



EDITO



La santé est un droit humain fondamental. Ce droit englobe non seulement le droit de recevoir des soins de santé adéquat, de qualité et en temps utile mais s'étend aussi à d'autres facteurs déterminants qui peuvent fortement influencer l'état de santé comme l'accès à l'enseignement, à l'eau potable, à l'alimentation, au logement ou être conditionné par un environnement malsain. Dès lors, choisir pour la santé implique une approche holistique dans laquelle les facteurs importants qui déterminent la santé soient pris en compte.

Dans ce contexte, la pauvreté constitue un élément aggravant qui va peser d'autant plus sur l'individu. Or, travailler pour la santé signifie essentiellement lutter contre la pauvreté dans sa multitude de formes et facettes, et surtout de saisir les causes et les mécanismes fondamentaux qui la génèrent et l'entretiennent.

Pour la Concertation le choix est clairement de travailler sur l'organisation des services de santé et sur l'accès à des soins de qualité pour tout individu quelque soit son lieu de vie et sa condition. Améliorer la santé est une responsabilité partagée, de l'individu, des communautés ainsi que des professionnels. Créer ou faciliter des collaborations entre ces acteurs, mettre en œuvre des actions concrètes sur le terrain, promouvoir et défendre des mécanismes de solidarité, renforcer les capacités des individus, tels sont les différentes interventions et les défis que la Concertation s'efforce de réaliser au quotidien.

Les objectifs poursuivis par la Concertation s'appuient sur un dialogue permanent et constructif avec ceux et celles qui placent l'intérêt collectif des populations à avoir accès aux soins de santé au-delà des intérêts particuliers. La Concertation continuera à s'engager en faveur des mutuelles et avec les acteurs responsables pour créer les espaces nécessaires aux rencontres et aux discussions, à alimenter les réflexions, à informer les enjeux. Pour certains la Concertation est source de critiques, mais pour un grand nombre elle est source d'innovation et de création de valeurs ajoutées pour les populations démunies au centre de nos préoccupations.

Le Forum 2007, répond pleinement à ces objectifs : réunir dans un même lieu les mutualistes africains et internationaux sur un thème d'actualité « **Les réseaux des mutuelles de santé dans l'extension de la protection sociale et la lutte contre la pauvreté** » et en débattre. Le besoin de mieux s'identifier se traduit par la première rencontre plénière de l'Union Africaine de la Mutualité, embryon prometteur pour une défense autonome du mouvement mutualiste africain.

Enfin dans ce courrier, nous faisons largement écho, comme à notre habitude, aux actions menées sur le terrain : au Bénin avec La Mutuelle de Sécurité Sociale, au Cameroun avec la création d'une Mutuelle de santé à Yaoundé. Nous nous pencherons également sur l'impact de la mondialisation pour les mutualistes et traiterons aussi du couplage entre mutuelles et micro finance.

Par A. C.

Sommaire

Editorial 1

Expériences / contributions

- *Couplage entre mutuelle de santé et micro finance comme stratégie de renforcement des systèmes de protection sociale : Expériences du Programme d'économie sociale WSM/FBS en Afrique de l'Ouest* 2
- *La mondialisation : Accueil ou opportunité pour la mutualité ?* 8
- *La Mutuelle de Sécurité Sociale : Outil d'extension de la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle au Bénin* 9
- *Création d'une mutuelle de santé à Yaoundé au Cameroun* 11

Evènements

- *Forum 2007 de Dakar* 6-7
- Un regard sur la Mutualité Socialiste de Belgique* 12

⊙ **Couplage entre mutuelle de santé et micro finance comme stratégie de renforcement des systèmes de protection sociale : Expériences du Programme d'économie sociale WSM/FBS en Afrique de l'Ouest**

Dans la plupart des pays de l'Afrique Subsaharienne, seuls 10 % de la population active du secteur structuré jouissent d'une protection sociale ou d'une sécurité sociale partielle qui en plus ne couvre pas les risques maladies et de perte d'emploi. Environ 90% de la population active, notamment les travailleurs (euses) ruraux et de l'économie informelle en sont ainsi exclus.

Face à cet enjeu et en l'absence des actions au niveau de l'Etat, plusieurs acteurs et mouvements sociaux mènent des actions collectives de lutte contre l'exclusion sociale à travers des systèmes de protection sociale à base communautaire. Par exemple dans le domaine de la santé, à travers les systèmes d'assurance maladie à but non lucratif (mutuelles de santé, autres systèmes d'assurance maladie de type communautaire), mais également dans le domaine de l'accès à l'emploi et aux revenus, à l'éducation.

C'est dans ce contexte qu'est né le programme d'économie sociale soutenu par Wereldsolidariteit Solidarité Mondiale, l'Alliance Nationale des Mutuelles Chrétienne et le Fonds Belge de Survie . Ce programme a pour objectif de contribuer à la protection sociale et la sécurité alimentaire à travers les systèmes solidaires et organisations de type communautaire.

La faible base économique (capacité contributive) des populations est l'une des contraintes de développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest. Ce constat dégagé par l'évaluation du PROMUSAF en 2001 a motivé l'expérimentation de programme de micro crédits rotatifs au sein des mutuelles de santé à partir de 2002.

Les objectifs de ce couplage qui se situent dans le cadre d'une recherche action, sont les suivants :

- Améliorer la capacité contributive des mutuelles de santé par l'octroi de crédit et favoriser leur intégration sociale
- Améliorer l'accessibilité financière des membres des initiatives d'économie sociale aux services de

santé par la promotion et le renforcement des organisations de base de type communautaire

Pour WSM, la notion de protection sociale se traduit à travers les initiatives d'économie sociale qui permettent l'accès aux revenus, à la santé et la sécurité alimentaire.

Le système de micro crédit s'inscrit dans un contexte de protection sociale, comme un moyen (et non une fin), une porte d'entrée pour la mobilisation sociale et l'empowerment des membres exclus mais économiquement actifs autour d'activités socio-économiques en vue de constituer un mouvement social fort pour construire progressivement des mécanismes de protection sociale basés sur les principes d'entraide et de solidarité.

EXPERIENCES DE COUPLAGE ENTRE MUTUELLES DE SANTE ET MICRO CREDIT

Différentes expériences de couplage ont vu le jour au sein du programme d'économie sociale WSM/FBS, chacune selon les spécificités du pays ou de la zone d'implantation.

Développement d'un système de micro crédit au sein d'une mutuelle de santé géré par un opérateur de crédit (Institution de Micro finance)

Ce premier modèle d'articulation a été mis en place au Bénin, au Mali (à Ségou), au Burkina et au Sénégal (Pikine et à Djourbel). Ce schéma de base peut être expliqué comme étant *l'introduction d'un programme de micro crédit dans les mutuelles de santé (MDS) géré par un Opérateur de Crédit externe.*

L'appui de l'opérateur de crédit (OC) se justifie d'abord par la nécessité d'une expertise technique et ensuite par le souci de respect de la législation du pays en matière de micro finance.

L'OC est chargé de tous les aspects propres à la micro finance (sensibilisation, formation, étude de dossier, appui conseil, suivi des recouvrements, etc.) et de l'octroi de crédit selon le manuel de procédures. Un contrat de collaboration entre cet opérateur de crédit et le Programme d'Appui aux mutuelles de santé (PROMUSAF) est ensuite signé par les parties.

Deux éléments importants dans la politique de crédit : les mutualistes doivent constituer de groupes de solidarité qui serviront de caution solidaire. L'épargne n'est pas exigible avant octroi mais il est demandé de constituer une épargne progressive d'au moins 5% au moment des remboursements de crédit.

Le modèle de couplage contribue au paiement des cotisations de deux manières :

- Soit par paiement direct au moment de l'octroi de crédit
- Soit par paiement au moment des remboursements de crédit (grâce aux bénéficiaires générés par les activités génératrices de revenus).

Cependant, les risques d'aubaine (l'adhésion des nouveaux membres dans l'espoir de bénéficier du micro crédit) et d'effets pervers pour la mutuelle de santé en cas d'arrêt de l'octroi de micro crédit constituent les faiblesses de ce modèle.

Développement d'un système de micro crédit au sein d'une mutuelle de santé géré par la mutuelle de santé (cas du Sénégal – Thiès)

Le second modèle d'articulation est une expérience mise en place au sein des mutuelles de santé de Thiès (Sénégal) où un système de crédit rotatif géré par la mutuelle elle-même a été implanté en son sein. Ce modèle a été expérimenté par la Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès (CRMST) dans le cadre d'un partenariat bilatéral avec Mutualité Chrétienne Verviers depuis 2000.

Ce modèle de couplage contribue au recouvrement des cotisations par le système de prélèvement direct (6 mois de cotisations) au moment de l'octroi de crédit.

La caractéristique principale de ce modèle réside dans la gestion du crédit par les mutuelles de santé elles-mêmes sans l'appui d'un opérateur de crédit agréé. Ce modèle de gestion permet de générer les intérêts du crédit à destination exclusive de la mutuelle. Ces intérêts peuvent ensuite être utilisés pour le développement de la mutuelle et de ses activités.

Toutefois, la question de la compétence et de la légalité de la gestion du micro crédit par la mutuelle de santé se pose car ce modèle pourrait avoir des conséquences fâcheuses en terme de gestion professionnelle du crédit et de déviation de la mission de la mutuelle.

Développement d'une mutuelle de santé à partir d'une Caisse d'Épargne et Crédit (cas du Burkina Faso – Kaya)

Le troisième modèle d'articulation est l'expérience de la mutuelle de santé de Watinooma de Kaya créée à partir de la Caisse d'Épargne et Crédit du même nom. Conscient de la vulnérabilité de ses membres aux maladies (ce qui affecte le taux de remboursement de crédit du fait de la fongibilité du crédit), l'Association Watinooma a sollicité l'appui du Réseau d'Appui aux

Mutuelles de santé (RAMS) pour la création d'une mutuelle de santé.

La mutuelle est fonctionnelle depuis 2005. Au cours de l'année 2005, le taux brut d'utilisation était de 35 % ; ce taux est supérieur à la moyenne des autres mutuelles (27%) et de la moyenne nationale qui est de 34%.

Ce modèle présente les avantages suivants :

- il part d'un capital social existant : les membres qui expriment une solidarité dans la mobilisation des ressources pour les Activités Génératrices de Revenus peuvent facilement accepter l'idée de solidarité dans la prévention des risques maladies
- une claire séparation entre les deux initiatives (organes et la comptabilité)
- le micro crédit étant déjà pris en compte par l'Association, le risque d'effet d'aubaine (qui peut être observé dans les autres modèles) est réduit ; en plus l'assurance maladie sécurise le micro crédit.

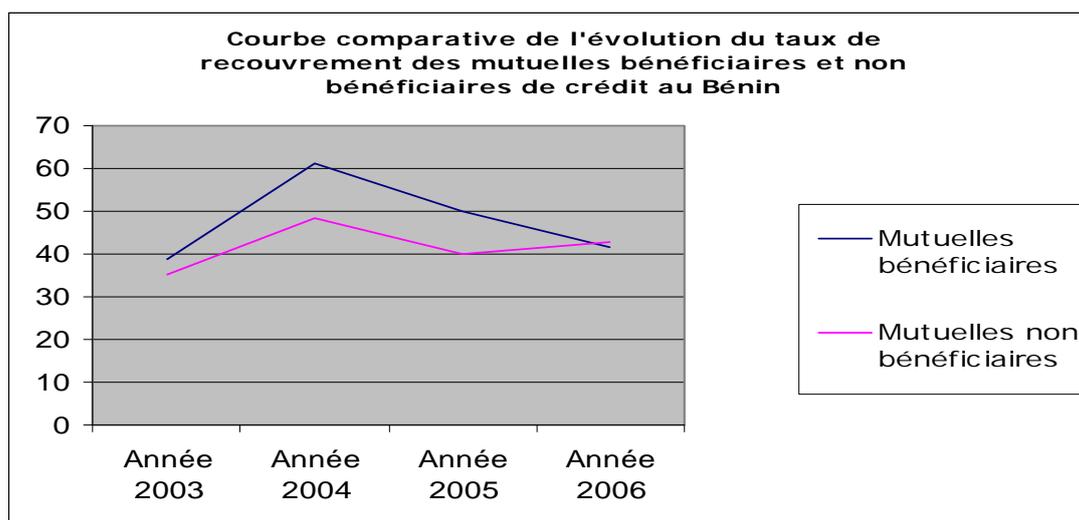
LES EFFETS DU COUPLAGE

Amélioration du taux de recouvrement des cotisations

De l'analyse des rapports des différentes expériences et de l'enquête effectuée au Bénin, on constate que l'effet du micro crédit varie selon le modèle, le mode de prélèvement des cotisations et du pays.

Au Sénégal, cette évolution est nette pour les mutuelles de santé de Thiès (avec des évolutions de 64% pour Lehar et de 115% pour Petit Thialy) et Ndongol (100%) [Access, 2005]. En effet, pour ces deux schémas, la cotisation est prélevée au moment du versement du micro crédit.

Au Bénin, la différence entre mutuelle bénéficiaire et non bénéficiaire est peu perceptible. Cette situation varie selon les régions : les mutuelles de santé bénéficiaires de micro crédit au Nord ont une meilleure évolution de leur taux de recouvrement de cotisations par rapport aux mutuelles non bénéficiaires de micro crédit. De plus, on constate que les mutuelles ayant bénéficié d'un apport continu de micro crédit depuis 2003 ont un taux de recouvrement supérieur (50%) aux autres mutuelles de santé non bénéficiaires de micro crédit ou bénéficiaires depuis moins d'un an (40%).



Il convient cependant de déterminer si cette augmentation est le résultat d'une obligation de paiement dont s'acquittent les mutualistes désireux du micro crédit ou si elle est le résultat net de l'augmentation des revenus des mutualistes grâce à ce même crédit ou encore si elle est le résultat d'un changement de mentalité parmi les mutualistes pour qui les cotisations - et donc la santé - deviennent progressivement une vraie priorité.

Au Burkina, la différence entre les mutuelles bénéficiaires et non bénéficiaires n'est pas significative.

Au Mali, l'effet est perceptible : depuis l'introduction du micro crédit en 2003, le taux de recouvrement moyen de la Mutuelle Interprofessionnelle de Ségou (MUTISE) bénéficiaire de micro crédit est de 65 % alors que la moyenne dépasse rarement 60% pour la majorité des mutuelles communautaires.

Élargissement de la gamme de prestations

L'évaluation de ACCESS a révélé un élargissement de la gamme de prestations (passage des soins de santé primaires aux hospitalisations et actes chirurgicaux) pour les mutuelles de Lehar, Petit Thialy et Thiénaba (Access, 2005). En outre, selon les responsables de la mutuelle Lehar, le micro crédit a contribué au relèvement de la prise en charge (de 50% à 70%) et de la durée d'hospitalisation (de 8 à 10 jours).

Renforcement des systèmes de protection sociale

L'effet du couplage sur le renforcement des systèmes de protection sociale varie en fonction du modèle, du contexte local et du nombre de cycles de crédit.

Il est plus perceptible à Thiès et Pikine où le micro crédit (d'un montant relativement plus élevé (environ

50.000 Fcfa) a permis aux bénéficiaires ayant obtenu au moins 4 cycles de crédit de démarrer des activités, de créer des emplois (cas de Pikine), d'améliorer leurs revenus, de payer leurs cotisations et d'avoir accès à l'alimentation.

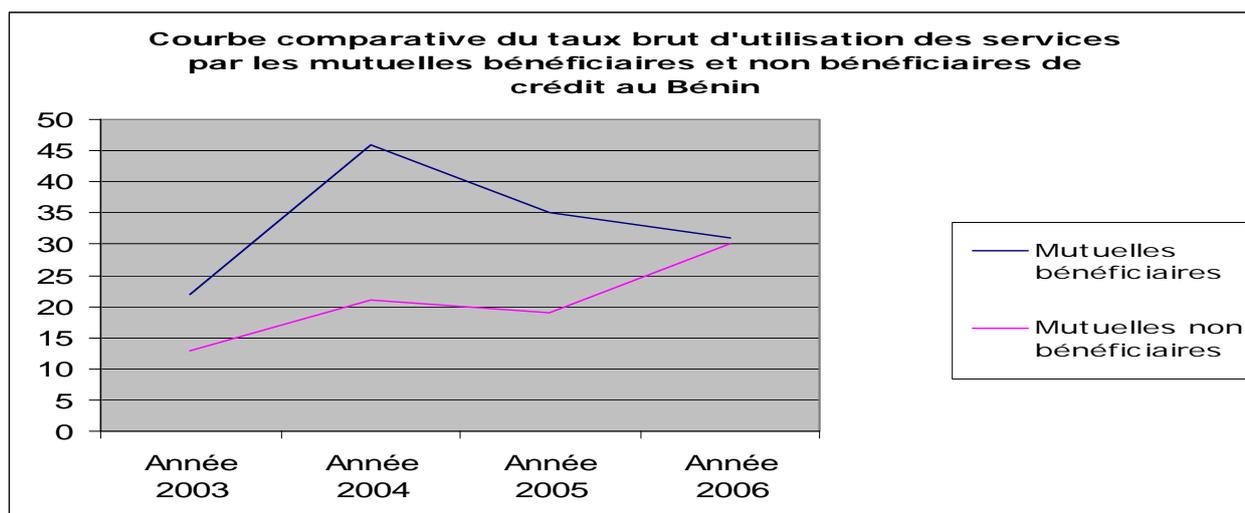
Au Bénin, dans l'ensemble, l'amélioration des revenus des mutualistes est peu significative. On constate cependant des disparités selon les zones : l'effet est ainsi plus perceptible au Nord qu'au Sud et en milieu rural plutôt qu'en périurbain ; en effet, en milieu rural, les mutualistes peuvent démarrer leurs activités avec des montants relativement faibles (5.000- à 15.000 Fcfa).

Selon l'enquête, près de 60% des mutualistes bénéficiaires affirment épargner plus depuis l'introduction du micro crédit. La même enquête révèle que sur 106 bénéficiaires, 91% affirment avoir payé leurs cotisations à partir des activités génératrices de revenus financées par le micro crédit (Dandoy, 2006).

Au Mali, une enquête réalisée par une Stagiaire étudiante d'Université en France auprès des bénéficiaires a permis de constater que grâce au micro crédit, les femmes ont pu démarrer des petites activités génératrices de revenus. Des témoignages des bénéficiaires, il ressort que le couplage a contribué à un meilleur accès à l'alimentation, paiement des frais de scolarité des enfants et l'amélioration du statut social de la femme. (Source : Echos de Balanzans, bulletin de liaison de la MC Anderlues).

Amélioration de l'utilisation des services de santé

Au Bénin, on constate dans l'ensemble une différence significative entre les taux brut d'utilisation des services de santé des mutuelles de santé bénéficiaires



et non bénéficiaires de micro crédit. Toutefois, il semble que les mutualistes ayant bénéficié du crédit parviennent à prendre en charge plus d'enfants que les mutualistes non bénéficiaires du crédit. Ainsi, sur les 65 mutualistes non bénéficiaires du crédit interrogés, la moyenne du nombre d'enfants affiliés à la mutuelle de santé est de 1,97. En comparaison, sur les 113 mutualistes bénéficiaires du crédit interrogés, la même moyenne est de 2,46 (Dandoy, 2006).

Au Mali, on constate une évolution nette de l'utilisation de services de santé : le nombre de prises en charges de la MUTISE est passé de 152 (en 2004) à 1978 (en 2006).

Notons toutefois que d'autres paramètres agissent également sur le taux de fréquentation des centres de santé tels que l'accueil, la qualité de l'offre de soins, la disponibilité des médicaments génériques et la connaissance du circuit du patient.

LECONS TIREES

Les principales leçons tirées de ces expériences sont les suivantes :

L'effet culturel du micro crédit

Des effets du couplage ont été observés sur le taux de recouvrement des cotisations mais à ce niveau, il faut être prudent ; en effet si dans certains cas, l'amélioration de taux de recouvrement de cotisations pourrait être le résultat d'une amélioration de revenus, pour d'autres on constate que cette amélioration pourrait être due à l'effet incitatif culturel du micro crédit au paiement de cotisations. Il est donc recommandé de continuer l'observation dans le temps.

Importance des services non financiers

Les services non financiers supportent les services financiers et sont appréciés par les bénéficiaires. En effet, les femmes dans la plupart des cas, sont à la recherche constante de nouvelles opportunités économiques pour l'utilisation des crédits (qui garantissent par ailleurs la rentabilité de leur activité et donc le remboursement). La plus value d'un opérateur de crédit outre l'aspect légal, assure un accompagnement professionnel dans le renforcement des capacités en gestion.

Pré existence des liens économiques entre les membres

On constate que les groupes de solidarité qui menaient des activités économiques avant le couplage (cas des groupements féminins à volet mutualiste de Ségou) ont eu des résultats plus intéressants (en terme de taux de remboursement, taux de recouvrement de cotisations) que les groupes de solidarité constitués pour l'octroi de crédit.

Séparation des deux initiatives

Des risques d'aubaine subsistent dans le cas de système de micro crédit introduit au sein des mutuelles de santé : des membres peuvent adhérer à la mutuelle de santé ou payer les cotisations dans l'espoir de bénéficier du micro crédit. Il est recommandé de séparer les deux initiatives (les organes, la comptabilité) : la caisse d'épargne crédit et la mutuelle de santé et d'entrevoir des relations de partenariat; cela permet outre de maintenir chacune dans sa mission, d'apprécier la performance de chaque organisation de base.

Risque de déviation des missions de la mutuelle

Certaines mutuelles peuvent s'orienter vers la gestion du micro crédit au détriment des valeurs mutualistes. C'est pour cela qu'il est recommandé de séparer les (suite page 8)



CONCERTATION

Entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique

FORUM 2007 DU 26 ET 27 NOVEMBRE 2007, DAKAR, SENEGAL

Programme du 26 novembre

9h00 - 10h00 Accueil	Accueil des participants <i>Présidence de la matinée : Dr Aboubacry Fall, Directeur, Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, Sénégal</i> Mot de bienvenue et introduction aux thèmes de la conférence, <i>Mr Maurice DURANTON, vice-président de l'Association Internationale de la Mutualité</i> Allocution du Ministre de la Santé et de la Prévention médicale, <i>Mde Safiatou Thiam</i> Les réseaux des mutuelles de santé peuvent-ils contribuer à étendre la protection sociale ?
10h30	Pause café
10h45 - 12h30	Séance académique L'extension de la protection sociale en enjeu majeur pour le développement humain et la lutte contre la pauvreté – <i>Christian JACQUIER – BIT, département de la Sécurité Sociale, coordinateur Step, Alex PREKER, Economiste en chef, Banque Mondiale, François DIOP Abt Associates</i> La stratégie nationale d'extension de la protection sociale, <i>Ibrahima DIA, Cellule DSRP Chargé de l'axe Protection Sociale, Ministère de l'Economie et des Finances, Sénégal</i> Panorama du développement des mutualités en Afrique, <i>Olivier LOUIS dit GUERIN, BIT programme Step Afrique de l'Ouest.</i> La plus value politique d'une union Africaine pour la Mutualité, <i>Mr Mohamed EL FARRAH, Président de la Mutuelle Générale des Administrations Publiques, Maroc</i>
12h30	Déjeuner
14h30 - 16h00	Mutuelles de santé et rôle de l'Etat Président de séance : <i>Cheikh MBENGUE HS 2020, USAID</i> Elaboration d'un cadre légal communautaire pour les mutuelles sociales : un processus participatif à l'échelle régionale : <i>Mr Saïbou SEYNOU, Directeur général de la Protection Sociale, Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, Burkina Faso</i> Plan national d'action et rôle de l'Etat : <i>Mr Olivier RUGAMBA, Président de la mutuelle de district de Nyarugenge, Rwanda</i> Assurance maladie obligatoire au Mali : quelle place pour la mutualité ? <i>Mr Issa SISSOUMA Directeur Général, Union Technique de la Mutualité, Mali</i> "Rôle et place des mutuelles de santé dans la politique de financement du secteur de la santé en RDC : enjeux et perspectives". <i>Dieudonné MUFWANKOLO, Directeur du PNPMS (Programme national de Promotion des mutuelles de Santé du ministère de la santé), République Démocratique du Congo</i>
16h00	Pause café
16h30 - 17h30	Table ronde : Réaction des 2 panelistes aux différentes interventions <i>Dr Aboubacry Fall, Directeur, Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat, Sénégal</i> <i>Maurice DURANTON, Vice-président de l'Association Internationale de la Mutualité</i> Echanges et débats avec l'auditoire : <i>Mr Mbaye Sidi MBAYE, journaliste.</i>
17h30	Clôture de la première journée



CONCERTATION

Entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique

FORUM 2007 DU 26 ET 27 NOVEMBRE 2007, DAKAR, SENEGAL

Programme du 27 novembre

09h15 - 10h50	<p>Les réseaux comme stratégie de renforcement des mutuelles de santé</p> <p>Président de séance : Mr Jean Philippe HUCHET, Vice-président, Mutuelle Générale de l'Education Nationale, France</p> <p>Création de réseaux régionaux de mutuelles de santé au Bénin et au Kenya : <i>Bruno GALLAND, CIDR</i></p> <p>Extension du réseau <i>Oyofal Paj</i> comme stratégie de pérennisation de la couverture sociale dans la région de Kaolack. <i>Mme Lobé CISSOKHO, Présidente de la mutuelle Oyofal Paj, Sénégal</i></p> <p>La recherche de solutions pour le problème de la faible capacité contributive des populations, l'expérience du secteur agricole, <i>Baba NGOM, Secrétaire général du CNCR, Sénégal.</i></p>
10h50	Pause café
11h25 - 12h30	<p>Table ronde : Réaction des 2 panelistes aux différentes interventions</p> <p><i>Ilère NGONGANG, Chargé de programme en économie sociale, WSM, Solidarité Mondiale, Belgique</i></p> <p><i>Dr Komi AHAWO, Conseiller Technique GTZ, Chargé du Volet Micro assurance Mutuelles de Santé (MAMS), Cameroun</i></p> <p>Echanges et débats avec l'auditoire animés par : <i>Mr Mbaye Sidi MBAYE, journaliste.</i></p> <p>Fin des travaux de la matinée</p>
12h40	Déjeuner
14h30 - 15h50	<p>Les réseaux comme stratégie de renforcement des mutuelles de santé (suite)</p> <p>Présidente de séance : Madame Khady FALL DIOP, coordinatrice de la Mutuelle de Santé de l'UM PAMECAS, Sénégal</p> <p>L'expérience de mise en réseau de PHR+ au Bénin</p> <p>Couplage entre mutuelles de santé et système de micro finance au Cameroun, <i>Mr Eric M'BENOU, Directeur adjoint du SAILD PROMUS (Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement), Cameroun</i></p> <p>"L'accès aux médicaments, un défi pour le réseau mutualiste au Burundi, <i>François SINDIMWO, Directeur Général, Mutualité de Fonction Publique, Burundi</i></p> <p>Les mécanismes d'articulation entre les régimes légaux de sécurité sociale et les mécanismes de protection sociale à base communautaire : <i>Alain COHEUR, Directeur, Mutualité Socialiste, Belgique</i></p>
15h50	Pause café
16h10 - 17h10	<p>Table ronde : Réaction des 2 panelistes aux différentes interventions</p> <p><i>Jean de la Croix YANGNENAM, 3ASC et Louvain Développement, Benin</i></p> <p><i>Mouhamed OULD BEKAYE, Président, Mutuelle Communautaire de santé de Darnaim, Mauritanie.</i></p> <p>Echanges et débats avec l'auditoire animés par <i>Mr Mbaye Sidi MBAYE, journaliste.</i></p>
17h10 - 17h30	<p>Conclusions du Forum : <i>Werner SOORS, Institut Médecine Tropicale, IMT Belgique.</i></p> <p>Discours de clôture</p>
17h45	Cocktail de clôture

deux initiatives et de confier la gestion du micro crédit à un opérateur de crédit.

Nombre de cycle de crédit

L'effet de l'accroissement des revenus des bénéficiaires de micro crédit reste marginal compte tenu du montant de crédit et du nombre de cycles de crédit. Les effets sur l'amélioration des revenus doivent être constatés après au moins 4 cycles successifs de crédit.

Le pourcentage des bénéficiaires au sein de la mutuelle de santé

Du fait du faible montant de crédit, le pourcentage des membres bénéficiaires de micro crédit reste faible par rapport au membership de la mutuelle de santé (moins de 30%). Le taux de recouvrement des premiers est généralement de 100% mais son effet sur le taux de recouvrement moyen de la mutuelle est pondéré par le faible pourcentage des bénéficiaires de micro crédit. Pour éviter des cas de frustration de certains membres de la mutuelle n'ayant pas encore bénéficié de micro crédit en dépit des critères clairement établis, il est recommandé de disposer de fonds suffisant pouvant satisfaire la demande de tous les membres de la mutuelle remplissant les conditions.

Conditionnalités d'octroi de crédit au paiement des cotisations

Certaines Caisses d'épargne crédit qui développent la micro assurance subordonnent l'obtention de crédit au paiement des cotisations ; or cette approche trouve des difficultés dans la mise en œuvre du fait que la période d'octroi de crédit ne coïncide pas à la période de renouvellement des adhésions dans un système où la fidélisation est faible.

Mode de comparaison entre les mutuelles bénéficiaires et non bénéficiaires de micro crédit

Pour une bonne comparaison des effets nets du couplage entre les mutuelles de santé, il faut les choisir sur les mêmes bases/ caractéristiques : groupes cibles, mode de collecte de cotisation, etc.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Access Finance, 2005, Evaluation des fonds de micro crédits des mutuelles de santé de Thiès, 47 pp
- DANDOY, S, 2006 Articulation entre micro assurance santé et micro crédit : Analyse des expériences du programme d'économie sociale WSM/FBS- Mémoire de DESS, Université Libre de Bruxelles, 54 pp

- Echo des Balanzans, n°3, Bulletin d'information du Comité de Partenariat de la Mutualité Chrétienne du Centre de Charleroi
- PROMUSAF Bénin, 2006 Rapport d'activités 2005
- PROMUSAF Sénégal, 2006 Rapport d'activités 2005
- RAMS, 2006 Rapport d'activités 2005
- UTM, 2006 Rapport d'activités 2005

Par Ilère NGONGANG,

Chargé de Programme d'économie sociale WSM/FBS

& Sébastien DANDOY,

Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, Bruxelles

☉ La mondialisation : Ecueil ou opportunité pour la mutualité ?

La solidarité, la gestion démocratique par les mutualistes pour les mutualistes, la redistribution intégrale des richesses créées, sont les valeurs sur lesquelles les mutuelles s'appuient pour résoudre depuis longtemps, bien des problèmes sociaux, et ceci dans de nombreux pays. Pourtant le concept mutualiste, est mis à mal aujourd'hui par certains effets de la mondialisation.

Les sociétés de capitaux, qui ne voient souvent dans le secteur social qu'un marché à conquérir, agissent pour avoir l'exclusivité de l'activité. On peut noter ainsi, que certaines évolutions législatives et réglementaires ouvrent, dans de nombreux pays, les champs d'action mutualistes, à la concurrence et au marché. Dans les pays concernés, les acteurs mutualistes sont amenés à employer une grande énergie pour éviter la banalisation de leur modèle. Les Unions de mutuelles, les Fédérations ou le poids économique des structures existantes permettent parfois de lutter et de maintenir l'influence des entreprises de l'Economie sociale. Mais il arrive aussi dans certains pays que la dé mutualisation offre aux tenants du marché de nouveaux champs d'activités pour accroître leurs profits.

Dans un contexte de mondialisation, le manque de visibilité, voire l'isolement de notre modèle ne peut donc ni le protéger à moyen terme, ni permettre d'envisager sa pérennité à long terme. Au plan mondial, les principes mutualistes sont trop peu connus, et de plus certaines formes de structures appelées mutualistes, sont assez éloignées de ce qui fait l'originalité et l'efficacité du modèle.

La mondialisation peut-elle détruire l'entreprise mutualiste ?

La réponse est oui si les acteurs de ce secteur ne prennent pas conscience du fait qu'en restant cantonnés à des contextes nationaux, le marché qui est le moteur de la mondialisation, imposera ses règles progressivement à chacun des pays concernés.

La réponse est non si, ensemble, les mutualistes décident de renforcer leurs réalisations là où elles existent, et aident au développement de nouvelles entités mutualistes partout où il n'en existe pas encore.

Jean-Michel Laxalt, Président de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) disait récemment :

« Plus que jamais les enjeux sont humains. Ils concernent toute la planète. Nous redécouvrons les exigences fondamentales de la commune humanité. Les conditions élémentaires d'équilibre du vivant, les conditions nécessaires d'équilibre des sociétés humaines, s'imposent comme des défis d'avenir impérieux. Aucun décideur avisé ne l'ignore..... La solidarité mutualiste et coopérative est une forme d'action collective concourant à la qualité sociale. Nos valeurs sont un vecteur de progrès humain.»

Et il se trouve justement que les valeurs de la mutualité ont permis à la mutualité d'apporter des solutions aux problèmes de la protection de la personne y compris durant des périodes très difficiles (notamment l'immédiate après guerre), dans quelques pays d'Europe mais aussi bien au delà. Ces valeurs peuvent permettre, de la même manière, de résoudre aujourd'hui des problèmes sociaux et de santé partout ailleurs. Ces valeurs permettent aussi de faire fonctionner des entreprises mutualistes qui proposent des produits d'assurance (santé, prévoyance, retraite) bien meilleurs que ceux vendus par les sociétés de capitaux dans la mesure où les mutuelles n'ont pas d'actionnaire à rémunérer. Enfin, contrairement à certaines pratiques du marché qui ont pour effet l'exclusion, les nôtres ont pour effet de renforcer le lien social. Serait il possible, qu'à l'heure où la plupart des responsables politiques à travers le monde se donnent justement pour but le renforcement de ce lien social, nous soyons incapables de convaincre du bien fondé de notre démarche?

Le développement d'une mutualité authentique dans le plus grand nombre de pays possibles doit être notre objectif commun. Seul le développement international de la mutualité, notamment dans les pays émergents, est de nature à rendre possible sa pérennité.

En nous regroupant sur cet objectif dans la concertation mais aussi partout où cela sera nécessaire, nous pourrons faire de la mondialisation non plus un processus destructeur pour nos organisations mais une opportunité forte pour la diffusion de nos valeurs et la mise en œuvre de réalisations concrètes, pérennes et solidaires.

Par Jean Philippe HUCHET,

Vice Président de la Mgen



© La Mutuelle de Sécurité Sociale : Outil d'extension de la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle au Bénin

• Contexte

Au Bénin, les actions publiques en matière de protection sociale se sont pendant longtemps orientées vers la prise en charge des travailleurs du secteur formel. Les populations de l'économie informelle ne bénéficiaient d'aucune couverture sociale.

Face à cette situation et dans le souci d'étendre la protection sociale à un plus grand nombre, l'État a pris l'initiative de créer la Mutuelle de Sécurité Sociale (MSS) en collaboration avec les associations socio-professionnelles des travailleurs de l'économie informelle en 1999.

Deux mutuelles ont été ainsi créées dans les villes de Cotonou et Parakou, administrées par des organes issues d'une assemblée générale composée des associations membres et gérées au quotidien par une cellule technique composée de personnels salariés. La MSS offre deux types de produits : une assurance santé couvrant les niveaux primaires et secondaires et une assurance vieillesse.

Après quelques années de fonctionnement, ces mutuelles étaient confrontées à d'énormes difficultés aussi bien au plan organisationnel qu'au plan technique. En fin d'année 2003, la branche assurance santé comptait moins de 1000 bénéficiaires effectifs et les taux de recouvrement des cotisations se situaient en moyenne à 30%.

Ainsi, en 2004, suite à une sollicitation du Ministère du Travail et de la Fonction Publique, le BIT/STEP a appuyé le processus de redynamisation de la MSS après un diagnostic de la branche assurance santé de la mutuelle de Cotonou. Le produit assurance santé a été profondément réformé et les capacités des élus et du personnel technique ont été renforcées. Les réformes issues de cette redynamisation ont été mises en œuvre à partir de janvier 2006 après adoption par l'assemblée générale.

La cotisation mensuelle s'élève à 600 FCFA par bénéficiaire et la mutuelle couvre à 70% les services de santé de base et spécialisés.

• Les indicateurs de performance de la MSS Cotonou

La mise en œuvre des réformes a entraîné un nouveau dynamisme au sein de la MSS Cotonou aussi bien au niveau des nouvelles adhésions que du recouvrement des cotisations comme le montrent les graphiques 1 et 2. En fin d'année 2006, la mutuelle comptait 3216 bénéficiaires avec un taux de recouvrement mensuel moyen de 85% sur la période.

Un plan de développement de la mutuelle a été élaboré sur cinq ans et prévoit une augmentation progressive du nombre de bénéficiaires jusqu'à 10 000 personnes.

Les cotisations sont recouvrées par les responsables d'association auprès des membres, sur la base d'un appel de cotisation que le comptable de la mutuelle

met à leur disposition chaque début de mois

La gestion technique est désormais effectuée grâce au logiciel MAS Gestion qui donne une plus grande visibilité à la mutuelle et une meilleure satisfaction des mutualistes.

Par sa capacité de gestion professionnalisée et son dynamisme, la MSS s'est positionnée aujourd'hui comme un puissant outil d'extension de la protection sociale en matière de santé. Cela se traduit par l'adhésion de plusieurs associations socio-professionnelles et des Petites et Moyennes Entreprises (PME) en quête de couverture pour leur personnel. On peut citer notamment les initiatives suivantes :

- La Banque Régionale de Solidarité (BRS) qui octroie des prêts à des conducteurs de taxi-motos pour l'achat d'une motocyclette a décidé de prendre en charge leur frais d'adhésion et leurs cotisations à la MSS pour leur permettre de bénéficier d'une assurance maladie. Ainsi, tous les bénéficiaires de ce crédit estimés à 4000 personnes à terme, seront automatiquement pris en charge à la MSS.
- La Direction de la ferme agro pastorale « Girardin Luigi » d'Allada (ville située à une centaine de Km de Cotonou), a inscrit tout son personnel à la MSS en prenant directement en charge les cotisations à raison de quatre personnes par Agent.

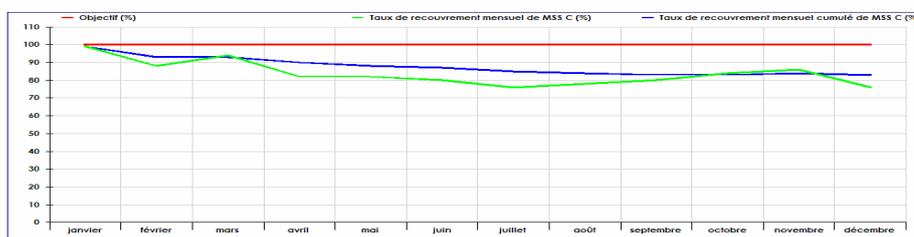
La contribution de la MSS dans l'accès aux soins des populations du secteur informel devient de plus en plus perceptible. Au cours de l'année 2006, la part des bénéficiaires en cours de droit atteignait en moyenne 70% et les dépenses totales en prestations effectuées par la mutuelle se sont élevées à près de 22 millions de FCFA.

Pour accompagner ce nouveau dynamisme, le BIT/STEP a appuyé un processus d'élaboration d'un plan de communication/marketing au profit de la mutuelle en 2007. Selon les premiers résultats des enquêtes effectuées dans ce cadre, plusieurs autres PME et associations socio-professionnelles sont intéressées pour inscrire leurs membres à la mutuelle. Les personnes interrogées ont par ailleurs répondu que la capacité contributive n'est pas un frein à leur adhésion à la MSS ; ils mettent plutôt l'accent sur l'attractivité du produit offert

Graphique 1 : Evolution des bénéficiaires de MSS Cotonou en 2006



Graphique 2 : Evolution du taux de recouvrement mensuel en 2006



notamment une gamme élevée de prestations couvertes.

• **Stratégie de diffusion de la MSS au Bénin**

L'objectif visé par le MTFP à terme est d'installer au moins une mutuelle de sécurité sociale dans chaque Chef Lieu de Département du Bénin. Cependant, face aux expériences des trois mutuelles installées à ce jour (Cotonou, Parakou, Porto Novo) et aux acquis issus de la redynamisation de la MSS Cotonou, il a été convenu de fusionner les trois mutuelles existantes en une seule mutuelle de sécurité sociale du Bénin. Ceci permettra de réaliser des économies d'échelles et d'avoir une plus grande mutualisation du risque. Ce processus est en cours et bénéficie de l'appui technique du BIT/STEP. A terme, il y aura une seule mutuelle de sécurité sociale au plan national qui installera des Sections Locales dans les grandes villes du Bénin.

*Par Adam Dramane Batchabi,
STEP Bénin*

⊙ **Création d'une mutuelle de santé à Yaoundé au Cameroun**

L'assemblée générale constitutive de la Mutuelle de Santé la Côtère s'est tenue à Yaoundé au domicile de son Excellence Laurent Ezzo Ministre d'Etat Secrétaire Général de la Présidence de la république le 11/10/2007 en présence de tout le gotha des élites du département du Wouri résident à Yaoundé et des responsables de L'ONG ASSA opérateur technique du projet.

La Mutuelle de santé la côtère est une initiative de l'Association Duala Duala. Cette association regroupait au départ les élites provenant des 6 cantons du département du Wouri résidentes à Yaoundé et réparties comme suit :

- 1- Canton Belle Belle (Bonabéri)
- 2- Canton Dooh Dooh (Bonanjo)
- 3- Canton Bonambela (Akwa)
- 4- Canton Ebelle (Deido)
- 5- Canton Bassa ba Wouri (Bassa)
- 6- Canton Bakoko (Bakoko)

L'Association Duala Duala regroupe aujourd'hui en plus des élites du département du Wouri, celles des départements du Mungo, du Nkam et de la Sanaga maritime. Elle compte 1 800 familles pour une population d'environ 5 000 âmes.

L'originalité de ce projet est de créer une mutuelle régionale, et non pas locale. Il sera ainsi beaucoup plus facile d'atteindre la masse critique, c'est-à-dire

un nombre d'assurés (et de bénéficiaires) suffisant pour assurer l'équilibre et l'autonomie de la mutuelle.

L'objectif de la mutuelle est de faciliter l'accès aux soins à tous les ressortissants de la province du Littoral résident à Yaoundé. Les portes de la mutuelle restent ouvertes à toute personne désireuse de s'inscrire. C'est dans ce sens que Les responsables de la mutuelle avec l'appui de L'ONG ASSA sont entrain de lancer une grande campagne de sensibilisation des populations de Yaoundé.

Pour la prise en charge médicale de ses membres et dans le but de leur faciliter l'accès géographique aux soins, la Mutuelle de santé la Côtère a signé des conventions avec 05 formations sanitaires disséminées dans la ville de Yaoundé (03 formations sanitaires de premier niveau et 02 de deuxième niveau).

Lors des travaux de l'assemblée générale constitutive, les membres du conseil d'administration, du bureau exécutif et du comité de surveillance ont été élus.

La cotisation mensuelle par bénéficiaires est de 600 FCFA.

Les prestations de la mutuelle couvrent les soins de premier et deuxième niveau (Soins ambulatoires, hospitalisations et opérations chirurgicales)

*Par Muhammad Ntock et Mme Kom Dolesse,
ONG ASSA*

La concertation,
8, Cité Pyrotechnique, Mermoz
BP 414 – Dakar / Sénégal
Tél. : (221) 33 860 46 28
Fax : (221) 33 860 11 25
Email : concemut@sentoo.sn
<http://www.concertation.org>

*Un programme appuyé par WSM,
ANMC, BIT/STEP,
GTZ/assurance maladie, PHRplus,
AIM, UNMS, RAMUS, MFP,
MGEN et AWARE/RH*

☉ Un regard sur la Mutualité Socialiste de Belgique. Soutient des projets de mutuelles de santé en Afrique

La mutualité socialiste de Belgique, promoteur de la Concertation, appuie différentes initiatives de mutuelles de santé dans les pays du Sud, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale mais également en Amérique latine.

La philosophie de ces projets repose avant tout sur un partenariat avec des mouvements sociaux organisés dans les pays concernés, qu'il s'agisse d'organisations syndicales, de groupements paysans ou bien encore d'associations de femmes, parfois au travers d'ONGs locales qui soutiennent la structuration et la responsabilisation de ce tissu associatif.

En Belgique, la mutualité socialiste représente 30% de la population du pays, bénéficiaires du système obligatoire d'assurance maladie, branche de la sécurité sociale (www.mutsoc.be).

Nos activités de coopération s'exercent principalement au travers de notre ONG Solidarité Socialiste (SOLSOC), agréée et subventionnée par les pouvoirs publics belges.

La mutualité socialiste qui exerce la présidence de l'ONG, apporte non seulement un soutien financier, complémentaire au financement public et aux dons individuels mais également une expertise technique nécessaire à l'identification, au suivi et à l'évaluation de projets.

Quelques exemples de projets que nous soutenons depuis 2003 (effort qui va se poursuivre et s'accroître au cours des prochaines années) :

1. Mutuelle OYOFAL PAJ – régions de Kaolack et de Fatick (SENEGAL) (projet présenté antérieurement dans le journal de la Concertation)

L'association APROFES est une importante ONG, composée de groupements de base, qui s'adresse essentiellement aux femmes.

Elle appuie également des initiatives de micro-crédit pour les femmes, et fonde sa philosophie d'action sur une approche participative.

APROFES s'appuie sur sa structure pyramidale décentralisée et utilise l'acquis de son système d'épargne - crédit.

L'objectif est de mettre en place un réseau de mutuelles de santé au niveau de deux régions et auprès de 77 groupements de base, afin de garantir l'accès à des soins de qualité. Ce réseau doit être constitué d'une mutuelle centrale urbaine et de cinq mutuelles rurales.

Le projet est passé par des étapes de sensibilisation, de constitution des organes de gestion, de mise en place d'un fonds de roulement, de formation, de mise en place d'un système de suivi. En parallèle ont eu

lieu des échanges d'expériences avec d'autres structures mutuellistes, un partenariat avec STEP - BIT, ainsi qu'une collaboration étroite avec les services de santé (couplée à un contrôle de la qualité effective des soins).

2. Développement de mutuelles de santé dans deux départements du Burkina Faso, par l'intermédiaire de l'association SONGUI MANEGRE (ASMADE)

SOLSOC est le principal partenaire financier et technique de l'association ASMADE depuis 1994, dans le cadre de micro-projets de santé au niveau de plusieurs villages ASMADE a créé des mutuelles de santé (deux) en partant de la conscientisation des populations villageoises à l'importance de la prise en charge de leurs problèmes de santé.

Le phasage est passé d'abord par une étape d'information et de sensibilisation, puis par la mise en place de deux mutuelles (au départ des comités de santé villageois), avec comme objectif un accroissement significatif du taux de fréquentation des formations sanitaires.

A cet égard, une collaboration a été mise en place entre les mutuelles et les centres de soins de santé primaires et secondaires (CSPS) des zones concernées.

3. Un nouveau projet pour 2008-2012 : appui des caféiculteurs du Burundi pour la mise en place d'une mutuelle de santé

Objectif : Améliorer l'accessibilité des membres des associations de caféiculteurs de la CNAC (La Confédération Nationale de Associations des caféiculteurs du Burundi-100.000 membres) à des soins de santé de qualité par la mise en place d'un réseau de 25 mutuelles de santé regroupées en 5 Unions et une fédération nationale.

*Par Alain Coheur,
Directeur à la Mutualité Socialiste,
Président de SOLSOC*

Les promoteurs appuient financièrement et techniquement les activités de la Concertation. Pour disposer d'un espace de rencontre et de collaboration afin d'harmoniser leurs modes d'intervention. Chaque courrier de la Concertation vous propose de découvrir un promoteur.