvrage** qui accompagne et appuie les initiatives des décideurs de la **zone de l'Union économique et monétaire ouest-africaine** (UEMOA) : le Bénin, le Burkina-Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée-Bissau, le Mali, le Niger, le Sénégal et le Togo. Par décideurs on entend: responsables des mutuelles, responsables de la protection sociale, pouvoirs publics, instances sous-régionales. Il n'est pas question ici de financer le développement des mutuelles. Il s'agit d'un **appui technique** qui *a contrario* des consultants, est **gratuit**.

UEMOA: il s'agit d'une zone qui recense des éléments positifs : **francophone**, utilisant la **même monnaie** et ayant adopté un **règlement communautaire sur la mutualité sociale**. Il y a donc une base juridique commune. Le PASS est basé en **Côte d'Ivoire**, pays pivot de la région avec 40% du PIB de la zone UEMOA.

Le PASS est basé dans les locaux de la mutuelle des fonctionnaires de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI). Les **financeurs du PASS** sont : Mutualité Française, MGEN, Matmut, Casden, Harmonie Mutuelle, MGEFI, MNT, Ofi Asset Management et Egamo.

Les différentes activités du PASS sont l'appui à **l'élaboration de stratégies mutualistes** dans le cadre de la mise en place de Couverture Maladie Universelle dans 5 des 8 pays de la zone UEMOA ; la **structuration de ce mouvement aux niveaux national et régional** ; la **communication** (formation, réseaux sociaux, etc.) et le soutien à la création et au développement de structures gestionnaires de centres de santé (**investissements**).

Les acteurs français (FNMF, MGEN, MGEFI, etc.) collaborent avec le PASS dans **l'accueil et la formation de délégations africaines** et/ou des déplacements visant à marquer leur engagement. Le PASS a travaillé étroitement avec des ONG comme le Réseau Education & Solidarité, et Essentiel.

Prenons un exemple de travail du PASS : l'une des principales difficultés rencontrées en Afrique de l'Ouest est la méconnaissance du système de protection sociale. Le PASS tente de remédier à cette situation en assurant des formations en faveur des parlementaires, des journalistes et dans un second temps, des enseignants. Le PASS communique sur son action et les systèmes de protection sociale via la diffusion d'une newsletter, la venue de personnalités mutualistes françaises, etc.

Le PASS a également appuyé la **structuration d'une faitière mutualiste en Côte d'Ivoire** (Union Nationale de la Mutualité de Côte d'Ivoire), la **fusion de plusieurs mutuelles du privé**, des formations, etc. Le PASS poursuit également ses activités de défense du modèle mutualiste auprès des gouvernements de la zone (Burkina-Faso, Togo, Côte d'Ivoire).

Le PASS a été identifié comme un **partenaire fiable et actif en Afrique de l'Ouest**. Il est régulièrement sollicité par des acteurs locaux et nationaux, en Afrique et en France (ONG, ministères, administrations, etc.). Il participe au comité consultatif de la mutualité sociale de l'UEMOA qui regroupe des mutualistes et des administrations nationales. Cette instance permet au PASS de recueillir des informations et de rencontrer des décideurs africains. Grâce à sa notoriété, le PASS peut maintenant faire un choix parmi les organisations le sollicitant. Il ne sélectionne que les organisations véritablement actives et sans motivation pécuniaire.

En conclusion, les mutuelles, via des actions individuelles ou concertées au sein de la Mutualité Française **travaillent au développement des mutuelles en Afrique**. Le programme le plus structurant, le PASS, ne cherche pas à imposer une vision franco-française du mutualisme.

Au contraire, **il n'impose rien**. Ce sont les acteurs locaux, les mutuelles, les administrations, les associations, qui sollicitent le PASS pour son expertise. Mais ce sont ces structures locales qui demeurent les derniers décisionnaires. Le PASS ne fait

que suggérer, conseiller, sans arbitrer. Car ce sont **les mutuelles locales qui doivent rester maîtres de leur destin.**

2^{ème} TABLE RONDE

LA PROBLÉMATIQUE DU FINANCEMENT



Intervenants

Diane Muhongerwa, *Economiste de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé (OMS).*

Guy Patrick Obiang, *Directeur Général adjoint de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) du Gabon*

Valéry Ridde, *professeur agrégé à l'École de santé publique de l'université de Montréal ; titulaire d'une chaire de recherche en santé publique appliquée des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC)*

Chris Atim, *Expert en financement de la santé, Directeur de Programmes à Results for Development (R4D) et Directeur Exécutif de l'Association Africaine d'Economie et Politique de la Santé*

Cette table ronde a abordé la question du financement. Les quatre intervenants sont tous spécialistes des questions de santé publique, en particulier du financement et disposent d'expériences pays considérables. Les participants à la conférence ont

donc pu comprendre certains enjeux du financement de la santé, notamment dans les contextes du Ghana, du Gabon, du Rwanda ou encore du Burkina Faso.

S'agissant du Gabon, Guy Patrick Obiang, Directeur Général Adjoint de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) a pointé du doigt les origines de cette caisse d'assurance maladie créée en 2007 et dont le financement provient des cotisations des travailleurs du secteur privé et des fonctionnaires, mais également de la taxation, avec notamment une taxe de 10% prélevée sur le chiffre d'affaires des compagnies de téléphonie mobile et qui constitue donc une redevance obligatoire à l'assurance maladie. Les recettes issues de ces taxes permettent notamment d'alimenter le fonds des « Gabonais Economiquement Faibles » (GEF) qui couvre les populations les plus défavorisés. Cependant, il s'avère que du fait de la crise économique dont est victime le pays, les recettes issues de cette taxe ont baissé, alors que les dépenses en santé continuent à augmenter. Par ailleurs, M. Obiang a expliqué les difficultés rencontrées par son pays dans la définition de la catégorie « Gabonais économiquement faibles ». Effectivement, beaucoup de Gabonais du secteur informel sont couverts par le canal de ce fonds, alors que certains ont les moyens de contribuer. Une réflexion est donc en cours au Gabon pour la création d'un nouveau fonds pour « travailleurs indépendants », ceci dans le but d'augmenter les ressources à disposition du CNAMGS pour le financement de l'assurance maladie.

Traitant du cas Ghanéen, Chris Atim a expliqué que le pays a beaucoup progressé, depuis le début des années 2000, dans la couverture des populations contre le risque maladie. Le régime national d'assurance maladie (NHIS) utilise également le prélèvement d'une TVA de 2,5%, en plus des contributions obligatoires des fonctionnaires et agents du secteur privé pour financer l'assurance maladie

Quant à Valéry Ridde, professeur agrégé en santé publique à l'université de Montréal, il a défendu l'idée selon laquelle il faut éviter que « les pauvres ne payent pour les plus pauvres » et qu'il est nécessaire d'appliquer l'exemption du paiement au point de service (dit la gratuité) pour les populations défavorisées. Il a aussi montré l'exemple d'un programme d'exemption du paiement au point de service pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, dans le contexte du Burkina Faso. Ce programme organisé par une ONG allemande et financé par l'union Européenne (ECHO) a permis d'accroître les taux de fréquentation des structures de santé dans une partie du Burkina de manière impressionnante. Valéry Ridde a également expliqué qu'il faudrait intégrer la réflexion sur la CSU dans une réflexion globale autour des valeurs, des choix de société. En outre, par-delà la question du financement de la CSU, se pose la nécessité de travailler sur un renforcement des systèmes de santé dans leur globalité. Enfin, M. Ridde a également fait mention de

l'utilité du partage d'expériences entre pays, entre acteurs, mais aussi de l'intérêt de rendre les connaissances disponibles et accessibles.

Diane Muhongerwa, représentante de l'OMS à la conférence a profité de la table-ronde pour réitérer l'engagement de son organisation à accompagner les Etats dans leurs stratégies de santé en général, et de soutenir les efforts des gouvernements dans le progrès vers le CSU. S'agissant de la participation des différentes catégories de populations au financement de la CSU, Mme Muhongerwa a rappelé qu'il faudrait « s'assurer que ceux qui sont en mesure de payer payent ».

3^{ème} TABLE RONDE

LES MUTUELLES DE SANTÉ EN AFRIQUE : UN MODÈLE DURABLE DE COUVERTURE CONTRE LE RISQUE MALADIE ?





Intervenants

Issa Sissouma, *DG de l'Union Technique des Mutualités (UTM) du Mali (en visioconférence)*

Atakelti Abreha, *DG de l'Agence Ethiopienne d'Assurance Maladie*

Bruno Boidin, *Economiste, Maître de Conférences, Université Lille 1*

Ndeye Bineta Mbow, *Directrice de l'Unité Départementale d'Assurance Maladie (UDAM) de Foundiougne, Sénégal*

La dernière table ronde de la journée était consacrée aux mutuelles de santé, et à leur contribution à la réalisation des objectifs de CSU en Afrique. Les expériences pays des intervenants ont éclairé les participants sur les dynamiques actuellement en cours des pays comme le Sénégal, le Mali ou encore l'Ethiopie.

Ndeye Bineta Mbow, directrice générale de l'Unité Départementale d'Assurance Maladie (UDAM) de Foundiougne (un des 45 départements du pays) a présenté sa structure qui consiste au regroupement des différentes mutuelles communautaires du département de Foundiougne en une seule mutuelle (d'où le terme « unité »). Par ailleurs, l'UDAM est une mutuelle professionnelle dotée d'instances de gestions.

Le focus fait par Mme Mbow sur la nécessaire professionnalisation des mutuelles de santé s'explique notamment par les critiques souvent érigées à l'égard de celles-ci. En effet, et comme l'ont expliqué Bruno Boidin et Issa Sissouma pendant la table ronde, plusieurs facteurs peuvent expliquer la faiblesse des taux d'adhésion aux mutuelles en Afrique. Parmi celles-ci, il y a le défaut de professionnalisation (insuffisance de ressources humaines, techniques et de gestion), un pooling insuffisant et des risques de sélection adverse, un faible paquet de soins proposé aux adhérents, le manque de confiance des populations envers certains de ces dispositifs, des niveaux d'accès à l'information limités.

Prenant la parole sur l'exemple du mouvement mutualiste au Mali, Issa Sissouma, le directeur général de l'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) a expliqué que l'UTM a créé un produit d'assurance permettant de faire face aux limites territoriales. Cependant, selon M. Sissouma, l'Etat malien devrait allouer davantage de moyens aux mutuelles pour espérer accroître la contribution de celles-ci au progrès vers la CSU. Ainsi des engagements politiques en faveur des mutuelles, à la réalité des capacités d'action de celles-ci, il existe donc un fossé rendant difficile la mise en œuvre de la CSU par le canal des mutuelles.

L'exemple des mutuelles de santé communautaires en Ethiopie (CBHI¹) a également été abordé avec l'intervention d'Atakelti Abreha, directeur général de l'agence éthiopienne d'assurance maladie qui a parlé du développement des mutuelles de santé dans le pays, une expérience relativement récente (datant de 2011) mais qui a fait l'objet d'une mise à l'échelle progressive et une adhésion rapide des populations éthiopiennes au mécanisme. En effet, comme l'a précisé M. Abreha, « plus de 50% des districts Ethiopiens sont membres des mutuelles de santé à base communautaire (CBHI) ». Selon lui, l'une des bases du succès des CBHI est la *confiance* des populations en ce système et la capacité de l'Ethiopie à apprendre d'autres expériences pays dans ce domaine.

¹ Community- based health insurance

SYNTHESES ET CONCLUSIONS

Béatrice Garrette, Directrice générale de la Fondation Pierre Fabre



En clôture de la conférence, Béatrice Garrette, Directrice Générale de la Fondation, a pris la parole afin d'effectuer une synthèse des échanges et points clefs soulevés pendant la journée.

Revenant sur le contenu de la *première table ronde*, elle n'a pas manqué de rappeler l'enjeu de la disponibilité de soins de qualité ainsi que la définition même de la « qualité ». Elle a ainsi noté que « cette définition doit répondre à différents standards qui, afin d'être validés, doivent donner lieu à des accréditations. [Et] pour avoir ces accréditations, il faut des incitations, des incitations parfois financières pour permettre d'augmenter la qualité et donner une norme à ces soins de qualité ». Toujours sur la première table ronde, Béatrice Garrette a également rappelé qu'il faut une disponibilité (en qualité et quantité) du personnel de santé qui, malheureusement, est aujourd'hui en pénurie, mais aussi la formation des agents de santé communautaires. S'agissant de ces derniers, il a été rappelé que le renforcement de leurs capacités (grâce à des formations diplômantes par exemple) leur permettrait de monter en compétence et pouvoir contribuer davantage à l'amélioration de l'offre de soins. Enfin lorsqu'il s'agit d'améliorer et de mesurer la qualité des soins, faudrait-il revenir « à une certaine forme de simplicité », c'est à dire « comprendre la situation réelle sur le terrain, au-delà des discours et normes technocratiques édictées depuis les organisations internationales ».

Concernant la *deuxième table ronde*, Mme Garrette, a principalement rappelé la place que revêt la question du financement, ainsi que la diversité des approches

dans des pays aux ressources financières limités et aux priorités sectorielles diverses. Elle a donc expliqué, à l'instar des différentes discussions ayant précédé, qu'il est possible de travailler davantage à la recherche de sources de financements « intelligents », plutôt « qu'innovants », avec un objectif de durabilité. Par ailleurs, elle a noté l'importance de réduire la fragmentation du financement de la santé et veiller donc à une mise en cohérence des stratégies pour une meilleure efficacité. Toujours sur le financement, Mme Garrette a évoqué les politiques de gratuité, notamment pour mettre en exergue la problématique du « ciblage » des bénéficiaires et de la définition de « l'indigence ».

Sur la *troisième table ronde*, la Directrice de la Fondation a retenu deux mots clefs en particulier : « confiance » et « professionnalisation ». Pour une mise en œuvre réussie d'initiatives mutualistes, ces deux enjeux sont centraux, par-delà la question de la disponibilité des fonds. La CSU doit donc, comme elle a eu à le rappeler, être intégrée socialement par les populations.

En outre, elle n'a pas manqué de souligner l'intérêt de l'évaluation : la réussite d'une expérience à un niveau micro ne se traduit pas forcément par un succès une fois l'initiative mise à l'échelle. Enfin, après avoir salué la présence de chercheurs dans les différentes tables rondes, Mme Garrette a insisté sur la nécessité de la recherche, une recherche de terrain rigoureuse, accessibles et compréhensibles pour les acteurs et les décideurs de la santé publique.