



Courrier de la Concertation

Numéro 12

Janvier 2004

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

Suivi et évaluation des mutuelles de santé (Première partie)

Sommaire

Editorial	1
Expériences/Partenariat	
La MECIB/Prévoyance Santé, un produit d'assurance maladie dans une institution de micro finance	2
Brochure de la Concertation	3
Dossier	
Le tableau de bord, un outil de pilotage et d'aide à la décision	4
Événements	
Développement des mutuelles : le Cameroun s'y lance	6
Le Congrès de la mutualité au Mali : arrêt sur médicament	6
Niger : la première mutuelle rurale tient son assemblée générale	7
Les acteurs togolais tiennent leur première rencontre nationale	7
Burkina Faso : suivi des mutuelles : les structures d'appui partagent leurs savoirs	7
Sénégal : vers l'élaboration d'un plan stratégique pour le dévelop- pement des MS	8
Bibliographie	8

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

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

Le suivi et l'évaluation d'une mutuelle de santé donnent aux gérants et membres de ces organisations ainsi qu'à leurs structures d'accompagnement, de meilleurs moyens de tirer les leçons de l'expérience mutualiste, d'améliorer la prestation des services, de planifier et d'affecter les ressources de la mutuelle. C'est essentiellement parce que tous les acteurs impliqués dans le fonctionnement des mutuelles donnent une place privilégiée à cette activité que cette dernière suscite de plus en plus d'intérêt. Un guide (en deux tomes) a été produit conjointement par le BIT/STEP et le CIDR (Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé : *méthodologie / indications pratiques* - 2001) et constitue une référence utile à toutes les parties prenantes. Aussi, il est de plus en plus ques-

tion, dans les cadres nationaux de Concertation, de valider des indicateurs communs ou pour le moins consensuels, les plus pertinents et de base. Ainsi, le suivi-évaluation des mutuelles de santé se systématise et se professionnalise de plus en plus. Il est évident que la mise en place d'un tel système est un processus long qui passe par le choix de la méthode, l'appropriation du système par les gestionnaires et autres acteurs impliqués, l'implication pratique, technique et... financières, l'interprétation des résultats et leur appropriation. Le système doit permettre, grâce à des informations disponibles rapidement, de connaître la situation, entraînant ainsi une réorientation rapide en cas de résultats peu satisfaisants. L'efficacité du suivi évaluation sera facilitée par une répartition claire des responsabilités. Cependant, le suivi-évaluation ne va pas sans une bonne stratégie de communication. En effet, en l'absence de ce dernier, les résultats obtenus se détériorent et se perdent, sans explication des difficultés rencontrées, et donc sans possibilité de réorientation et d'amélioration.

Ce présent numéro se présente en deux volumes, pour décrire brièvement certains outils et présenter des expériences sur ce sujet.



Expériences Partenariat

La MECIB/Prévoyance Santé, un produit d'assurance maladie dans une institution de micro finance

Pikine est une banlieue dakaroise qui accueille une des plus forte concentration de population de la capitale sénégalaise et aussi d'activités du secteur informel. Son histoire se confond à celle de la restructuration de Dakar qui devait servir à reclasser des populations habitant des zones d'établissement spontané dans certains quartiers péricentraux. En prenant cette décision de reclassement, les autorités de l'époque semblaient vouloir repousser dans l'espace la proximité entre quartiers pauvres et riches.

Aujourd'hui, Pikine connaît une grande mutation, une nouvelle dynamique émergente sous l'impulsion du secteur informel lui fait perdre petit à petit son étiquette d'ancienne cité dortoir pourvoyeuse de main d'œuvre pour la capitale. C'est donc aisément que le secteur de la micro finance y a trouvé un terrain favorable. La proche banlieue de Dakar se révéla être un environnement propice aux transactions de toutes sortes dans lequel existe un besoin des agents économiques d'accéder à des produits financiers adaptés à ce contexte. Les mutuelles d'épargne et de crédit, à l'image de celles du réseau UM-PAMECAS (Union des Mutuelles du Partenariat pour la Mobilisation de l'Épargne et le Crédit au Sénégal) appuyées par DID (Développement International Desjardin) connaissent un succès important au bout de sept années d'existence seulement. C'est à Pikine que l'on retrouve la MECIB (Mutuelle d'Épargne et de Crédit de Icotaf Boubess) qui a démarré ses activités en 1997 et compte le plus grand nombre de sociétaires parmi les 27 caisses du réseau PAMECAS dans la région de Dakar (8.000 membres au bout de la septième année).

A partir de l'exercice de 1999, à la faveur des performances réalisées, 5% de l'excédent sur le résultat de l'exercice est érigé en fonds social pour contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations. Ce fonds sert à ap-

puyer des actions de bienfaisance (don aux mosquées, don de médicaments aux structures sanitaires, achat de jeu de maillot pour les équipes de football,...).

Au bout de cinq années de fonctionnement, les membres ont exprimé un besoin de voir les responsables de la MECIB mettre en place une mutuelle de santé en vue de leur permettre de couvrir les besoins en matière de santé. L'existence du fonds social a été dès lors perçue comme un outil pouvant faciliter la mise en place d'un système collectif de prise en charge des malades à travers la mutuelle de santé. Avec l'appui du BIT/STEP, un processus participatif de recherche a abouti à la mise en place d'un produit assurantiel qui est conçu comme un nouveau service mis à la disposition des membres et de leurs familles pour la prise en charge collective des risques maladie. L'étude a révélé que la moyenne de l'épargne est de 112 000 FCFA sur une durée moyenne de 21 jours. C'est dire qu'à côté des petites épargnes, il existe maintenant beaucoup de comptes à gros montant.

Un produit nouveau qui ne bouleverse pas l'organisation interne

Dans la mise en place du produit assurantiel, aucun nouvel organe n'a été créé. C'est le conseil d'administration de la MECIB qui en est responsable. Une commission dénommée CPS (Commission Prévoyance Santé) issue du conseil d'administration a été élargie à d'autres membres de la MECIB

pour s'occuper du bon fonctionnement du produit. Elle travaille essentiellement pour la promotion et le suivi du partenariat avec les prestataires. La surveillance et le contrôle de la bonne marche du produit sont assurés par le conseil de surveillance. L'élargissement des prérogatives du conseil lui permettra d'étendre ses compétences à l'assurance en plus du crédit. Pour qu'il puisse jouer pleinement son rôle, un module spécial sur la fonction de contrôle a été élaboré et dispensé aux membres. Concernant le contrôle interne, il est du ressort du Directeur de la MECIB qui supervise toutes les opérations de prélèvement et la régularité des écritures comptables.

Le système de recouvrement

La spécificité du système repose sur le prélèvement automatique de la cotisation à partir de l'épargne constituée

MECIB

LA MUTUELLE DE SANTÉ DE LA MECIB A DÉMARRÉ SES PRESTATIONS

STEP

- 100% sur les frais de consultations curatives
- 60% sur les frais d'hospitalisation
- 60% sur les frais d'accouchement
- 50% sur les frais de médicaments

Pour seulement 200 FCFA mensuelle par personne, assurez vous et votre famille pour des soins de qualité en cas de maladie.

Début des cotisations en mai 2003
Démarrage des prestations en juillet 2003

par le membre. Les titulaires s'engagent à alimenter leur compte pour que sur la base de la périodicité choisie (mensuelle, bimensuelle, ...ou annuelle) le montant correspondant soit prélevé et versé dans le compte ouvert pour recueillir les ressources de la MECIB/Prévoyance Santé. Le choix de la périodicité est libre, cependant les membres sont fortement encouragés à choisir le prélèvement annuel, ce qui constitue pour le système, un allègement considérable de la gestion et une garantie de recouvrement des cotisations. Par la même occasion, les membres n'ont pas besoin de se déplacer pour s'acquitter de la cotisation, ce qui aurait pu être une contrainte majeure. La réussite du dispositif dépend en grande partie de l'implication du personnel de caisse de la micro finance. Ce dernier est chargé de procéder aux opérations de virement entre les comptes des membres et le compte de l'assurance. Ce prélèvement est prévu pour le 15 de chaque mois selon les périodicités choisies par les membres. L'écriture de régularisation sur le carnet de compte du membre survient lors de sa prochaine opération au niveau du caissier.

L'apport de la micro finance dans le fonctionnement de l'assurance se perçoit à travers l'utilisation du fonds social. Ce fonds a permis de faire des dépôts de cautions au niveau de certains prestataires. Par ailleurs, il est prévu la prise en charge du gérant qui s'occupe au quotidien de la bonne marche de l'assurance. Quand on connaît la problématique du bénévolat des gérants dans les mutuelles de santé, ce facteur est plus que favorisant.

La MECIB/Prévoyance Santé est conçu par les responsables comme un « **produit d'appel** » pour le renforcement du sociétariat de la MECIB. En effet, le simple besoin de souscrire à l'assurance maladie peut amener d'autres personnes à adhérer à la MECIB. Par ailleurs, les membres de la MECIB/Prévoyance Santé sont tenus d'alimenter leur

compte régulièrement, ce qui est un facteur contributif à la diminution progressive du nombre de «comptes inactifs».

La collaboration avec les prestataires de soins

Pour ce qui est des prestations, le processus participatif du conventionnement a permis la mise en place d'un système d'attestation de prise en charge qui élimine le recours à la lettre de garantie. Les membres qui sont en règle sont pris en charge sur place grâce à la bonne collaboration des infirmiers chef de poste et des pharmaciens. Ces derniers ont participé à la conception des outils de gestion et du circuit interne de prise en charge des malades.

C'est en août 2003 après deux mois de période d'observation que les premières prestations ont débuté avec la prise en charge des consultations, de l'hospitalisation, des médicaments et des accouchements. Ce choix résulte des données de l'enquête et des séries de feed back obtenues lors des séances de restitution- validation des résultats aux membres. Pour un début, deux prestataires de soins et deux pharmacies privées ont été con-

ventionnés. Après quatre mois de prestation, la MECIB/Prévoyance Santé enregistre 304 membres titulaires et 820 bénéficiaires soit une adhésion moyenne de 2,7 par famille. L'utilisation du tableau de bord pour les besoins du suivi montre un accroissement constant des adhésions depuis le début malgré le peu de sensibilisation réalisé. Pour le moment seul le « **bouche à oreille** » fait son effet; il constitue en fait la meilleure action de promotion qui puisse exister pour un produit qui entre dans un marché.

Il n'a pas fallu longtemps pour que la nouvelle se répande à travers le réseau PAMECAS. Plusieurs responsables de caisse se sont rapprochés de la MECIB pour voir ce nouveau produit. C'est ainsi que d'autres demandes parviennent au bureau de STEP pour des appuis à la mise en place de ce produit au sein des caisses d'épargne et de crédit.

Papa Senghane Gningue, BIT/STEP

Brochure de la Concertation

La brochure de présentation de la Concertation est enfin disponible. Cette édition a été réalisée grâce à l'appui de IDEASS qui considère notre réseau comme un programme novateur. L'Initiative IDEASS - Innovations pour le Développement et la Coopération Sud-Sud - est promue par les programmes de coopération internationale OIT/Universitas, PNUD/APPI, et les programmes PNUD/IFAD/UNOPS de développement humain et de lutte contre la pauvreté. Cette initiative cadre avec les engagements pris lors des grands sommets des Nations Unies des années 90 et de l'Assemblée Générale du Millenium, donnant la priorité à la coopération entre les acteurs du Sud. IDEASS a pour objectif de renforcer l'efficacité des processus de développement local par une utilisation accrue de l'innovation en matière de développement humain et de promotion du travail décent. L'Initiative sert de catalyseur à la diffusion d'innovations sociales, économiques et technologiques qui favorisent le développement au niveau local, à travers des projets de coopération Sud-Sud. Pour plus d'information sur l'Initiative IDEASS, consulter le site www.ideassonline.org.

La brochure de la Concertation est disponible sur le site web et sur demande auprès du point focal de la Concertation dans votre pays ou à la Concertation.



Dossier

Le tableau de bord, un outil de pilotage et d'aide à la décision pour les responsables et les gestionnaires des systèmes de micro-assurance santé

Quelle que soit la forme sous laquelle il est organisé, un système de micro-assurance santé se caractérise par le fait qu'il calcule et encaisse ses cotisations sur la base d'une estimation du prix de revient des prestations qu'il offre à ses adhérents.

Cette particularité nécessite de consacrer à la réalisation de l'étude de faisabilité d'un système d'assurance une attention particulière afin de bâtir des hypothèses de base les plus précises possibles, notamment en matière de taux de fréquentation et de coûts des services qui seront couverts.

Mais quels que soient les moyens qui sont consacrés à la réalisation d'une étude de faisabilité, il restera toujours une certaine incertitude sur ces hypothèses de départ et ce n'est qu'à l'issue d'un exercice que la validité de ces dernières peut être totalement vérifiée. Cette incertitude ne concerne pas uniquement les éléments de calcul de la cotisation, mais porte aussi sur la capacité contributive des populations cibles, l'adéquation des prestations aux besoins de santé de ces dernières, la viabilité technique de l'assurance, etc.

A cela s'ajoute également le fait qu'un système de micro-assurance est soumis à certains risques tels que la sélection adverse, la surconsommation, la surprescription, les fraudes, etc. qui peuvent bouleverser les prévisions de départ. Il ne peut en effet maîtriser totalement l'impact de ses prestations sur les comportements tant de ses bénéficiaires que des prestataires de soins, malgré les sensibilisations, les conventions, les mécanismes de contrôle et autres gardes fou qui visent à limiter les effets de ces risques.

Aussi, suite au démarrage de ses activités, est-il nécessaire pour un système de micro-assurance santé de mettre en place un système de suivi efficace qui se définit comme « l'ensemble des procédures, documents, circuits de l'information et responsabilités qui permettent la collecte et le traitement des données réalisées dans le cadre du suivi »¹.

Depuis 2000, STEP a développé, avec les systèmes de micro-assurance santé partenaires, un système de suivi qui repose sur deux grandes composantes :

- Un ensemble d'outils de collecte des données « à suivre », ces dernières étant synthétisées dans une fiche de suivi mensuelle.
- Le tableau de bord qui regroupe différents indicateurs



dont l'évolution du nombre d'adhérents et de bénéficiaires, les taux d'utilisation et les coûts moyens des services couverts, etc.

Chaque indicateur est présenté sous la forme d'un tableau et d'un graphique qui, mois par mois, visualisent l'évolution de cet indicateur, comme le montrent les exemples ci-contre, les responsables et gestionnaires d'une mutuelle de santé disposent ainsi d'un outil efficace de pilotage de leur système.

Ces deux exemples ci-contre, tirés de cas réels, illustrent l'utilisation du tableau de bord qui, sur la base d'indicateurs soigneusement choisis, constitue un instrument de pilotage efficace permettant de suivre l'évolution de l'assurance par rapport aux prévisions, d'identifier d'éventuels problèmes, rechercher des solutions et de mesurer les effets de ces dernières.

Cet outil n'est cependant utile que s'il est utilisé comme base d'analyse de la situation de l'assurance ; il ne fait que traduire certains aspects de cette situation qui doivent amener les structures d'appui et les responsables des systèmes d'assurance à s'interroger sur les causes des différentes évolutions des indicateurs.

Ce tableau de bord peut être tenu par une mutuelle elle-même, lorsqu'elle dispose d'un ordinateur, ou être confié à une structure d'appui (union, ONG, etc.). Dans ce dernier cas, un mécanisme d'échange doit être mis en place par lequel la mutuelle transmet chaque mois ses données de suivi et la structure d'appui lui restitue les évolutions du tableau de bord.

1 BIT/STEP, CIDR. 2001 : Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé (Genève), tomes 1 et 2.

Exemple 1 : le suivi du taux de recouvrement

La mutuelle « bonne santé » a débuté ses activités en avril 2002. Dès le départ, elle tient à jour un tableau de bord dont l'un des indicateurs porte sur le recouvrement des cotisations. Dès les premiers mois de fonctionnement, la mutuelle constate que le taux de recouvrement mensuel (trait en pointillés) des cotisations (pourcentage de cotisations perçues par rapport aux cotisations émises) chute rapidement pour n'atteindre que 4% en septembre. Cette situation incite les responsables de la mutuelle à rechercher des solutions pour améliorer le recouvrement. Ils entreprennent tout d'abord des sensibilisations afin d'inciter les adhérents à rattraper leurs retards, ce qui permet de redresser le taux en fin d'année, mais le taux moyen de recouvre-

ment pour cet exercice (trait discontinu) ne sera que de 52%. En 2003, les adhérents sont invités à cotiser durant leurs principales périodes de revenus en prévision de la période de soudure. Ainsi en mars puis juin, ils cotisent pour plusieurs mois à l'avance et le taux moyen de recouvrement atteint progressivement l'objectif fixé de 100% (trait continu). Cet exemple présente le tableau de bord au mois de juillet, au moment où la mutuelle a intégré toutes les données de suivi de juin. Durant les mois suivant elle devra continuer de surveiller attentivement ce taux de recouvrement qui, selon ses prévisions, devrait chuter entre juillet et août (période de soudure) pour se redresser en fin d'année. La mutuelle espère atteindre un taux moyen de recouvrement supérieur à 80% en fin d'exercice.



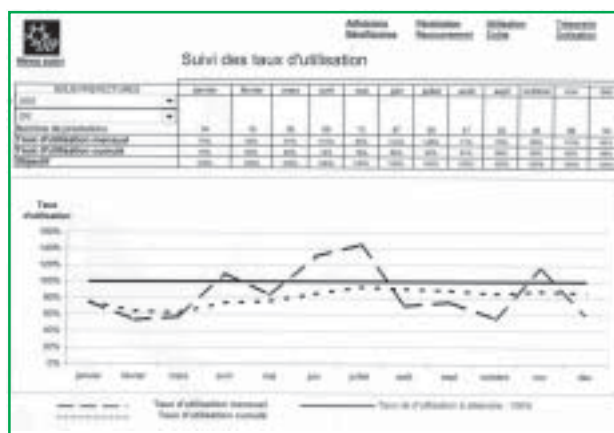
Exemple 2 : Le suivi des taux d'utilisation

Durant l'année 2002, une mutuelle de santé qui couvre les consultations ambulatoires suit mensuellement l'utilisation de ce service par ses bénéficiaires effectifs (bénéficiaires hors période d'observation et à jour de leurs cotisations). Ce suivi permet de comparer mensuellement le taux d'utilisation mensuel (trait discontinu) et moyen depuis le début de l'exercice (trait en pointillé) avec celui prévu dans le calcul des cotisation qui est de 100% (soit une consultation par an et par bénéficiaire – trait continu).

Plusieurs pics importants d'utilisation ont été observés durant

l'exercice et ont donné lieu à des opérations de contrôle et des vérifications auprès du centre de santé afin d'en identifier les raisons. Il en ressort que ces pics sont liés à des phénomènes épidémiologiques (paludisme en juin et juillet, infections respiratoires en novembre). La mutuelle n'a pas détecté des mouvements de fraude ni d'abus. À l'issue de l'exercice, le taux moyen

est de 86%. Ce dernier est inférieur aux prévisions et la mutuelle pourrait décider de recalculer sa cotisation pour l'année suivante sur la base de cette observation, ce qui conduirait à les diminuer. Toutefois, en assemblée générale, les adhérents décident de maintenir le même niveau de cotisation en attendant de voir si cette tendance se vérifie en 2003.



En collaboration avec la Mutuelle des Volontaires Contractuels de l'Education (Sénégal), le BIT/STEP entreprend actuellement le développement de ce tableau de bord sous forme d'un logiciel dont l'achèvement est prévu début 2004. Il sera diffusé aux mutuelles et structures d'appui désireuses de bénéficier de cet instrument de pilotage.

Evénements

Développement des mutuelles : le Cameroun s'y lance

Le Cameroun se lance dans le développement des mutuelles de santé, à pas de géants et sûrement. On entendra parler de ce pays dans ce secteur sous peu.

Les avancées les plus significatives sont les suivantes :

- Le comité de pilotage pour la réforme de la sécurité sociale finalise ses recommandations qui serviront de base de réflexion au forum qui sera organisé bientôt. La mutualité constituera un des piliers de cette réforme. La banque mondiale qui soutient cette réforme financera l'organisation de trois cycles de formation sur les mutuelles à l'intention des intervenants au niveau national.
- Dans la province de L'Externe Nord, la coopération belge a terminé les études de faisabilité de plusieurs mutuelles de santé dans deux départements. Le démarrage de certaines d'entre elles devrait intervenir incessamment.
- Les universités d'Etat, avec l'appui de la coopération française, et de la GTZ ont également d'organisé plusieurs séminaires de sensibilisation sur les mutuelles afin de réorienter les mutuelles multi-fonctionnelles vers des mutuelles de santé. Mais les universitaires voudraient voir l'Etat mieux impliqué dans la mutualité. Une étude de faisabilité va démarrer pour aider ce secteur à améliorer le produit.
- La GTZ va entamer des études de faisabilité pour trois à quatre mutuelles dans la ville de Kumbo et dans celle de Douala et dans d'autres localités.
- Le SAILD commence des études de faisabilité dans les provinces de l'Externe Nord, de l'Ouest et du Sud-Ouest qui seront suivis de formation accélérées des cadres.

Déo Niima NIYONKURU (SAILD/Cameroun)

Le Congrès de la mutualité au Mali : arrêt sur médicament

Le 2ème congrès de l'UTM qui s'est déroulé du 22 au 24 octobre 2003 à Bamako. Il a été placé sous le haut patronage de son excellence Amadou Toumani TOURE président de la République du Mali, chef de l'Etat, représenté à l'ouverture des travaux par Son excellence Monsieur Ahmed Mohamed Ag AMANI 1er ministre, chef du gouvernement. Quatre thèmes majeurs ont été discutés : 1 - Le rôle de la Mutualité dans la gestion du régime obligatoire d'assurance maladie ; 2- La problématique de la qualité des soins : quels engagements des professionnels de santé ? 3- Le développement de la mutualité : quels rôles pour les acteurs ? 4- Mutualité santé et micro finance enjeux et perspectives.

Sur le thème de la qualité des soins, la question de la disponibilité et la prescription des médicaments génériques a



été introduite par trois intervenants: le Professeur Hamar A. TRAORE de la Faculté de Médecine de Bamako, le Docteur Adama DIAWARA de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) et le M. Tiencano MAÏGA de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM). La Politique de l'Etat en matière de médicament, le schéma directeur d'approvisionnement, les difficultés liées à l'approvisionnement, la gestion au niveau des Dépôts Répartiteurs de Cercle et des Dépôts de Vente ont été passés en revue. Les rapports d'études réalisées pour apprécier la qualité des services de santé offerts dans les établissements publics ont été aussi présentés. Il a été démontré dans ces études que 57% des médicaments prescrits étaient des spécialités parmi lesquels 52% avaient un équivalent générique sur la liste des génériques commercialisés à la pharmacie hospitalière. Cependant, il ressort un taux global de satisfaction du séjour hospitalier de 74, 9%.

Dans le cadre du PRODESS (Programme Décennal de Développement Socio-Sanitaire) l'accent est mis sur la qualité des services dans son Volet 1, et son Volet 3 porte les moyens de financement alternatif de la santé (mutuelles). Même si des efforts ont été fournis et reconnus par le Congrès, ce dernier n'a pas manqué de recommander le fonctionnement effectif des comités thérapeutiques ; la bonne gestion et la mise à disposition des médicaments génériques à tous les niveaux ; l'utilisation rationnelle des médicaments génériques.



Le Président de l'UTM, M. Babassa Djikiné, n'a d'ailleurs pas manqué de mentionner les problèmes liés au médicament lors de l'audience accordée par le Président de la République du Mali, son Excellence Monsieur Amadou Toumani TOURE.

Niger : la première mutuelle rurale tient son assemblée générale

Du 21 au 22 Novembre 2003 la mutuelle de santé du village de Kourfaré dénommée "BONBATOU" a tenu son Assemblée Générale Constitutive. Il s'agit de la première mutuelle rurale au Niger. A l'occasion de cette activité, les résultats de l'étude de faisabilité (réalisée par M. Kailou Midou, point focal de l'assurance maladie - et de la Concertation) ont été restitués. L'occasion était belle pour les promoteurs pour insister sur les conditions de succès d'une mutuelle de santé, d'expliquer les textes de base (statuts, règlement intérieur). Ces derniers ont été amendés puis adoptés et enfin les membres des organes (comité exécutif, comité de surveillance, ...) ont été élus et leur rôle expliqué.

Du 11 au 15 décembre, le Comité exécutif composé de 8 membres et le comité de surveillance composé de 4 membres ainsi que les prestataires de centre de santé intégrés ont reçu une formation. Il faut mentionner que le village Kourfaré qui abrite la mutuelle ne dispose pas de centre de santé propre, mais est placé entre 2 zones disposant de centre de santé. Deux membres de l'équipe cadre de district et un membre de la direction régionale de santé ont été associés à la formation.

Cadres nationaux de Concertation

Les acteurs togolais tiennent leur première rencontre nationale

Au Togo, la première rencontre pour la mise en place d'un cadre national de concertation s'est déroulée du 18 au 19 décembre 2003 à l'ODSTA. Elle a réuni une trentaine de participants (organisations mutualiste, syndicale, représentants de départements ministériels s'occupant de la protection sociale au Togo, ONG, structures d'appui, coopération bi et multi latérale, etc.). Les participants ont fortement apprécié cette initiative de la Concertation qui vise à créer des synergies entre différents acteurs. Au menu de la rencontre, le mode de fonctionnement d'un tel réseau, la situation du Togo par rapport à la contractualisation, le rôle de l'Etat dans le développement de la mutualité, la restitution de l'étude nationale sur le développement des mutuelles de santé. Ce dernier point a permis de faire le point sur l'existant et dégager les priorités pour une meilleur développement. Mme Broohm Saezonou (responsable du volet mutuelle de santé à l'ODSTA et point focal de la Concertation) a lancé un signal fort aux promoteurs : *« nous savons maintenant que nous sommes à la hauteur, il nous reste maintenant à nous mettre à la tâche »*.



Burkina Faso : suivi des mutuelles : les structures d'appui partagent leurs savoirs

Les structures d'appui au développement des mutuelles de santé au Burkina Faso ont organisé, le 22 décembre 2003, un atelier de partage dont l'objet est le suivi des mutuelles de santé dans le pays. Chacun présentera ses outils de suivi, ce qui permettra de déterminer de manière consensuel, le type suivi nécessaire aux niveaux centralisé et décentralisé. L'atelier permettra concrètement de définir les données qui seront transmises périodiquement par les structures d'appui vers le RAMS qui assure le secrétariat de la coordination entre structures d'appui dans le cadre de la Concertation au Burkina. A déterminer également, la périodicité du transfert des données. Les résultats de cet atelier sont fortement attendus, ce qui simplifiera la mise à jour des données de l'inventaire de la Concertation, dans le cadre du système de suivi du développement du mouvement dans les 11 pays membres du réseau.

Une antenne régionale du RAMS à Bobo

Dans le souci d'étendre ses activités afin de faire profiter le maximum de populations, le Réseau d'appui aux mutuelles de santé (RAMS) a procédé au mois d'octobre, à l'implantation d'une antenne régionale à Bobo. Le haut-commissaire de la province du Houet, s'est réjoui de l'extension des activités du réseau dans la région ouest et estime que la mutuelle de santé est un puissant moyen permettant aux populations, même les plus démunies, de faire face à leurs dépenses du fait qu'elle cultive l'esprit de solidarité et d'entraide.

Sénégal : vers l'élaboration d'un plan stratégique pour le développement des MS

Les acteurs nationaux du Sénégal ont tenu, du 12 au 14 janvier, un atelier d'élaboration du plan stratégique du développement des mutuelles de santé. Cet atelier financé par le ministère de la santé et de la prévention, en collaboration avec ses partenaires, a regroupé une centaine de participants de différents organismes nationaux, internationaux, société civile, organisations mutualistes (mutuelles communautaires, de corps constitués, d'envergure nationale, coordinations, etc.), des départements ministériels en charge de la protection sociale et des structures d'appui. Précédemment à l'atelier, un diagnostic de la situation de la mutualité au Sénégal a été élaboré, avec la contribution de tous les acteurs cités supra. Sur cette base, l'atelier a défini cinq axes prioritaires :

- Axe 1 : développement des capacités d'implantation, d'organisation et d'extension des MS
- Axe 2 : renforcement des capacités des acteurs du développement des mutuelles
- Axe 3 : mise en place de plans de communication pour la promotion des mutuelles de santé
- Axe 4 : mise en place et développement de partenariats effectifs entre les acteurs
- Axe 5 : renforcement de l'appui de l'État au développement des mutuelles de santé

Le contenu de ces axes sera défini prochainement. (A suivre)

Bibliographie



Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique

Ce guide s'adresse aux responsables de la gestion des mutuelles de santé et aux structures d'appui aux organisations mutualistes. Il vise à renforcer leurs compétences en matière de gestion.

Le contenu et la présentation du guide tiennent compte de la diversité des utilisateurs potentiels. L'approche est volontairement simplifiée mais tend vers une technicité de plus en plus élevée.

Le guide est structuré en sept parties. La première introduit les principes mutualistes et les notions de base relatives à l'assurance santé. Sont présentés dans la deuxième partie, l'organisation administrative de la mutuelle ainsi que différents outils de gestion administrative, tels que le tableau de rôle, les statuts et le règlement intérieur, etc. La troisième partie donne des informations pratiques et illustrées sur les mécanismes, les documents et les procédures spécifiques aux activités centrales de l'assurance santé (gestion des adhésions, des cotisations, des prestations). La comptabilité est abordée dans la quatrième partie. Etant donné la diversité des utilisateurs du guide, le but de cette partie est d'aider à tirer profit des données issues de la comptabilité ; elle présente notamment les notions de base, le fonctionnement des comptes et des travaux en cours et en fin d'exercice. La cinquième partie se centre sur la gestion des activités futures (gestion prévisionnelle). En vue de consolider la situation financière de la mutuelle, la sixième partie traite des risques liés à l'activité de l'assurance et qui influent sur la viabilité de la mutuelle. Enfin, dans la dernière partie sont introduites les notions de contrôle, de suivi et d'évaluation du fonctionnement des mutuelles.

Ce guide a été produit par le programme STEP du BIT. Il est basé sur l'expérience et la contribution de multiples acteurs en Afrique et a également bénéficié de l'apport de l'Association internationale de la Mutualité (AIM).

Le document est disponible dans les bureaux de zone du BIT ou sur demande à step@ilo.org

ISBN : 92-2-213872-4, Prix : 9000 FCFA, xii + 278 pages, date de publication : octobre 2003

Bandes dessinées

PHRplus/Mali a produit deux bandes dessinées dont le thème central a porté sur l'amélioration du taux de recouvrement des cotisations dans les mutuelles de santé de Sikasso et de Bla. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine du non versement de la cotisation par le membre à savoir : l'insuffisance ou l'inexistence de ressources, un système de collecte peu efficace, la méconnaissance des obligations du membre etc. Ces deux bandes dessinées ont essayé d'aborder cette question sous ces différents aspects pour finalement insister sur l'importance de la cotisation dans le fonctionnement des mutuelles de santé. Il faut noter que PHRplus appuie deux mutuelles à Sikasso et deux autres à Bla. Récemment une autre mutuelle a été créée à Sikasso et deux autres à Bla ce qui porte le nombre de mutuelles appuyées à 7 mutuelles de santé. phr_ong@spider.toolnet.org



L'ODSTA (Organisation Démocratique et syndicale des travailleurs africains) vient de publier deux brochures et une série de 6 affiches destinées à la promotion des mutuelles de santé en milieu syndicale.

Les BD sont disponibles sur demande à odsta@laposte.tg

La GTZ vient de démarrer la publication d'une nouvelle lettre d'information du projet sectoriel d'Assurance maladie sociale. Cette lettre informe semestriellement sur les derniers développements du travail de conseil et d'expérimentation en matière d'assurance maladie dans les pays en voie de développement. Le point central de la première édition est le développement de la politique de santé au Kenya. Le gouvernement y travaille avec GTZ pour la mise en place d'une assurance maladie sociale.



La lettre d'information s'adresse aux hommes politiques, aux journalistes, aux scientifiques, aux organismes des systèmes de santé, aux institutions nationales et internationales de coopération pour le développement, aux collaborateurs de GTZ en Allemagne et à l'étranger, aux partenaires de GTZ et aux experts du développement. Elle est disponible en quatre langues (Allemand, Anglais, Espagnol et Français). Adressez-vous à gtz@bv.aok.de pour vous abonner