

# LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ! CMU



## DOCUMENT D'INFORMATION

à lire conjointement avec le Document de plaidoyer  
«Pérennisons la CMU»

**C**ICODEV Afrique, l'Institut panafricain pour la Citoyenneté, les Consommateurs et le Développement, est une association internationale à but non lucratif de droit sénégalais, reconnu par arrêté n°00697 / MINT.CL / DAGAT / DEL / AS du 09 02 2007.

L'un des programmes prioritaires de CICODEV Afrique pour la période 2012-2015 est l'accès des consommateurs défavorisés à la santé. Au Sénégal seul 20% de la population est couverte contre le risque maladie<sup>1</sup>.

Le 20 Septembre 2013, le Président Macky Sall, Chef de l'Etat du Sénégal a lancé officiellement la Couverture Maladie Universelle (CMU), matérialisant, ainsi, une de ses promesses de campagne de mettre en place une couverture maladie universelle pour les 80% qui ne peuvent accéder à des soins de santé quand ils tombent malades.

CICODEV Afrique estime qu'une politique qui cherche à faciliter l'accès à la santé et aux soins de santé à 80% de la population d'un pays est une bonne politique publique.

L'organisation s'est alors engagée à veiller à l'ef-

fectivité de la mise en œuvre de la CMU, à travailler à sa pérennisation et a lancé une campagne à cette fin.

CICODEV Afrique a identifié quatre leviers sur lesquels le gouvernement devrait travailler pour assurer la pérennité de la CMU.

Ces quatre leviers décrits plus en détail dans le Document de Plaidoyer- constituent les objectifs de la campagne de CICODEV «Pérennisons la CMU». Il s'agit de :

- **Vulgariser la CMU pour son appropriation par les populations**
- **Elaborer et adopter un cadre juridique favorable à la pérennisation de la CMU**
- **Augmenter les ressources allouées à la santé et la CMU.**
- **Allouer une grande partie des ressources aux maladies féminines**

Ce document d'information, à lire conjointement avec le Document de plaidoyer, participe du premier objectif : celui de vulgariser la CMU auprès du grand public pour son appropriation par les populations.

## PRÉSENTATION BRÈVE DU SÉNÉGAL



**L**e Sénégal couvre une superficie de 196722 km<sup>2</sup>. Il est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. À l'Ouest le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côte. Son réseau hydrographique est composé de 4 quatre grands fleuves (le Sénégal, la Gambie, la Casamance, le Saloum).

Son climat est tropical avec une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. Sa population est estimée en 2013 par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) à 13.508.715 millions d'habitants composés à 54,8% de ruraux<sup>2</sup>.

La densité moyenne est de 58 habitants au km<sup>2</sup>, mais avec de grandes disparités.

<sup>1</sup> Ministère de la santé et de l'action sociale, Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017)

<sup>2</sup> <http://www.ansd.sn/ressources/rapports/Rapport-definitif-RGPHAE2013.pdf> Page 54

# La CMU ! Pourquoi ?

**A**u Sénégal, seul 20% de la population - avec de fortes disparités en milieu urbain (11%) et rural (3 à 4%) selon l'EDSV MICS 2010 11- bénéficie de la couverture risque maladie ; donc est à mesure de faire face financièrement pour se soigner en cas de maladie.

Ces 20% de la population comprennent les catégories de personnes qui bénéficient de l'un des régimes suivants :

- IPM (Institution Prévoyance Maladies) : les fonctionnaires et les travailleurs du secteur privé formel sont couverts à partir de l'imputation budgétaire et le privé au niveau des IPM ;
- les assurances privées ;
- les politiques de gratuité redimensionnées dans les structures publiques pour : la césarienne, la prise en charge des personnes du troisième âge (Plan Sesame) ; la carte Egalité de chances pour les personnes souffrant d'un handicap ; les soins de santé pour les enfants âgés de moins de cinq ans (ajoutés lors du lan-

cement officiel de la CMU au Sénégal par le Chef de l'Etat le 20 septembre 2013).

En dehors de ces formes de couverture, les 80% restant de la population sénégalaise ne sont pas couverts contre le risque maladie et doivent faire face à la simultanéité de la maladie et du paiement pour se soigner.

Cette simultanéité peut créer des situations où des familles peuvent être jetées dans la pauvreté, pour faire face à des coûts de santé catastrophiques.

L'OMS estime à quelque 150 millions le nombre de personnes qui font face chaque année à des coûts de soins de santé catastrophiques ; dont 100 millions d'entre elles tombent ensuite dans la pauvreté.

En dehors des formes de couverture décrites plus haut, des disparités socioéconomiques subsistent qui induisent diverses formes d'exclusion liées à des facteurs financiers et économiques que tente de présenter le tableau ci-dessous :

## FORMES D'EXCLUSION DE L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

- **L'exclusion totale** est une conséquence de la faible capacité économique des citoyens. Elle touche des catégories de la population qui n'ont pas la capacité de payer les soins quand elles sont malades. Elles ne vont pas se soigner à l'hôpital ou utilisent d'autres moyens. Il s'agit d'individus, qui, quel que soit le niveau des frais n'ont pas accès aux soins et services de santé. Cette catégorie d'exclusion est assimilée à l'indigence et constitue une caractéristique très importante des économies des pays africains où les revenus des ménages sont irréguliers ou faibles.
- **L'exclusion saisonnière** frappe principalement les populations agricoles et rurales comme les paysans dont le cycle de revenu est calé sur les périodes de récoltes.
- **L'exclusion temporaire** liée au retard d'aller voir un médecin. C'est le cas d'un salarié qui tombe malade à partir du 15 du mois et se retrouve dans l'obligation d'attendre d'avoir reçu son salaire à la fin du mois pour aller voir le médecin.
- **L'exclusion partielle** : le fait de ne pas savoir de quelle maladie on souffre en quittant l'hôpital car des prescriptions d'analyses sont à faire, qui souvent nécessitent de l'argent.

A ces formes d'exclusion il faut ajouter celles induites par l'**inaccessibilité géographique** due à l'éloignement des structures de santé, le **manque de plateau technique** et de **personnel** ou encore de **médicaments**.

La CMU cherche à protéger les citoyens contre ces différents risques et à faire bénéficier à 75% de la population d'une protection sociale d'ici à 2017, contre seulement 20% aujourd'hui, tel que stipulé dans le Plan stratégique de développement de la CMU 2013-2017.

Ce plan cherche à traduire la vision principale en matière de santé d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion.

Cette politique de santé s'articule autour de l'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique; l'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale, la promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie.



## COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ! COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ! UNE QUESTION DE TERMINOLOGIE ?

**La Couverture Sanitaire Universelle** : un concept universel défini par l'OMS qui travaille à sa réalisation. La couverture sanitaire universelle consiste «à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers».

La CSU est le corollaire de la définition globalisante que l'institution mondiale donne du terme «santé» défini comme un : «état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas uniquement en une absence de maladie».

La CSU impliquera de travailler aussi sur les déterminants de la santé comme l'environnement, les comportements, l'alimentation, etc... et est donc plus large et plus globalisante que la CMU.

**La Couverture Maladie Universelle (CMU)** est une prestation sociale française permettant l'accès aux soins, le remboursement des soins, prestations et médicaments à toute personne résidant en France et qui n'est pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie.

# La CMU : les fondements de la vision

C'est principalement le droit à la santé qui est consacré par des traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme et par des constitutions nationales dans le monde entier.

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 en 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).

Selon l'OMS, le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé sans encourir de difficultés financières.

En dehors des textes de l'OMS, on peut citer entre autres traités et conventions:

## Les traités des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme:

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966).

Dans son article 12, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, de 1966, dispose que les mesures que les États parties prendront en vue d'assurer le plein exercice du droit à la santé devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :

- la diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;
- l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;
- la prophylaxie et le traitement des maladies

- épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;
- la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979); en ses Articles 12-1 & 2 par lesquels les États parties s'engagent :

- A prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille.
- A fournir (nonobstant les dispositions du paragraphe 1 ci-dessus) aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement.

La Convention relative aux droits de l'enfant (1989) en son Article 24-1 où les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Les États s'efforcent aussi de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

## Les engagements de la communauté internationale :

L'importance du droit à la santé est aussi visible dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans lesquels, trois sur les huit OMD sont relatifs à la santé.

Ils sont les suivants :

- Objectif 4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans
- Objectif 5. Améliorer la santé maternelle

**Objectif 6.** Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies telles que le paludisme et la tuberculose.

### Les conventions et accords régionaux :

- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981) en son Article 16-2 par lequel les «Etats parties à la Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie»
- L'Accord des Chefs d'Etat des pays membres de l'Union Africaine adopté en 2001 à Abuja par lequel ils s'engagent à consacrer 15% de leur budget national au secteur de la santé, d'ici à 2015, reconnaissant ainsi l'importance de la santé pour le développement économique et social de leurs pays.

### La Constitution du Sénégal

Enfin le droit à la santé trouve aussi son fondement dans la Constitution sénégalaise en ses articles 8 et 17:

- Article 8 : «La République du Sénégal garantit à tous les citoyens les libertés individuelles fondamentales, les droits économiques et sociaux ainsi que les droits collectifs. Ces libertés et droits comprennent notamment et explicitement le droit à la santé».
- Article 17 : «L'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées».

L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être.

Il garantit également aux femmes en général et à celles vivant en milieu rural en particulier, le droit à l'allègement de leurs conditions de vie ».



# Les mécanismes de mise en œuvre de la CMU : un état des lieux

## Les mutuelles de santé au Sénégal

La mise en œuvre de la CMU repose principalement sur les mutuelles de santé communautaires, réputées plus proches des citoyens ciblés dans les 80% qui ne sont pas couverts contre le risque maladie ; à savoir les groupes vulnérables, le secteur informel et les habitants des zones rurales et agricoles.

Pour parvenir à la Couverture universelle, le dispositif au Sénégal mise avant tout sur le renforcement et la multiplication des mutuelles de santé communautaires, dont le nombre devrait passer de 250 à 500 pour un maillage optimal au niveau national, à même de faciliter l'adhésion des citoyens.

La première mutuelle de santé a vu le jour à Thiès dans la Communauté rurale de Fandène au milieu des années 90. Malgré leur apparition récente, elles ont connu un essor rapide durant ces deux dernières décennies.

Ceci a amené l'Etat à légiférer. C'est ainsi que la loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de Santé a été votée. Le Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé élaboré au mois de juillet 2004, avait posé la problématique de leur développement et identifié plusieurs faiblesses.

Parmi celles-ci, retenons la faiblesse de l'appui de l'Etat au développement des mutuelles de santé, la faiblesse de la capacité contributive des ménages, surtout dans les mutuelles communautaires, l'inexistence de mécanismes de subvention par l'Etat et ses démembrements, l'insuffisance de l'environnement juridique du développement des mutuelles de santé ; le défaut de textes d'application de la loi de 2003 sur les mutuelles de santé, la faible implication du personnel de santé dans la promotion des mutuelles de santé, la faible implication des collectivités locales dans la promotion des mutuelles



de santé, la faiblesse dans la coordination des interventions d'appui aux mutuelles (structures d'appui et Ministère), la faible pénétration des populations cibles, l'insuffisance de la formation en gestion administrative et financière des administrateurs des mutuelles.

Avec le processus de mise en place de la couverture maladie universelle, des correctifs ont été apportés. Voulant le développement de la couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé, l'Etat a lancé un certain nombre d'initiatives. On peut citer :

**l'initiative** : «une collectivité locale une mutuelle de santé» ;

**la signature** de la Convention entre les mutuelles et le ministère en charge de la santé ;

**l'encadrement** et le renforcement des capacités des mutuelles par :

- l'élaboration de manuels de procédures de gestion administrative, financière et comptable pour les mutuelles de santé.
- l'élaboration d'un manuel de formation sur la mise en place et la gestion des mutuelles de santé
- l'élaboration des projets de décret de l'Office national de la mutualité sociale et du Fonds national de garantie des mutuelles sociales.
- la mise en oeuvre du modèle de l'assurance maladie à grande échelle avec comme zones pilotes Sokone et Koungheul.
- le versement des subventions.

Notons que de 19 mutuelles de santé fonctionnelles répertoriées lors de l'inventaire de 1997,

leur nombre est passé à 28 en 2000, puis à 79 en 2003. En 2007, on ne dénombre pas moins de 142 mutuelles de santé fonctionnelles et disséminées à travers le pays. Notons que le plus grand nombre d'entre elles se trouvent dans la région de Thiès, suivie de celle de Dakar<sup>3</sup>.

Actuellement, elles sont estimées à plus de 200 et une étude est entreprise par la Cellule d'Appui à la CMU (CACMU) pour établir une cartographie exhaustive de ces associations.

## Le panier de biens et services

La CMU ne rimera pas avec gratuité, puisque chaque sénégalais devra acquitter une cotisation annuelle de 7 000 F CFA subventionnée pour moitié par l'État - et en totalité en faveur des ménages les plus pauvres.

Cette cotisation et/ou subvention donnera droit - en contrepartie - à un paquet de biens qui sont les produits, médicaments, etc... ; à un paquet de services en termes de soins, d'hospitalisation, de transport, etc... et définira qui y a droit, et dans quelle type de structure médicale.

Présentement le panier de biens et services et les cibles incluent :

- **Le renforcement des politiques de gratuité existantes** : la prise en charge de la césarienne (élargie à Dakar et renforcée) ; le Plan Sesame (mieux ciblé sur les personnes de plus de 60 ans vraiment nécessiteuses) ; la Carte Egalité de chance (pour les personnes vivant avec un handicap) ; les soins pour les enfants de moins de 5 ans.

Cette dernière est la nouvelle initiative de gratuité annoncée par le Chef de l'Etat, SEM Macky Sall lors du lancement officiel de la CMU pour une «*application effective à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2013*».

Le Président de la République en prenant la décision «*de rendre gratuits les soins de santé pour les enfants âgés de moins de cinq ans*» a aussi insisté sur le caractère progressif de la démarche en définissant le panier de biens et services, les lieux de prise en charge et le calendrier :

«*Jusqu'au mois de décembre 2013, les frais de consultation, vaccination et hospitalisation des enfants de moins de cinq ans seront gratuits au niveau des postes et des centres de santé, structures*

*sanitaires de petites catégories et il en sera de même pour les consultations des enfants au niveau des services d'urgence des hôpitaux et des consultations des cas qui y seront admis.*

«*A partir de janvier 2014, toutes les pathologies comprises dans le paquet devant être pris en charge au niveau des postes et des centres de santé seront traitées gratuitement. Au niveau de l'hôpital, la prise en charge des urgences sera également gratuite*».<sup>4</sup>

- **Le développement de la couverture maladie universelle de base** à travers les mutuelles de santé qui définiront le paquet de biens et services et les modalités et lieux de prise en charge de leurs adhérents.

## Le parcours de soins et la situation des infrastructures

Le Sénégal compte en 2010, selon l'EDS V, 34 hôpitaux, 489 centres de santé dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de centre de santé et 1 195 postes de santé dont 1 035 fonctionnels, 2 centres de santé psychiatriques (qui ne sont pas considérés ici comme des hôpitaux mais des centres de santé spécialisés), 76 Dispensaires Privés Catholiques (DPC) et 1 603 cases de santé fonctionnelles.

Le Sénégal est composé de 14 régions et compte actuellement trois ordres de collectivités locales: régions, communes et communautés rurales. A leur tête siègent des conseils élus investis de compétences dans le domaine de la santé.

Il faut noter que le découpage administratif ne coïncide pas exactement avec le découpage sanitaire. Les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives, cependant plusieurs districts sanitaires peuvent se retrouver dans un même département.

Le découpage sanitaire donne la situation suivante :

- 14 régions médicales,
- 75 districts sanitaires dont 27% ont encore des postes de santé faisant fonction de centres de santé. Si on retire les 10 érigés en EPS1 de la liste des centres de santé, alors le pays sera à 79 centres de santé dont toujours 20 logés dans des postes de santé.

<sup>3</sup> Source : Couverture des indigents à travers les mutuelles de santé : Etudes de cas sur les expériences du Sénégal. [http://abtsn.com/documents/Etude\\_Indigents\\_MS\\_Cas\\_Senegal\\_VF1.pdf](http://abtsn.com/documents/Etude_Indigents_MS_Cas_Senegal_VF1.pdf). Page 22.

<sup>4</sup> Discours du SEM Macky Sall, Président de la République du Sénégal, lors du lancement de la CMU le 20 septembre 2013 au Grand Théâtre de Dakar.



Le taux d'accès aux infrastructures sanitaires est de 61% dans les zones rurales, les taux de mortalité maternelle et de mortalité infanto juvénile sont de 401 pour 100 000 et 121 pour 1000 respectivement.

Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'OMS.

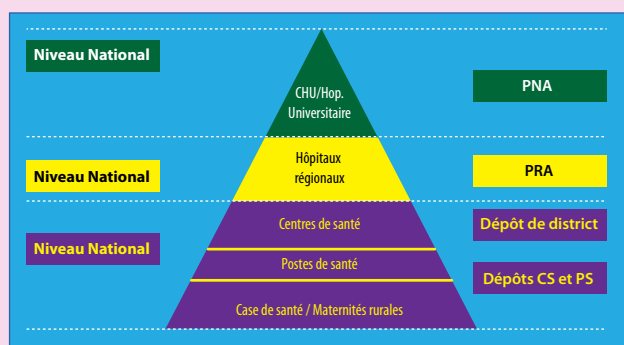
De manière générale, il existe toujours des barrières quant à l'accès des pauvres aux services de santé, d'où la nécessité de renforcer l'offre et de renforcer la solvabilité de la demande.

Les populations rurales accèdent difficilement aux services de santé surtout les services spécialisés (situés à Dakar et dans les capitales régionales), en plus du coût de la prise en charge déjà élevé, il faut ajouter les frais liés au déplacement et à l'hébergement.

La démocratisation de l'accès aux soins constitue ainsi un défi majeur, et il faut assurer la mise à disposition d'une offre de soins minimale par région.

Une répartition spatiale judicieuse des moyens de diagnostic et de traitement garantira plus d'équité dans la prise en charge, une distribution des prestations de façon plus équitable.

Pour rendre effective cette équité dans la prise en charge, la pyramide sanitaire ci-dessous illustre le parcours de soins et l'accès aux médicaments tels que prescrits dont le respect obligatoire permet de bénéficier de la CMU au Sénégal.



CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
 PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement  
 PRA : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement  
 CS : Centre de santé  
 PS : Poste de santé.

## Les ressources humaines

Le déficit en personnel soignant par rapport aux normes du PNDS concerne prioritairement les sages-femmes. En effet, les ratios personnel/population sont passés, entre 1994 et 2008, de 1 sage-femme pour 3623 FAR (Femme en Age de Reproduction) à 1 sage-femme pour 3946 FAR dans le secteur public alors que pour les infirmiers, ils passent d'un infirmier pour 4687 habitants à 1 infirmier pour 4183 habitants.

Des efforts rapides sont à faire car, la fréquence des grossesses des adolescentes au Sénégal inquiète. Selon l'Enquête démographique et de santé (EDS) 2011, la tranche d'âge 15-19 ans, constituant 22% de l'ensemble des femmes en âge de procréer, contribue pour près de 10% à la fécondité totale des femmes. Selon le document de cadrage technique réalisé par le comité d'organisation de la Journée mondiale de la population cette année, «...pour des raisons physiologiques et sociales, les femmes de ce groupe d'âge (moins de 20 ans) sont deux fois plus exposées aux décès maternels durant l'accouchement que les femmes un peu plus âgées»

Pour les médecins, en revanche, on note un progrès avec un ratio qui passe de 1 médecin pour 27833 habitants à 1 médecin pour 18615 habitants dans le secteur public. Cette progression est encore plus nette si on tient compte du secteur privé. Cependant certaines spécialités manquent de personnel notamment les neurochirurgiens. Le Sénégal ne compte présentement que 10 neurochirurgiens soit moins de 1 par région.

Le Sénégal compte en 2010<sup>5</sup> :

- **1039** médecins (généralistes et spécialistes),
- **3085** infirmiers (IDE, Agent sanitaires, Assistant infirmier),
- **1005** sages-femmes d'État.

Ces statistiques concernent : les étatiques (fonctionnaires et agents de l'État), les contractuels du Ministère de la Santé et de la Prévention, les contractuels des structures sanitaires, le personnel mis à la disposition des structures par les Municipalités, les ONG, les partenaires, les agents du Privé lucratif et non lucratif, le personnel militaire et paramilitaire.

C'est des taux encore éloignés des ratios de

<sup>5</sup>Ministère de la Santé et de la Prévention, Service National de l'Information Sanitaire (SNIS), carte sanitaire du Sénégal : Mise à jour de 2010.

l'OMS en matière de couverture en personnel de santé. Il est préconisé, pour les médecins, 1 pour 5 000 habitants, et pour les infirmiers et les sages - femmes, 1 pour 300 habitants. Selon le rapport 2006 de l'OMS, le Sénégal fait partie des pays présentant une pénurie aiguë de personnel de santé.

La CMU exige non seulement des structures adaptées et accessibles mais surtout, un personnel de qualité en nombre suffisant pour faire face aux besoins en santé des populations sénégalaises. Il s'y ajoute qu'au Sénégal, la répartition spatiale des professionnels de la santé pose problème.

Cette préoccupation pour l'équité dans l'accès aux soins a fait l'objet d'un des points essentiels, contenu dans le communiqué du Conseil des ministres en date du mercredi 13 novembre 2013 en ces termes: «*veiller au recrutement et à l'affectation prioritaire de médecins généralistes, spécialistes et autres personnels dans les régions, notamment les zones enclavées, d'encourager, selon un planning arrêté par le Ministère de la Santé, les déplacements itinérants de spécialistes comme celui initié par les chirurgiens, de déployer les moyens appropriés pour des interventions à l'intérieur du pays en faveur surtout des zones rurales où l'accès est difficile*».

## Le financement de la CMU

La CMU nécessite des moyens importants en termes de charges d'investissements (infrastructures et équipements) et de fonctionnement (personnel, matériel, fournitures de bureau, consommables, services).

Les ménages contribuent directement à hauteur de 41% de la Dépense Nationale de Santé estimée à 308,377 Milliards FCFA en 2008<sup>6</sup>.

Durant l'exercice 2013, cinq (5) milliards de francs CFA ont été affectés à la CMU dans le budget du Ministère de la Santé de l'Action Sociale (MSAS).

Le 2 décembre 2013, le Parlement sénégalais,

réuni en séance plénière, a adopté au titre de l'exercice 2014 le budget du MSAS arrêté à 127 095 milliards de francs sur le budget global de l'Etat de 2 732,020 milliards de francs CFA.

Le montant affecté à la CMU est passé à 6 milliards pour l'exercice 2014, soit une hausse de 16%. Encore insuffisant ! Car la Ministre de la santé estime ses besoins à «25 milliards par année»<sup>7</sup> pour atteindre l'objectif de 75% de couverture en 2017.

Le gouvernement travaille à la mise en place de la Caisse Autonome pour la Protection Sociale Universelle (CAPSU) et du Fonds National de Solidarité Santé pour rechercher des mécanismes de financement adaptés et durables en vue d'augmenter le budget affecté à la mise en œuvre de la CMU.

## Références

Marion DEVAUX, Florence JUSOT, Alain Trannoy\*, Sandy TUBEUF : *Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents*. Bulletin d'information en économie de la santé, n°118, février 2007.

Agnès ADJAMAGBO, Agnès GUILLAUME et N'Guesan KOFFI: *SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT : EXEMPLES AFRICAINS*, Éditions IRD Institut de Recherche pour le Développement. Collection Colloques et séminaires Paris, 1999.

République du Sénégal, Ministère de la santé et de la Prévention, *PNDS II*, 2008.

République du Sénégal, Ministère de la femme, de la famille et du développement social, *STRATÉGIE NATIONALE POUR L'ÉQUITÉ ET LE GENRE 2015*

Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal 2010-11 (EDS-MICS) 5<sup>ème</sup> enquête du genre

Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui le programme de demain, Bibliothèque de l'OMS, ISBN 978 92 4 256385 6, 2009, 94p

Loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de Santé.

<sup>6</sup> Source : Comptes nationaux de la santé de 2006-2008

<sup>7</sup>[http://www.sante.gouv.sn/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2427:quatre-mois-de-couverture-maladie-universelle-bilan-satisfaisant&Itemid=797](http://www.sante.gouv.sn/index.php?option=com_content&view=article&id=2427:quatre-mois-de-couverture-maladie-universelle-bilan-satisfaisant&Itemid=797)

# Assurance santé, le pari réussi du Rwanda !

**E**n juillet 2007, le Rwanda a adopté une loi obligeant toute la population à adhérer à une assurance maladie. Aujourd'hui, le taux d'adhésion aux mutuelles de santé et autres assurances privées atteint 96%. Les prestations de services ont plus que doublé et l'espérance de vie est passée de 48 à 52 ans en moins de dix ans. Le projet pilote des mutuelles de santé au Rwanda démarre en 1999 dans trois districts, mais le taux d'adhésion n'a pas pu dépasser 30%, selon le rapport du ministère de la Santé publié en 2001. La stratégie de sensibilisation par le biais des élus locaux et les prix très élevés pour les non-adhérents n'avaient pas suffisamment mobilisé la population.

Il faut rappeler que 37% des Rwandais vivent dans la pauvreté extrême (0,22 €/jour) et plus de 57% en dessous du seuil de pauvreté (0,32 €/jour). Une telle situation ne permet pas au gouvernement de collecter les impôts auprès de la population.

Bien que les gouvernements africains aient signé le **pacte international de droit à la santé**, ils n'arrivent pas à payer les soins de base de leur population. Un phénomène que l'on peut observer dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne où la cause principale de décès est le manque de soins médicaux.

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du **Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef)** et du Fonds des Nations unies pour la population (Fnuap), en Afrique subsaharienne, les risques de décès pendant l'accouchement sont de 1 sur 13 en 2001, contre 1 sur 4.100 dans les pays industrialisés.

Comment le Rwanda a-t-il relevé le défi?

## De la décentralisation à la loi

Le Rwanda est un pays divisé en plusieurs entités administratives. De la plus grande (province) à la plus petite appelée en langue locale nyumbakumi, qui veut dire 10 maisons, il y a des élus qui représentent le gouvernement. Certains d'entre eux sont chargés des affaires sociales, de la santé et de l'hygiène.

Dans chaque village, ces représentants sont appuyés par les sages-femmes traditionnelles, dont le rôle est passé de l'assistance à l'accouchement à domicile à la sensibilisation à l'adhésion aux mutuelles de santé ainsi qu'à l'accouchement assisté par le personnel de santé. Dans les plus petites entités, ces élus locaux travaillent bénévolement.

Le succès de leur travail est renforcé par la signature du «contrat de performance entre les élus locaux et le président de la République». Dans ce contrat, les maires s'engagent à mettre en application tous les objectifs du gouvernement. Un contrôle strict dans tout le pays accompagne cet acte et l'échec de la réalisation de ces objectifs mène à une démission forcée.

La compétition des élus locaux est féroce et pousse certains maires à utiliser les moyens forts pour y arriver. On enregistre notamment la mise en place d'amendes très élevées allant jusqu'à l'emprisonnement abusif pour ceux qui ne veulent pas respecter la loi.

## Les adhérents 5 fois plus que les non-membres.

Le projet pilote a prouvé au gouvernement que la demande de prestations sanitaires devient importante quand la population est membre des mutuelles de santé. En 2001, le taux d'utilisation des services de santé a doublé dans les zones du projet pilote. 2,2 fois dans le district de Mugonero (Province de l'Est) alors que le taux d'adhésion était de 30%.

Les mesures de sensibilisation n'étant pas suffisantes, le Parlement a décidé d'élaborer les textes régissant les «mutuelles de santé» et la «Rwandaise d'assurance maladie» pour les fonctionnaires. Après l'élaboration du document stratégique Politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda (PDF) en 2004, les députés votent une loi, promulguée en 2007, date à laquelle l'adhésion à une assurance maladie est obligatoire au Rwanda.

## La proximité de services sanitaires

Le taux d'adhésion dépend de l'accessibilité des

services sanitaires. Plus la population est proche des centres de santé ou des hôpitaux, plus elle est motivée. En vue d'augmenter le nombre d'adhérents aux mutuelles de santé, le gouvernement rwandais a fait beaucoup d'efforts dans la construction d'hôpitaux, de maternités et de centres de santé.

D'après le rapport des activités du gouvernement publié sur le site de la primature rwandaise, entre 2003 et 2009, 8 nouveaux hôpitaux, 75 centres de santé et 2 maternités ont été construits. Selon les mêmes sources, les services sanitaires ont été renforcés par plus de 10.300 agents. Ainsi, le Rwanda est passé de 1 médecin pour 50.000 habitants en 2003 à 1 médecin pour 18.000 habitants en 2009.

### Les plus pauvres et l'accès au crédit

Les frais d'adhésion aux mutuelles de santé sont élevés par rapport au pouvoir d'achat de la population rwandaise. Le montant total par personne, qui a progressé au fur et à mesure, atteint aujourd'hui 2.000 francs rwandais/personne (2,39 €) et par an. En moyenne au Rwanda, une famille est composée de 7 personnes. Au mois de juillet 2011, **le coût va augmenter** de 2.900 RWF à 3.400 RWF (3,46 à 4,06 €) selon les classes sociales.

Aujourd'hui, le gouvernement rwandais et les ONG prennent en charge 27% de la population, un taux qui ne couvre pas toutes les personnes vivant dans la pauvreté extrême (37%). Pour aider la population, la banque populaire, qui est représentée dans tous les districts, a accordé des crédits à un taux d'intérêt très minime par rapport aux banques commerciales. Les bénéficiaires de ces prêts remboursent la banque lors de la récolte.

Le succès de ce système risque d'être toutefois compromis par le fait que les banques populaires, qui étaient les banques d'épargne jusqu'en 2010, sont devenues des banques commerciales. Seuls les systèmes de microfinance représentés également sur toute l'étendue du pays peuvent être en mesure de remplacer les banques populaires.

### Résultats encourageants

Les résultats du système de santé communautaire (mutuelles de santé) au Rwanda ont battu

des records. Selon les indications du gouvernement rwandais, le taux de morbidité lié au paludisme est passé de 64,7% en 2003 à 11,8% en 2008. Les femmes qui accouchaient avec l'assistance des professionnels sanitaires représentaient 28% en 2003, contre 66,2% quatre ans plus tard.

Une étude de l'OMS, **Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Rwanda 2009-2013**, prouve la réalité des chiffres avancés par la primature rwandaise:

«Selon l'enquête démographique et de santé de 2005, EDSIII, le taux de mortalité des enfants était respectivement de 37/1.000 naissances vivantes pour les nouveau-nés, 86/1.000 naissances pour la mortalité infantile et 152/1.000 pour les moins de 5 ans. Nous notons une amélioration par rapport aux chiffres de 2000 qui étaient respectivement de 45/1.000, 107/1.000 et 196/1.000.»

Lucie Umukundwa, Slate Afrique, 27 mars 2011.

### Remerciements

CICODEV Afrique remercie tous les experts et personnes ressources qui ont contribué et facilité la réalisation de ces fiches en nous accordant des entretiens et/ou en nous prodiguant des conseils et encouragements.

Nous citerons :

**Le Directeur** de Cabinet du MSAS pour avoir vite perçu que la CMU était une mission du MSAS mais que l'apanage revenait à tous les acteurs ;

**L'équipe** de la CACMU autour du Pr Seydou Badiane pour leur esprit de partenariat et écoute ;

**L'équipe** de Abt USAID notamment le Dr François Diop et Mbaye Sène ;

**L'équipe Santé** de l'USAID ;

**Pr Abdou Salam Fall**, Directeur du LARTES (Laboratoire de Recherches sur les Transformations Economiques et Sociales)

**Dr Mintou Sidibé Fall**

**Dr Jean Michel Ndiaye**

**Dr Farba Lamine Sall**, (Conseiller en Economie de la Santé, OMS Sénégal)

**Mme Kandakassé Kanoute Kanté**, Sage-femme. Experte en santé maternelle et infantile.

**Moustapha Guèye**, Expert en suivi budgétaire

**Seyni Diop**, Expert en communication. ■