

### Dans ce numéro

#### Éditorial

#### Les mécanismes de l'UTM (Mali) pour la consolidation des mutuelles de santé

Le Fonds de garantie  
La fixation d'une période d'observation  
La réduction des effets de faits imprévus sur la MS  
La réassurance  
Les mutuelles diffusant l'AMV  
Les mutuelles diffusant leurs propres prestations

#### Vers un système de réassurance au Ghana ?

L'essor des mutuelles de santé au Ghana  
La communauté, meilleure garantie des engagements individuels  
Recommandations pour renforcer la faisabilité et la viabilité des MS au Ghana  
Le financement des systèmes de réassurance

#### Relations entre payeurs et prestataires de soins

Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé  
Exemples de démarches de contractualisation  
La Guinée et la contractualisation  
La tarification, ses origines et les problèmes qu'elle pose

#### Courriers

Atelier sur les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins

Le boom des mutuelles de santé au Bénin

Les mutualistes Burkinabé en visite d'échange au Mali

La loi sur l'assurance maladie universelle votée par le parlement ivoirien

Le fonds de solidarité pour la prise en charge des enfants et adolescents

A l'école des études de faisabilité participatives

L'union nationale des commerçants et industriels du Sénégal à l'heure des mutuelles

Programme de formation sur la gestion des mutuelles de santé

Lancement des cadres nationaux de concertation des promoteurs de MS

2002 Le site web de la Concertation change de visage

Qu'est-ce qui va changer dans la fonctionnalité ?

Et dans le contenu ?

### Éditorial



Le mouvement mutualiste en Afrique encore jeune touche une faible part de la population, mais dispose d'un potentiel important pour contribuer à plus d'équité dans le secteur de la santé. Cependant, il est confronté à certaines difficultés dont les principales sont décrites ci-dessous. Elle sont liées aux domaines structurel et de la gestion.

- Taille des mutuelles : la plupart des MS ont un effectif assez réduit, un taux de pénétration assez faible et une évolution très lente du sociétariat. Le fait d'avoir un maximum de membres se justifie dans la mesure où plus le nombre de bénéficiaires est important, plus la compensation sera aisée au sein de la mutualité.

- Types de risques couverts : du fait de la faiblesse des ressources dont disposent les mutuelles, mais aussi de la capacité et de la volonté contributives limitées des populations, les risques couverts ne sont pas toujours attrayants ; la plupart des mutuelles ne couvrent que les soins ambulatoires au détriment de services comme l'hospitalisation, la santé reproductive.

- Qualité de la gestion : on note à ce sujet des difficultés pour déterminer un niveau de cotisations en adéquation avec les prestations souhaitées, pour asseoir un bon système de suivi des informations relatives à la gestion et aux risques.

Pour faire face à ces contraintes, il est nécessaire de porter la réflexion autour d'un certain nombre de techniques et stratégies pouvant renforcer le mouvement mutualiste, notamment dans le sens d'une plus grande consolidation financière de l'assurance santé.

En plus d'actions internes aux mutuelles, comme la limitation du nombre de prestations par bénéficiaire (ou tout autre système de plafonnement), la prise en compte de manière plus visible d'actions de prévention et l'instauration de réserves obligatoires, des formes de collaboration et de solidarité entre les mutuelles pourraient être explorées. Parmi celles ci :

- Le fond de garantie : fond alimenté par un réseau de mutuelles et auquel une mutuelle de santé en difficulté peut faire appel en sollicitant un crédit. L'intervention du fond peut être conditionnée par l'acceptation de mesures visant à un redressement. Par exemple, il peut être demandé des aménagements sur la manière dont la mutuelle fonctionne et un plan avec échéances de rétablissement des équilibres financiers. Les montants des contributions des mutuelles au fond, les taux d'intérêt (s'il y en a) appliqués, le mode de fonctionnement sont déterminés par l'ensemble des mutuelles membres ;
- La réassurance : constitue une technique de division des risques, car il est souhaitable pour une mutualité d'éviter d'accepter un trop gros risque dont le coût ne pourrait pas être compensé par les cotisations. La réassurance est une opération par laquelle une société d'assurance s'assure elle-même auprès d'une autre société d'assurance pour une partie des risques qu'elle a pris en charge. Dans le cadre de la mutualité, plusieurs mutuelles peuvent mettre ensemble une structure qui offre des services de réassurance ou de coassurance. Deux grandes catégories de réassurance sont à distinguer :
  - la réassurance proportionnelle : déterminée en fonction des capitaux assurés, à la souscription des contrats, avant tout sinistre ;
  - la réassurance non proportionnelle : déterminée en fonction du montant du sinistre; elle ne peut être déterminée qu'après le sinistre.

Il faut noter cependant que la mise en place de ces stratégies doit être le reflet d'un mouvement mutualiste assez développé, bien structuré et autonome, fonctionnant selon les principes de transparence et de gestion démocratique.

## Les mécanismes de l'UTM (Mali) pour la consolidation des mutuelles de santé

*Le développement de la mutualité de santé au Mali s'effectue avec la mise en place de mécanismes qui protègent au mieux les mutuelles dans la gestion de leur risque. Ces mécanismes concernent notamment les fonds de garantie et la réassurance.*

### Le Fonds de garantie

Mis en place dans le cadre du projet d'appui au développement de la mutualité en matière de santé, objet d'une convention entre le gouvernement de la république du Mali et celui de la France, il vise deux objectifs : (i) La réduction de la période de stage pour les mutuelles en création, et (ii) L'appui aux mutuelles qui rencontreraient des difficultés dans le cadre des prestations suite à des événements imprévus telle qu'une épidémie.

L'esprit du fonds de garantie n'est pas de subventionner une mutuelle de santé mais de lui faire des avances de fonds remboursables pour combler les périodes de tension de trésorerie.

Le choix pour le fonds de garantie d'intervenir à ces deux niveaux est motivé par les faits suivants :

#### La fixation d'une période d'observation

Un des objectifs de la période de stage ou d'observation courte (6 mois maximum pour une MS qui démarre) est de permettre à la mutuelle de constituer une réserve pour faire face aux premières dépenses sa durée peut être un frein aux adhésions. Ainsi pour l'Union Technique dès que l'étude de faisabilité économique et sociale a été bien faite avec un bon couple (cotisation / prestation ) le risque de déséquilibre devient moindre, sachant que nous sommes dans une société où « Voir vaut mieux qu'entendre » cela permet une meilleure pénétration de la mutuelle dans sa population cible.

#### La réduction des effets de faits imprévus sur la MS

Il est d'expérience difficile de maîtriser certains facteurs comme les épidémies, le comportement des mutualistes (Pour l'AMV il était attendu à Bamako 1 adhérent pour 5 bénéficiaires nous avons eu 1 adhérent pour 2 bénéficiaires)... au moment des études de faisabilités même si des éléments de cotisations intègrent des marges de sécurité. Dès l'instant que les mutualistes ont été victimes d'une épidémie cela fausse toutes les prévisions. Cette situation peut faire en sorte que la mutuelle ne puisse pas honorer ses engagements vis à vis des prestataires. Le fonds de garantie intervient à ce niveau pour appuyer la mutuelle.

Pour solliciter l'intervention du fonds de garantie la mutuelle bénéficiaire soumet un dossier avec toute sa situation ( adhésion, finances etc.) ce dossier est analysé par l'Union Technique puis soumis au comité d'attribution du fonds qui décide. Ce comité est composé par les représentants de la tutelle, du partenaire financier et de l'UTM.

Pour adhérer au fonds de Garantie, la mutuelle doit remplir deux conditions :

1. Formuler une demande, comprenant les statuts, Règlement Intérieur et une étude de faisabilité, adressée au Président de l'UTM ;
2. Payer une cotisation égale à 1% de la part technique.

Le dossier après étude doit être approuvée par le Conseil d'Administration de l'UTM qui entérine l'adhésion.

Soulignons que depuis sa mise en place environ trois ans qu'aucune mutuelle n'a sollicité le concours du fonds de garantie ce qui augure d'une bonne santé des mutuelles.

### La réassurance

Le mécanisme de la réassurance a pour objet tout en gardant l'autonomie statutaire des mutuelles adhérentes, la mise en place d'un second niveau de mutualisation du risque maladie autrement dit l'instauration d'une solidarité entre les mutuelles. Deux cas de figure se présentent par rapport à la réassurance :

- Les mutuelles diffusant l'assurance maladie volontaire (AMV) gérée par l'Union Technique en leur nom,
- Les mutuelles diffusant leurs propres prestations.

Les mutuelles diffusant l'AMV

Pour cette catégorie le risque est mutualisé sur l'ensemble des adhérents. Ainsi, la cotisation qui est déterminée inclut un pourcentage qui est affecté à la



réassurance.

A cet effet, l'Union Technique de la Mutualité Malienne met à la disposition des mutuelles dans le cadre de la réassurance, des locaux, du personnel et des équipements bureautiques et informatiques. Les frais de gestion sont répartis entre les mutuelles et l'UTM.

L'UTM assure le fonctionnement des services permettant une mutualisation du risque maladie, aux mutuelles adhérentes à l'assurance maladie volontaire, représenté par le service des prestations hospitalières et ambulatoires, gérés dans un cadre commun. L'UTM négocie les conventions avec les prestataires de soins dont les adhérents des mutuelles sont bénéficiaires

Les montants sont gérés pour le compte des mutuelles selon les modalités définies dans un règlement intérieur.

Les mutuelles délèguent chacune pour leur part, au Conseil d'Administration de l'UTM, les pouvoirs nécessaires au fonctionnement du service prestation. Ce modèle est conçu pour les villes .il s'agit d'une réassurance à 100%.

### **Les mutuelles diffusant leurs propres prestations**

Le service de réassurance est ouvert aux mutuelles diffusant leurs propres prestations. Ces mutuelles sont tenues au paiement d'une cotisation de réassurance qui est en corrélation avec le type de risque à réassurer. Les options qui s'offrent à ces mutuelles peuvent être les suivantes :

#### *1. La réassurance au delà d'un montant plafond par acte :*

Une mutuelle qui aura opté pour cela soumettra à la caisse de réassurance pour prise en charge tous les montants qui dépasseraient ce plafond.

Pour un montant plafond de 100 000 CFA par hospitalisation, la réassurance prend en charge à partir du premier franc supplémentaire. Exemple : pour une hospitalisation de 150 000FCFA, la mutuelle prend en charge 100 000FCFA et la réassurance 50 000FCFA.

#### *2. Réassurance pour un niveau d'exécution du budget annuel de la mutuelle*

Cette option, vise à répercuter sur la caisse de réassurance, toutes les demandes de remboursements dès que la mutuelle a atteint le niveau d'exécution du budget. Par exemple la mutuelle qui se réassurera pour 80% de son budget annuel transmettra à la caisse de réassurance toutes les factures, dès que ce taux est atteint.

Chaque cotisation de réassurance est liée à l'option faite par la mutuelle qui est tributaire du risque que l'Union Technique réassure.

Les mutuelles de santé sont des assureurs de premier degré. La culture de la réassurance doit être systématique. Les promoteurs des mutuelles et les organismes d'appui doivent veiller au moment de la détermination de la cotisation à insérer la part de la réassurance, car plus tard, il est difficile d'augmenter les cotisations.

Le développement et la pérennité des mutuelles qui se créent dans le domaine de la santé devront être soutenus par de tels mécanismes afin de mieux les asseoir car l'engouement que suscite la mutualité de santé en Afrique risque de conduire à la création de mutuelles de petites tailles qui auront des difficultés de survie. La mutualité de santé constitue une alternative certaine pour l'accès des populations à des soins de qualité, investissons pour qu'elle n'échoue pas !

*Dr. Oumar Outtara, Directeur UTM*

---

## **Vers un système de réassurance au Ghana ?**

*Le PHRPlus vient de boucler une étude sur les mécanismes de financement des soins de santé au Ghana, allant des systèmes publics jusqu'aux mutuelles de santé, en passant par les assurances privées commerciales. Les conclusions générales qui ressortent de cette étude sont les suivantes :*

- La couverture globale des systèmes de santé du secteur non public est actuellement très limitée. Les données disponibles indiquent que les compagnies d'assurance maladies du secteur privé couvrent à peu près 40.000 bénéficiaires en tout, alors que les initiatives communautaires que sont les Mutuelles de santé prennent en charge presque 90.000 Ghanéens.

· Cependant, contrairement à certains systèmes appartenant à la catégorie «Etat et Autre Secteur Public» (qui le plus souvent sont obligatoires), presque tous les autres systèmes sont embryonnaires et d'origine relativement récente.

· Malgré l'origine récente de la plupart des systèmes de santé, il semble qu'il y ait un grand nombre de preuves qui requièrent une attention pour rendre viables ces alternatives. En particulier, on remarque que les deux secteurs, privé commercial et les mutuelles de santé/ initiatives communautaires, représentent les secteurs les plus dynamiques et qui se développent le plus au niveau du marché du financement de la santé, alors que les systèmes de santé du secteur public font face à beaucoup de contraintes qui vont du manque criard de ressources au problème de qualité et à l'utilisation abusive des services. A aucun niveau, les systèmes de santé du secteur public ne démontrent le dynamisme que l'on peut noter dans les deux autres secteurs mentionnés. Cela est parfaitement illustré par les programmes en cours qui tendent à remplacer les mécanismes de couverture médicale des fonctionnaires financés par l'Etat ainsi que le système de couverture médicale des enseignants par des mutuelles de santé pour leurs membres.

· La fraude répandue et l'abus dans l'utilisation des services dans les systèmes d'assurance semblent assaillir les initiatives dans les deux secteurs, privé comme public, de la même manière. En ce qui concerne les sociétés privées d'assurance, cela semble refléter les expériences similaires dans les pays limitrophes comme la Côte d'Ivoire - où les systèmes privés ont connu des déficits chroniques financés par les ressources tirées des autres produits du portefeuille des compagnies ; et le Nigeria - où les compagnies d'assurance sont allées à la faillite de la même manière que l'expérience au niveau national avant l'entrée du Ghana dans le marché de l'assurance santé privée et commerciale.

· La fraude est également une tendance notée dans les mutuelles de santé communautaires, mais la preuve semble être faite que lorsqu'ils sont structurés selon des normes largement acceptées, les risques pour cela, sont plus réduits étant donné que la capacité de compter sur le contrôle social communautaire est l'un des éléments qui distinguent ce type de système, des autres. Cependant leur taille généralement réduite -souvent considérée comme un handicap dans certains milieux - est en lui-même un avantage dans la gestion de quelques risques comme la fraude et le risque moral.

· En outre, les mutuelles de santé bénéficient d'une certaine bienveillance de la part de la communauté des donateurs, ce qui s'est traduit, entre autres , par la disponibilité d'une large gamme d'instruments d'organisation et de gestion qui ont été développés exclusivement pour les organisations de ce genre au niveau du pays.

· Le Ministère de la Santé a déclaré qu'il est engagé dans une approche multi-systèmes d'assurance maladies, tout en se réservant, entre autres, le rôle d'étudier et d'évaluer les diverses expériences, de manière à en tirer les enseignements pour une action politique future. Cependant il semble qu'il n'y ait pas eu de mécanisme mis en place pour évaluer de manière systématique et tirer les leçons de ces expériences. Par exemple il n'est pas sûr qu'il y ait eu d'enseignement tiré de la courte expérience d'assurance maladie sociale (NHIS) dans la Région Est, de même qu'il n'est pas évident qu'un suivi systématique de système d'assurance santé communautaire du district de Dodowa et parrainé par le Ministère ait été faite jusqu'à présent.

· De la même manière, il n'est pas évident qu'il y ait une grande coordination dans les efforts fournis par les différentes parties pour mettre en place des systèmes alternatifs d'assurance maladies au niveau même du secteur public, à plus forte raison entre secteurs. Par exemple, le 'Health Care Company' du Ghana, mise sur pied par l'organisme national de sécurité sociale (SSNIT) entend prendre en charge presque tous les fonctionnaires (180.000 au total). Au même moment, les associations de fonctionnaires et d'enseignants sont en train d'étudier activement des propositions et des programmes pour mettre sur pied des systèmes de couverture sanitaire professionnels (de type mutualiste) en faveur de leurs membres. C'est comme si, tout au moins, ceux qui sont derrière ces initiatives ne connaissent pas vraiment ce que font les autres bien que les efforts faits de part et d'autre puissent être incompatibles et résulter en un gâchis ou une répétition inutile.

· Un autre point à souligner ici, est que ce rapport a présenté les différents types et les caractéristiques de base des systèmes de financement de la santé dans le pays, en excluant les systèmes basés sur les tarifications des usagers ou système du «cash and carry», et en intégrant leurs contraintes et problèmes réels. Logiquement, l'étape suivante devrait être maintenant d'essayer de répondre aux autres questions cruciales liées à cela : quelle est la contribution relative de chacun des systèmes de prise en charge de la santé au Ghana comparé aux menues dépenses directes des ménages en matière de santé ? Et quel est le potentiel disponible pour chacune de ces sources si les divers goulots d'étranglement identifiés sont abordés ?

### L'essor des mutuelles de santé au Ghana

Simultanément avec l'étude ci-dessus citée, le PHRplus a aussi réalisé un inventaire des mutuelles de santé au Ghana. Cet important travail a permis de répertorier quarante sept types de systèmes et des études de cas très illustratifs des modèles types de mutuelles de santé dans ce pays ont été réalisées.

L'étude a révélé que les régions de l'Est, du Nord et de Brong Ahafo sont en avance sur le reste, en termes de nombre et d'adhérents pour ce qui est des mutuelles de santé qui voient le jour dans ce pays. La taille moyenne des Mutuelles de santé au niveau national est relativement élevée, plus de 8000 membres par mutuelle de santé (*En ce qui concerne les mutuelles de santé, cela est relativement élevé dans la mesure où les organisations de ce genre sont généralement de petite taille ailleurs dans la sous-région. Mais cette moyenne concède plutôt le fait qu'il y en a qui sont de plus petite taille et d'autres qui sont de taille plus considérable*). Seules 20% des mutuelles de santé ont plus de deux ans d'âge, tous les autres étant plus récentes, ce qui montre ainsi le caractère émergeant de ce phénomène.

Quant à leur structure, il y a une tendance notable vers des modèles plus participatifs et très éloignés des systèmes prédominants réglementés et basés sur des offres de service comme ce fut le cas de celui de Nkoranza à ses débuts.

Avec la diffusion des expériences acquises ailleurs ainsi que les instruments développés par les partenaires au développement comme l'USAID/PHR et DANIDA, les mutuelles de santé tendent à inclure aujourd'hui, des mécanismes de gestion des risques relativement solides dans leurs structures, ce qui améliore leur viabilité.

### La communauté, meilleure garantie des engagements individuels

Les systèmes communautaires (au moins les plus réussies) tendent à inclure un degré important de participation des membres dans la gestion et la prise de décision et cela signifie qu'ils deviennent des vecteurs de connaissances et renforcent le comportement responsable dont l'absence est, on peut le dire, la cause principale de la faillite de plusieurs expériences de développement dans le passé, non seulement au Ghana mais ailleurs également dans la sous-région. Cela signifie aussi que les organisations communautaires comme celles-là peuvent être considérées comme un socle potentiel pour la construction de systèmes de couverture sociale et sanitaire avec des mécanismes de contrôle internes et des mesures d'encouragement pour réduire les risques inhérents aux systèmes d'assurance santé.

Deux expériences qui se sont révélées négatives, dans le cadre du développement des mutuelles de santé et qui méritent d'être soulignées pour les leçons qu'elles permettent de tirer sont les suivantes : la baisse catastrophique du nombre d'adhérents de la MS de West Gonja (de presque 43.000 membres deux ans auparavant à 11.000 adhésions pour l'année en cours) et la faillite de la mutuelle de santé proposé de Mutok-Lafia à Bunkpurugu, tous les deux dans la région nord. La mutuelle de West Gonja a plus ou moins résisté de manière résolue à la tendance vers un modèle plus participatif et, plus cruellement peut être, a subi une crise de gestion depuis le départ précipité de son initiateur, ce qui a conduit à une certaine démoralisation du personnel. L'exemple de Bunkpurugu, d'un système proposé qui n'a jamais pu prendre son essor, même si des contributions étaient collectées au niveau des populations, illustre de manière parfaite, ce qui arrive quand le processus de mise en place d'une mutuelle de santé est totalement politisé et est motivé par des intérêts politiques plutôt que par des besoins en santé objectifs des populations concernées.

### Recommandations pour renforcer la faisabilité et la viabilité des MS au Ghana

La taille relativement petite des mutuelles de santé et la précarité de la situation financière de la plupart de leurs membres, a conduit certaines personnes à se poser des questions quant à leur viabilité dans le long terme. Pour faire face à certaines de ces questions il a été proposé que :

- Les MS soient encouragées et assistées pour se rassembler en fédérations régionales ou de districts afin que tout en maintenant la caractère participatif et les avantages liés à la taille réduite, ils puissent également bénéficier d'économies d'échelle et des avantages liés à une grande taille. Elles pourraient négocier de manière groupée avec les prestataires de soins pour le compte des mutuelles individuelles et fournir les autres services que les MS prise une à une, ne pourraient pas proposer ou être en mesure de faire à un prix raisonnable.

- Chaque région soit encouragée à mettre sur pied un fonds social de réassurance (le service Régional de la Santé jouant un rôle de leader). L'objectif principal de ce fonds serait de contribuer à la viabilité et à la pérennisation dans le long terme de chaque mutuelle de santé mis sur pied spontanément partout



à travers le pays ; avec les rôles spécifiques suivants :

- a) la mise sur pied au niveau de la région d'une réassurance financière pour les mutuelles des districts, villages ou ceux de taille très réduite, pour prendre en charge le coût des soins de santé au-delà d'un certain niveau, de même que des centres de référence à savoir, l'Hôpital Régional ou le CHU de Kumasi ou d'Accra.
- b) la promotion des mutuelles mis en place dans les différents districts ou villages en leur fournissant l'assistance technique pour les études de faisabilité et si nécessaire leur allouer les fonds pour leur création.
- c) Aider les mutuelles de santé en difficulté, si une assistance technique et financière s'avère nécessaire pour remettre sur pied les MS qui se trouvent dans une mauvaise passe.
- d) L'assistance financière pour ces mutuelles peut être faite à travers des prêts à des conditions souples pour encourager la responsabilisation et éviter la dilapidation des fonds; bien entendu des subventions pourraient être données dans des cas exceptionnels.
- e) Prendre en charge l'éducation sur la santé de même que les activités de prévention et de sensibilisation telles que l'hygiène, les campagnes de vaccination, de lutte contre les moustiques (imprégnation de moustiquaires, destruction des marécages et des eaux stagnantes etc.) pour améliorer les normes de santé dans la région.
- f) Aider à la mise en place de coordinations régionales ou de fédérations de mutuelles et renforcer leur capacité à négocier avec les prestataires de services.
- g) Recruter des professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, infirmiers) à plein temps et les mettre à la disposition des mutuelles pour renforcer leur pouvoir de négociation et les aider aussi à contrôler les prix et la qualité des services offerts.

Les deux dernières fonctions f) et g) ci dessus peuvent être considérées comme moyens d'atteindre les objectifs à long terme du fonds.

#### Le financement des systèmes de réassurance pourra découler :

- des contributions des mutuelles elles-mêmes (il est important de leur permettre d'avoir un droit de regard sur l'utilisation des fonds)
- des contributions provenant des bienfaiteurs, sociétés, organisations, concitoyens vivant à l'étranger etc.
- des activités spécifiques pour générer des fonds
- de subventions du Gouvernement

Un fonds national de santé mis en place par le Gouvernement (avec de possibles contributions de donateurs) pourra garantir les fonds régionaux et leur transférer des fonds pour assurer l'équité et la couverture des couches de populations vulnérables etc. Il a également été proposé qu'un tel fonds (national) puisse aider à assurer que toutes les mutuelles couvrent un paquet défini de prestations de base pour leurs membres, un objectif important de la politique nationale de santé. Comme décrit, un tel fonds pourra alors avoir des fonctions de réassurance, de compensation des risques et d'équité.

Pour plus d'informations sur cette étude, contacter [abtassoc@sentoo.sn](mailto:abtassoc@sentoo.sn) ou le site web de la Concertation.

*Dr. Chris Atim, Conseiller Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, PHRplus*

---

## Relations entre payeurs et prestataires de soins

*L'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des services de soins publics dans le cadre du paiement par les usagers suscitent la promotion de mutuelles de santé en même temps que la rationalisation de l'organisation et du fonctionnement des établissements sanitaires. Ces deux démarches risquent toutefois de ne pas produire l'effet attendu si les relations entre les organismes qui vont payer les services pour les personnes couvertes et les formations qui les dispensent ne parviennent pas à une vision commune des soins et à sa mise en œuvre dans la contexte quotidien du rapport entre malades et soignants.* La contractualisation peut précisément fournir un support concret à cette vision commune et aux dispositions qui la traduisent, mais il n'est pas évident d'aboutir à sa réalisation. En fait les relations entre la population et les établissements sanitaires ne va pas de soi et, par suite, mutuelles, centres de santé et hôpitaux ne trouvent pas toujours aisément la voie des bons rapports contractuels.

L'atelier organisé à Conakry du 3 au 5 décembre 2001 par RAMUS (Réseau d'appui aux mutuelles de santé), en collaboration avec l'OMS et le BIT-STEP avait pour objectif de montrer les avantages potentiels qu'auraient mutuelles et établissements sanitaires à s'engager dans la démarche contractuelle. Les représentants de l'administration de la santé, ainsi que des opérateurs d'appui et des partenaires du développement étaient conviés à prendre part au débat.

La situation de la Guinée paraît propice à l'ouverture de cette discussion, au moment où l'on observe l'émergence d'organismes de paiement de type mutualiste et où la réforme du secteur public est bien avancée dans sa mise en œuvre. L'atelier devrait déboucher sur une meilleure connaissance des facteurs favorables et défavorables à la contractualisation et inciter à la poursuite d'expériences innovantes de négociation contractuelle entre formations publiques, notamment hospitalières, et mutuelles.

#### Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé

La contractualisation met en présence divers acteurs : populations, collectivités territoriales, institutions spécialisées dans le partage des risques maladies. Chacun de ces acteurs a des fonctions spécifiques, comme le constate M. Jean Perrot de l'OMS, dans la session inaugurale de l'atelier. L'interrelation entre les acteurs appelle une reconnaissance de l'autre partie comme interlocuteur valable car la contractualisation les engage formellement et donne un sens à la relation.

Un engagement contractuel est donc une alliance volontaires de partenaires indépendant ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation. Les interactions entre les acteurs étant diverses tant par leur nature que par leur ampleur, on peut établir une typologie en trois points, selon la finalité principale sur laquelle repose les relations contractuelles :

- la délégation de responsabilité qui correspond à une situation où un acteur préfère déléguer, par contrat, sa responsabilité à un autre acteur qui agira en son nom et à sa place.
- l'achat de services qui correspond aux situations où un détenteur de ressources financières préfère acheter la prestation de services plutôt que de le produire lui-même
- la coopération contractuelle qui correspond aux situations où les partenaires, après avoir identifié leur synergie, contribuent ensemble à la réalisation d'un objectif commun

Chaque type renvoie à un objectif spécifique des relations contractuelles qui s'établissent entre les acteurs de la santé et à des modalités particulières de mise en œuvre. Très souvent, les arrangements contractuels s'établissent au coup par coup et ont un caractère ponctuel. Il est alors nécessaire, pour une viabilité et une pérennité de la relation, que cette dernière s'inscrive dans un plan global de politique de santé. Elle devient alors la traduction opérationnelle d'une

stratégie collective et concertée pour améliorer la performance d'un système de santé.

L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'une politique contractuelle relève de la responsabilité de l'Etat, même si elle ne peut s'exercer sans la participation de tous les acteurs. Son rôle peut être joué en tant qu'acteur ou régulateur des relations contractuelles.

Exemples de démarches de contractualisation

La contractualisation est largement facilitée au Mali par l'existence d'un cadre législatif favorable. En effet, le Mali dispose d'une loi sur les mutuelles de santé qui permet aux prestataires de soins d'établir des relations contractuelles avec les organisations mutualistes. Ces prestataires reçoivent de la part de l'UTM (Union technique de la Mutualité), une formation systématique en mutualité et bénéficient d'un suivi rapproché les premiers mois qui suivent la signature du contrat et de la charte qualité. Il est à noter au Mali la présence des CSCOMS (Centres de santé communautaires) qui sont mis en place et gérés par les populations. Cette implication de la population à l'offre de soins garantie une bonne prise en charge de la perception du bénéficiaire sur l'offre. A ce stade, 12 CSCOMS ont été conventionnés avec des mutuelles. Globalement, les mutualistes sont satisfaits de la prestation des CSCOM, rapporte Dr. Oumar Ouattara, Directeur de l'UTM, alors que des difficultés sont notées sur les hôpitaux, en ce qui concerne la prescription des médicaments génériques. C'est ce qui fait dire au Dr. Ouattara qu'il existe une contradiction des intérêts des différentes parties impliquées dans une démarche contractuelle et qu'à certains niveaux, le concours de l'Etat peut s'avérer nécessaire.

Mme Christine Bockstal, Coordinatrice du Programme STEP Afrique a détaillé les étapes qui mènent à l'acte contractuel, notamment pour les organisations et association de base, rurales et urbaines. Rappelons que STEP Afrique intervient dans 4 pays en Afrique de l'Ouest (Sénégal, Burkina Faso, Guinée et Bénin), dans le cadre du programme « micro-assurance santé pour les femmes et leurs familles » et en Mauritanie et Tanzanie pour le programme «amélioration des soins de santé de la reproduction. Avec la méthodologie de STEP, toutes les étapes du processus de mise en place d'une mutuelle de santé incluent des éléments qui intéresseront le contrat, et les futurs mutualistes sont mis en relation avec l'offre de soins, ce qui facilite la conclusion du contrat. Dès l'étude de faisabilité, il est important d'associer toutes les parties qui seront directement ou indirectement liées à la contractualisation. La participation de la population à ce niveau est indispensable pour confirmer leur volonté contributive liée à leurs besoins prioritaires en santé. Les études de faisabilité sont réalisées par les futurs bénéficiaires (suite à une formation de base en la matière). Dans l'exploitation des résultats, on fera particulièrement attention au niveau, périodicité et modalité de paiement des membres au système mutualiste, ainsi qu'aux risques à couvrir (proposition de plusieurs scénarii).

La négociation finale de la convention est aussi un moment important où les représentants des mutualistes étudient en profondeur l'objet de la convention, les prestations, les éléments financiers, le processus administratif et le mode de règlement des éventuels litiges. Pour le moment, l'expérience de STEP dans les pays couverts révèle, de la part des prestataires, beaucoup de difficultés à identifier le répondant.

Le suivi du contrat est un maillon important de la démarche contractuelle. C'est ce que rapporte M. Morgan Le Moustarder du CIDR, de l'expérience développée en Guinée Forestière. Là, des audits médicaux sont réalisés chaque trimestre dans chaque hôpital, par le médecin conseil des mutuelles. Ensuite, un comité de suivi rassemblant l'hôpital, le projet (CIDR), les tutelles administratives et sanitaires et les mutuelles. Ce comité permet de vérifier la qualité technique et perçue des soins, la qualité de l'accueil, les procédures de prise en charge et l'impact des mutuelles sur les activités des hôpitaux. Ce comité a déjà permis de noter des difficultés de communication entre les malades et le personnel soignant. Les utilisateurs de l'offre de soins attendent de ce dernier le respect des tarifs, la qualité de l'accueil et des soins.



La Guinée et la contractualisation

La réforme hospitalière lancée en 1990 et revue en 2000 vise, dans le cadre du Programme National de Développement sanitaire (PNDS), l'amélioration de l'accès aux soins de et la qualité des services. Elle a permis, selon le Dr Sékou Condé, directeur des établissements au Ministère, d'améliorer le fonctionnement administratif de la plupart des hôpitaux. Cependant, ce changement ne s'est pas accompagné de mutations qualitatives sur le plan du comportement des prestataires. Le ministère encourage toute démarche d'un établissement hospitalier visant à inciter les communautés à s'organiser en mutuelle et leur accordera des autorisations pour passer des contrats avec les mutuelles.

La tarification, ses origines et les problèmes qu'elle pose

La tarification est un des éléments difficiles à maîtriser dans le processus de contractualisation. Le Dr Ibrahima Kandia CAMARA, Directeur de l'hôpital de N'ZEREKORE a fait la différence entre tarif et coût. Le premier concept détermine le montant par l'utilisateur des services, tandis que le deuxième est la valeur monétaire et/ou non monétaire des ressources dépensées pour la production d'un bien ou service. Le système de prise en charge et de subvention amène l'utilisateur des soins à ne payer qu'une part de coût réel des prestations, selon cinq modes :

- paiement au médicament où le patient paie uniquement les médicaments prescrits et où la marge bénéficiaire finance à la fois les médicaments et les autres frais de fonctionnement ;
- paiement éclaté entre les actes et les médicaments ;
- paiement forfaitaire à l'acte qui inclut le coût des soins et celui des médicaments ;
- paiement forfaitaire par épisode maladie où le patient paie un forfait pour tous les soins, y compris les

médicaments, pour un épisode maladie ;  
- paiement forfaitaire per capita qui donne droit à tous les services et et tous les traitent, soit gratuitement, soit avec un ticket modérateur.

| Mode                   | Avantage                                                                                                   | Inconvénients                                                                                                                                                       |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| paiement au médicament | * facilité de compréhension par les patients<br>* gestion courante simplifiée                              | * risque de prescription abusive par les prestataires<br>* problème d'accessibilité dans le cas d'une maladie coûteuse<br>* ne favorise pas la continuité des soins |
| paiement éclaté        | * gestion courante simplifiée<br>* contrôle plus facile des recettes<br>* évite les prescriptions abusives | * ne favorise pas la continuité des soins<br>* coût                                                                                                                 |

|                                          |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                     |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| paiement forfaitaire à l'acte            | * meilleure équité<br>* meilleur suivi des traitements<br>* permet aux patients de prévoir à l'avance les dépenses de santé                                                                  | * élaboration du tarif difficile<br>* risque de faillite<br>* gestion difficile de la filière du médicament                         |
| paiement forfaitaire par épisode maladie | * permet de garantir la continuité des soins<br>* permet aux patients de prévoir à l'avance les dépenses de santé<br>* meilleure équité<br>* permet l'intégration entre curatif et préventif | * élaboration du tarif difficile<br>* risque de faillite<br>* problème de faisabilité administrative                                |
| paiement per capita                      | * favorise la continuité des soins et l'utilisation des services<br>* permet l'intégration entre curatif et préventif<br>* bien adapté à des revenus ruraux                                  | * n'est pas accepté par la population<br>* problème de faisabilité administrative<br>* problème de visibilité financière du système |

A la fin des présentations, les participants ont notamment discuté sur les questions suscitées par les exemples et leur adaptabilité en Guinée, sur les modalités de rapprochement payeurs et prestataires, le rôle de chacun, y compris l'Etat.

## Courriers

*Par Aboubacar KOTO-YERIMA, Coordinateur PROMUSAF, Point focal Concertation, Bénin*

### Atelier sur les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins

Un atelier d'échange de trois jours est prévu dans la première quinzaine de janvier 2002 à cotonou.

La thématique de cet atelier portera sur les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins. L'initiative est prise par Louvain Développement qui est appuyé dans l'organisation et la préparation intellectuelle par les autres promoteurs (PROMUSAF, STEP, CIDR, Bornefonden) et AMCES qui est réseau d'hôpitaux. L'atelier est ouvert à toute structure intéressée par le thème et qui pourrait financer sa participation.

Pour tout renseignement contacter :

- M. Gery à l'adresse suivante : gery@intnet.bj

- M. KOTO-YERIMA : akoto1@caramail.com

### Le boom des mutuelles de santé au Bénin

Ça y est ! Le Bénin commence à emboîter les pas au Sénégal, au Burkina et au Mali qui présentent des indicateurs d'avance sur le mouvement mutualiste en matière de santé. En effet, on constate avec plaisir courant 2001 la multiplication des mutuelles de santé au Bénin.

Le CIDR, premier promoteur à intervenir au Bénin, appuie 20 mutuelles de santé et compte appuyer, d'ici mars 2002 quatre (4) nouvelles Assemblées Générales Constitutives pour porter le nombre de leurs mutuelles à 24.

Le PROMUSAF-Bénin, en plus des trois mutuelles déjà fonctionnelles qu'il appuie, vient d'aider la mise en place de deux nouvelles notamment la mutuelle Dona de Cotonou et la mutuelle Tuko Saari de Bembèrèkè. D'ici février 2002 trois (3) nouvelles mutuelles seront mises en place portant le nombre à huit (8) pour ce programme.

Le STEP-Bénin quant à lui a choisit le mois d'octobre 2001 pour lancer son appui et les premières mutuelles accompagnées au nombre de quatre (4) dans le département du Mono sont en phase de gestation.

L'Etat non plus n'est pas du reste. Il a lancé deux mutuelles de santé pour le secteur informel notamment à Cotonou et Parakou.

Mais la grande surprise vient de l'ONG danoise Bornefonden qui, dans la discrétion a mis sur pied 20 mutuelles de santé à travers tout le pays dont 5 dans le département de l'Atacora ; 6 dans le département du zou et 9 dans le département du Mono. Lentement mais sûrement donc le Bénin mène son combat pour le développement des mutuelles de santé. L'expérience gagne de plus en plus tous les esprits et plusieurs structures s'y intéressent désormais. C'est le cas de la GTZ qui a regagné le rang des promoteurs en décidant de promouvoir les mutuelles de santé dans les zones sanitaires qu'elle appuie au Bénin à savoir Kandi et Savalou. L'exécution du projet est confiée au Projet Bénino- allemand des Soins de Santé Primaire (PBA-SSP) qui est actuellement à la phase d'information et de sensibilisation des populations.

En somme, les promoteurs des mutuelles de santé au Bénin se présentent comme suit :

| Promoteurs                                                                                                             | Structures d'exécution                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Coopération suisse<br>WSM/ANMCBIT<br>Coopération française<br>Louvain Développement<br>Coopération danoise<br>GTZ Etat | CIDR<br>PROMUSAF<br>STEP-Bénin<br>ADMAB<br>CREDESA<br>Bornefonden<br>PBA-SSP<br>Direction du travail |

### Les mutualistes Burkinabé en visite d'échange au Mali

Du 15 au 24 octobre 2001, la mutualité malienne a eu l'honneur d'accueillir des mutualistes Burkinabé de la Région de Kaya, une délégation conduite par M Yves Lambert SAWAGO Coordinateur des Mutuelles de Santé à l'Association pour le Développement de la Région de Kaya (ADRK). Cette délégation forte de neuf (9) membres comprenait les représentants de l'ADRK qui est l'Ong d'appui aux mutuelles de santé dans la région et les administrateurs de certaines mutuelles de santé créées avec l'appui de l'ADRK.

La mission avait principalement pour objectif de permettre aux responsables mutualistes d'échanger avec les mutualistes maliens sur les réalités des mutuelles afin qu'une fois de retour à Kaya, ils intensifient la sensibilisation pour une plus grande adhésion.

La délégation a eu à visiter des mutuelles en milieu rural ( Nongon, Niessoumana) et dans certaines capitales régionales (Sikasso et Koulikoro). A chacune des étapes des débats très instructifs ont eu lieu entre la délégation et les mutualistes maliens.

Parallèlement aux visites de terrain la délégation a eu des séances de travail avec les responsables de l'Union Technique de la mutualité sur l'état du mouvement mutualiste malien mais également sur le rôle que joue l'UTM dans le cadre du développement de la mutualité au Mali. La délégation a aussi rencontré les responsables du réseau des Caisses d'Epargne et de Crédit NIESIGISO pour mieux comprendre les activités de ce réseau.

A la fin du séjour un dîner a été offert au cours duquel, le Chef de la délégation burkinabé a remercié la mutualité malienne pour l'accueil et la disponibilité des personnes rencontrées durant la mission. Il a profité de cette occasion pour inviter la mutualité malienne à Kaya dans le cadre de la consolidation des relations. La mutualité malienne par son président s'est dit, au nom du mouvement mutualiste malien, comblé par cette mission et a renouvelé le souhait de la mutualité malienne pour la multiplication de telle mission qui ne pourront que faciliter le développement du mouvement dans une logique sous régionale en cette période de l'intégration.

Rappelons que cette mission fait suite à celle conduite au mois d'août 2001 par le Directeur Général de l'ADRK qui a préparé la présente. Nous osons espérer que cette mission contribuera au développement de la mutualité à Kaya.

*Issa SISSOUMA UTM*

---

## La loi sur l'assurance maladie universelle votée par le parlement ivoirien

*Il existe désormais en cote d'ivoire un texte législatif qui assure à toute la population une protection contre les risques maladie et maternité. Cette protection qui s'adresse à tous sans distinction de catégories socioprofessionnelles ni de nationalité est instituée par la loi no 2001-636 du 9 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'assurance maladie universelle.*

Les principes généraux contenus dans cette loi sont les suivants :

- Affiliation obligatoire de toute personne résidente sur le territoire national. Les ivoiriens de la diaspora peuvent également bénéficier de la couverture.
- L'affiliation peut être contrôlée à l'occasion des inscriptions dans les écoles et universités et lors de l'établissement de certaines pièces administratives et judiciaires.
- La gamme des prestations qui est très large comprend :
  1. La couverture des frais de médecine générale et de spécialité ;
  2. Les frais de soins dentaires ;
  3. Les frais pharmaceutiques ;
  4. Les frais d'examens complémentaires à titre de diagnostic ;
  5. Les frais d'hospitalisation ;
  6. Les frais d'intervention chirurgicale
  7. Les frais de maternité.

Cette gamme laisse peu de place aux assurances privées et aux mutuelles de santé qui sont expressément invitées par la loi à ne couvrir que des prestations complémentaires.

- La loi prévoit le principe du ticket modérateur.
- Une convention nationale sera établie avec les prestataires de soins pour fixer leurs conditions d'agrément et de rémunération.
- Le régime sera administré par trois caisses nationales ayant le statut d'organismes privés chargés de la gestion d'un service public. Ces caisses sont :
  1. La caisse sociale agricole en charge des ressortissants du secteur agricole ;
  2. La caisse nationale d'assurance maladie en charge des secteurs autres que le secteur agricole.
  3. Le fonds national de régulation de l'assurance maladie chargé du recouvrement des cotisations et de la gestion de la trésorerie.
- Les conseils d'administration de ces trois caisses comprennent 3 à 12 membres et élisent librement le directeur général et le président du conseil d'administration.
- Le financement sera assuré par les cotisations assises d'une part sur le salaire (à la charge de l'employeur et du salarié) pour le secteur moderne et d'autre part sur les revenus pour les secteurs non structurés.

Les estimations du coût annuel des prestations dans l'hypothèse d'une couverture universelle immédiate sont chiffrées à 397 milliards de FCFA selon la Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, Madame Clotilde OHOUOCHI. Quant aux fonds d'établissement nécessaires pour le démarrage des activités des trois caisses, ils s'élèvent à 30 milliards de FCFA.

La loi indique un délai de 12 mois pour le démarrage des activités qui ne peuvent cependant devenir effectives qu'après le versement par les assurés de 6 mois de cotisations sans droits immédiats.

*Jean-Pierre Sery, point focal Concertation Côte d'Ivoire*

---

## Le fonds de solidarité pour la prise en charge des enfants et adolescents

*Mutuelle de santé Wer Werle : une nouvelle dynamique dans la prise en charge des plus démunis*

La mutuelle de santé Wër Wërlé est une initiative du Programme des femmes en milieu urbain (PROFEMU). De ses 918 bénéficiaires 45,57% n'a pas atteint l'âge de 18 ans. Fort de ce constat et compte tenu de la situation de vulnérabilité de certains enfants et adolescentes et l'absence de toute forme de protection sociale, le PROFEMU a pris l'initiative de mettre sur pied un système de parrainage pour les enfants et les adolescentes -y inclus les orphelins- démunis en



vue de faciliter leur prise en charge médicale. Ainsi, le volet enfants/adolescentes qui vient d'être mis en place trouve un cachet particulier dans les préoccupations du groupe pour la lutte contre les maladies infantiles et les actions pour une couverture sanitaire maximale. Une des activités de ce volet concerne la mise en place d'un fonds de solidarité pour la prise en charge de cette cible.

La présentation de cette initiative ainsi qu'un formulaire de parrainage sont proposés dans le site de la Concertation : [www.concertation.org/mmbres/profemu.htm](http://www.concertation.org/mmbres/profemu.htm)

---

## A l'école des études de faisabilité participatives

Sur l'initiative du Centre de Formation de l'OIT (Turin) et du programme STEP, un atelier régional de formation s'est tenu à Cotonou (Bénin) sur l'étude de faisabilité participative et processus de mise en place des systèmes de micro assurance santé du 5 au 9 novembre 2001.

Cet atelier qui s'est déroulé à la salle de conférence de l'hôtel du port a regroupé 22 personnes venues de sept (7) pays que sont : Bénin, Burkina-Faso, Guinée, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo.

La cérémonie d'ouverture a été présidée par le Directeur de Cabinet du ministère de la santé publique assisté de la Directrice de la Protection sociale et de la solidarité, du Représentant du PNUD, du point focal de la concertation, du coordonnateur de STEP-Bénin et du représentant du centre de formation de Turin.

---

## L'union national des commerçants et industriels du Sénégal à l'heure des mutuelles

L'union national des commerçants et industriels du Sénégal (UNACOIS) est un syndicat du secteur informel voué à la défense des commerçants qui, depuis sa création en 1989, mène des actions multiples en faveur de ses membres. Ces derniers, de par la nature de leurs activités socio-économiques, vivent dans la précarité.

Contrairement à la situation des fonctionnaires de l'Etat et les travailleurs du secteur privé formel, les membres de l'UNACOIS ne bénéficient d'aucune couverture médicale. Il va sans dire donc qu'il s'agit de gens dont les familles ont beaucoup de difficultés à se faire soigner en cas de besoin. Pour pallier cette situation, l'UNACOIS propose de mettre en place des mutuelles de santé qui permettraient à ses membres d'avoir accès aux structures de santé privées. Elle propose de commencer par deux projets pilotes dans les deux villes de Dakar et Kaolack.

L'UNACOIS est accompagnée dans cette initiative par le projet Commercial Market Strategies (CMS) de l'USAID, qui vise à élargir le secteur privé et commercial en matière de santé reproductive dans les pays en développement.

Une première étude de faisabilité vient d'être bouclée et restituée le 22 octobre 2001. Elle avait pour objectif principal d'évaluer la faisabilité et déterminer les paramètres les plus plausibles pour élaborer un plan d'assurance maladie ou une mutuelle de santé. Selon l'enquête, cette mutuelle compte 50.000 membres potentiels qui cotiseront, selon la simulation, entre 500 et 1000 FCFA par mois et par bénéficiaire.

*PHRplus, Sénégal*

---

## Programme de formation sur la gestion des mutuelles de santé

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) de France en partenariat avec l'Association pour le Développement de la Coordination des Relations Internationales (ADECRI) lance un programme de formation sur la gestion des mutuelles de santé. Ce programme regroupe plusieurs pays dont le Bénin, le Burkina, la Guinée, le Sénégal, le Cameroun. La première édition de ce programme de formation se déroulera au Bénin en janvier 2002. Elle réunira une trentaine de participants. Sur place, l'organisation et la préparation sont confiées à l'Association pour le développement des Mutuelles Agricoles au Bénin (ADMAB) qui se fera appuyer par le PROMUSAF- Bénin et le CIDR.

*Aboubacar KOTO-YERIMA*

---

## Lancement des cadres nationaux de concertation des promoteurs de MS

Plusieurs organisations interviennent dans le développement des mutuelles de santé : l'Etat, les partenaires sociaux, et les structures d'appui (ONG, bureaux d'études, fédérations, syndicats, etc.). Elles fournissent un appui rapproché aux mutuelles dans le domaine de la sensibilisation, la formation, le conseil, etc. Cet appui technique extérieur renforce la capacité des mutuelles dans la prise en charge et est appréciable, dans ces phases de démarrage et croissance de la mutualité.

Ces organisations disposent chacune d'expériences, de pratiques en matière d'accompagnement des mutuelles. Elles interviennent suivant des stratégies différentes et disposent de ressources logistiques et financières variées. La mise en commun de ces expériences, par un système d'information performant devrait permettre à tous les acteurs du développement des mutuelles de santé de mieux atteindre les bénéficiaires potentiels.

C'est dans ce contexte que s'initie les *Cadres nationaux de concertation pour la promotion des mutuelles de santé*. Ces structures sont déjà mises en place au Bénin, Sénégal et en Guinée. Elles sont en réflexion dans les autres pays et peuvent avoir comme objectifs :

1. Faciliter la coordination des interventions des promoteurs
2. Fournir et analyser les informations sur la demande en vue d'orienter les interventions des promoteurs
3. Mener un plaidoyer pour permettre une meilleure visibilité des mutuelles de santé
4. Mener des réflexions sur les grandes thématiques qui accompagnent le développement des mutuelles de santé (procédures de reconnaissance, coût des prestations etc.)
5. Mener des réflexions pour élargir les possibilités de choix de formes de mutuelles de santé adaptées aux réalités socio-économiques locales
6. Diffuser les supports didactiques et de promotion des MS
7. Faciliter le renforcement des capacités des acteurs
8. Développer le partenariat avec les réseaux nationaux et inter-nationaux

---

## 2002 Le site web de la Concertation change de visage

Le site web de la Concertation a connu un succès croissant depuis son lancement en fin 99. Plusieurs outils (bases de données documentaires, mutuelles, structures d'appui, activités, etc.) sont en ligne, de même que le système de flash news qui informe régulièrement les membres des évènements organisés dans la sous-région. C'est déjà bien ! Cependant, notre ambition étant de faire toujours mieux, un design plus attractif est proposé, combinant graphisme et couleurs.

### Qu'est-ce qui va changer dans la fonctionnalité ?

Un plan du site est proposé. Il présente un tableau synthétique de l'ensemble des informations proposé par le site, et les liens vers les parties correspondantes.

Les groupes de discussion permettront aux utilisateurs de s'inscrire à des listes thématiques de discussion au travers de Mailing List, ils pourront ainsi librement échanger. On pourra accéder aux archives des « groupes de discussion », ainsi qu'au « groupes de discussion » en cours.

La recherche Intégration d'un mécanisme de recherche multi-critères (même système que dans la partie « Evènement »). Pour ceux qui sont pressés et intéressés uniquement par un pays, une synthèse par pays est offerte, avec des liens sur les document relatifs, la liste des mutuelles et des structures d'appui présentes et un résumé de la situation sanitaire du pays.

L'archivage les évènements récents sont mis en évidence, tandis que les plus anciens peuvent être consultés dans les archives. Aussi les nouvelles distribuées par le système de flash news sont archivées

### Et dans le contenu ?

Une partie supplémentaire sera consacrée à des lettres d'information produites par les structures d'appui.

Une nouvelle rubrique «Situation par pays» est proposé et présente des informations relatives aux pays couverts par la concertation . La page d'accueil de cette section est une carte de l'Afrique sur laquelle on peut cliquer sur chaque pays qu'on veut visiter.

Une section «autres liens» propose des liens vers des sites de mutuelles, un glossaire, des illustrations (dessins, photo d'évènements ou de mutuelles, des slogans...), etc.