

Courrier de la Concertation

Numéro 13

Juillet 2004

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

Suivi et évaluation des mutuelles de santé (Deuxième partie)

Sommaire

Editorial : Bientôt la fin de l'exercice, présentez correctement vos chiffres !!!	1
Expériences/Partenariat : Mutuelles de santé dans le nord Bénin: Une expérience sanitaire porteuse	2
Dossier : Les états financiers des mutuelles de santé : le compte de résultat et le bilan	3
Présentation simplifiée du compte de résultat	4
Présentation simplifiée du bilan	5
Evénements : Bénin, Burkina faso, Mauritanie, Mali Guinée, Niger	6
Une campagne pour l'extension de la protection sociale	8
Supplément : Forum 2004 de la Concertation	10
Bibliographie	11

Bientôt la fin de l'exercice, présentez correctement vos chiffres !!!

Hé oui, c'est le temps des comptes, le temps de tous les problèmes. A la fin d'une année d'exercice comptable, les gérants des mutuelles de santé sont dans tous leurs états. Il faut préparer l'Assemblée Générale, présenter des bilan, faire des projections, etc. On sait que les membres sont exigeants et regardant sur les comptes... La vie interne de la mutuelle dépend souvent de la préparation et de l'organisation de la restitution de ses activités annuelles. Bilan, compte de résultat, compte d'exploitation, ... il n'est pas évident de se retrouver avec tous ces termes et leurs contenus. Ce numéro propose des méthodes simples

de présentation de ces états financiers, tirées du «Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé».

Le suivi des mutuelles de santé, il en sera justement question au prochain Forum 2004 de la Concertation, notamment dans le cadre de l'inventaire 2003 qui a été la principale activité de notre réseau. Les résultats de l'inventaire seront livrés lors du Forum. Les préparatifs de cette importante rencontre se poursuivent et déjà plusieurs thèmes sont déjà inscrits à l'ordre du jour. Ce numéro présente les principaux sujets liés au développement des mutuelles de santé dans la sous région. Lors de ce Forum, il sera également fortement question des nouvelles orientations de la Concertation, en terme d'organisation, de contenu et de représentation des pays membres du réseau.

Ne manquez surtout pas ce rendez-vous. Toutes les modalités de participations sont disponibles auprès de la Concertation ou sur le site web.

A Bientôt !!!

Supplément
Forum 2004 : des thèmes à
jour des préoccupations
Réservez votre place



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

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

Expériences Partenariat

Mutuelles de santé dans le nord Bénin: Une expérience sanitaire porteuse

Les mutuelles de santé sont aujourd'hui dans le Borgou un outil d'avenir pour « les pauvres » qui, seuls, ne peuvent s'assurer une protection sanitaire adéquate. Nous avons rencontré des acteurs qui adhèrent à cette initiative que nous voulons partager, à travers ces lignes. Aubin R. TOWANOU

Pour bénéficier des avantages liés à cette initiative de solidarité, Bakary a dû subir les affres d'un paludisme effarant. Le mal a failli l'emporter. Aujourd'hui, il est volontaire pour convaincre ses frères des bienfaits d'une mutuelle de santé. En tout cas, le sien marche et peut être considéré comme une initiative porteuse. Nous sommes en fin de saison de pluie à Nikki, une ville située à 60 kilomètres de Parakou, le principal centre urbain du septentrion, distant lui-même de 500 kilomètres de Cotonou, la capitale économique du Bénin. A cette période, sévit le paludisme dans cette localité comme ailleurs en Afrique au sud du Sahara où le mal sévit.

Les populations, fatiguées par les travaux champêtres qui venaient de s'achever, ne résistent guère aux accès palustres qui font parmi elles, de nombreuses victimes. Il faisait une température ambiante de 35 °C dans la cour du centre de l'hôpital de zone de la commune de Nikki. Sous ce temps chaud et humide, Bakary, producteur de coton, avait affiché au dernier contrôle une température de 38°C. Il commençait ainsi par recouvrer sa santé après des soins intensifs. Il avait en effet connu des jours sombres, pris sous les affres du paludisme qui le malmenait depuis bientôt dix jours. Avant son admission au centre de santé il y a cinq jours, les nombreuses tisanes et autres décoctions qu'il a prises, n'ont pas pu le débarrasser des plasmodiums qui ont envahi son sang. Ces ennemis des globules rouges l'ont pris en otage alors même qu'il s'apprêtait à célébrer un troisième mariage avec les ressources qu'il venait de récupérer de la vente de sa production cotonnière de l'année. Un mariage reporté sine die au grand désespoir de Fatima, l'heureuse élue devenue malheureuse à cause d'un simple accès palustre...

C'est l'histoire que nous a contée Euloge Mafonga, instituteur de son état, que nous avons rencontré dans la cour du centre de l'hôpital. Notre équipe de reportage y était dans le cadre d'un dossier sur la protection sanitaire des pauvres en milieu rural. La moisson est loin d'être décevante avec le récit de Mafonga. Son objectif, partager avec nous les réalités d'une initiative qui marche à l'échelle des populations et qui a besoin d'être soutenue.

Rentabiliser les ressources collectées

L'initiative, c'est une mutuelle constitué d'environ 80 personnes. Elles cotisent suivant une périodicité bien déterminée un montant fixe pour constituer un fonds qui permet alors d'assister les sociétaires en cas de maladie nécessi-

tant une hospitalisation. Excluant, pour le moment, enfants et conjoints, ce fonds ne sert qu'à venir en aide aux membres. C'est cet outil qui a permis à Bakary de se soigner sans se ruiner. Car, outre le paludisme, le médecin du centre avait détecté des insuffisances au niveau du système respiratoire.

Nous étions dans ce centre le cinquième jour après son admission en milieu hospitalier. Il recouvrait progressivement sa santé mais pas suffisamment pour un témoignage direct. L'instituteur Mafonga s'en est chargé. «Nous sommes tous membres de la mutuelle. Depuis deux ans, étant donné les habitudes sanitaires plutôt orientées vers la pharmacopée, c'est la seconde fois que nous assistons un membre. Nos ressources dépassent cinq cent mille francs Cfa», indique Mafonga. Content d'appartenir à une telle mutuelle, Euloge Mafonga voit plus loin. Il veut bien que sa mutuelle prenne la forme d'une institution de référence. « Comme les membres ne tombent pas souvent malades pour être hospitalisés, je pense que nous ferons œuvre utile en plaçant nos ressources.

Actuellement, les fonds sont déposés à la Caisse d'épargne et rapportent des revenus. Je pense que les membres qui ont besoin de ressources pour de petits investissements, notamment au profit des petits commerces des épouses, peuvent faire des prêts moyennant intérêt», a déclaré l'instituteur Mafonga. Cependant, il souligne qu'il faut un minimum d'organisation avant d'en arriver là. Il pense à un bureau, un agent gestionnaire, etc.

Étendre l'initiative

Des témoignages reçus auprès des populations dans le Borgou où on dénombre plusieurs mutuelles, confirment que l'expérience est concluante et très répandue dans les autres départements du septentrion au Bénin.

Les statistiques du Ministère de la santé publique qui a confirmé l'existence de ces mutuelles, donnent environ 22.000 adhérents dans le Borgou. A la direction nationale de la protection sanitaire du ministère de la santé publique, on s'apprête à étendre cette expérience de mutuelle de santé à d'autres régions du Bénin en vue de sa généralisation. Cependant, il n'est pas noté une démarche visant à organiser ces mutuelles à l'étape actuelle. « On y pense», rassure l'Administration. Pour le moment, dans le Borgou, cette initiative marche et ses acteurs travaillent pour sa pérennisation. Tant mieux pour Bakary qui, certainement, a déjà eu l'occasion de célébrer son énième mariage.

Dossier

Les états financiers des mutuelles de santé : le compte de résultat et le bilan

La vie d'une mutuelle de santé est ponctuée par un ensemble d'opérations économiques qui modifient constamment le volume et l'organisation de ses ressources. Ces opérations devront être enregistrées car la mutuelle doit être en mesure de suivre ses patrimoines, sa situation financière ainsi que son résultat d'exploitation. C'est l'un des principaux objets de la comptabilité que d'organiser cet enregistrement, d'en effectuer la vérification et de produire régulièrement une synthèse des informations traitées.

La comptabilité ne doit pas être considérée comme une contrainte ni comme une finalité. Elle est avant tout un outil indispensable à une gestion efficace. De ce fait, elle ne doit pas être perçue comme un luxe réservé aux seules mutuelles qui disposent de comptables. S'il est vrai qu'elle repose sur des mécanismes qui sont parfois complexes, elle peut être adaptée et simplifiée pour des mutuelles qui ne disposent pas des compétences nécessaires. Le compte de résultat et le bilan ont une importance essentielle, notamment dans le cadre de l'analyse de la viabilité financière des mutuelles de santé.

Le compte de résultat

Le compte de résultat est le résumé des charges et des produits de la mutuelle au cours d'une période donnée, appelé «exercice» (un an généralement). Les charges sont les biens et services consommés définitivement et rattachés à un exercice. Les produits constituent les ressources acquises définitivement et rattachées à cette même période. La différence entre les charges et les produits constitue le résultat de l'exercice. Le compte de résultat permet donc de calculer le résultat de la mutuelle pour un exercice donné.

Le tableau à la page 4 décrit de manière simplifiée un compte de résultat. La colonne de gauche contient l'ensemble des charges auxquelles la mutuelle a du faire face et la colonne

de droite, l'ensemble des produits enregistrés.

Les gérants doivent faire attention aux notions de cotisations émises, perçues et acquises. La distinction est nécessaire afin de déterminer les ressources dont dispose la mutuelle pour couvrir les prestations d'un exercice donné (et celles qu'elle doit réserver car correspondant à l'exercice suivant).

- Les cotisations émises au cours d'un exercice, ou cotisations appelées, sont les cotisations que la mutuelle doit

théoriquement recevoir en contrepartie de tous les contrats en cours.

- Les cotisations perçues sont les cotisations que la mutuelle a effectivement reçues en contrepartie des contrats en cours.

- Les cotisations acquises (pour la période considérée) constituent la part des cotisations qui correspondent à l'exercice considéré. Elles représentent les produits de l'exercice qui devront apparaître dans le compte de résultat.

S'il est vrai que la comptabilité repose sur des mécanismes qui sont parfois complexes, elle peut être adaptée et simplifiée pour des mutuelles qui ne disposent pas des compétences nécessaires.

Le bilan

Le bilan est la «photographie» de la situation du patrimoine à une date donnée. Il se présente sous forme d'un tableau synthétique de deux colonnes. Dans celui-ci, figurent l'emploi des ressources de la mutuelle (ce qu'il «possède»), appelé «actif» (colonne de gauche) et l'origine des ressources (colonne de droite) appelé «passif». Le tableau à la page 5 décrit de manière simplifiée un bilan comptable.

MUTUELLE DE SANTE



Présentation simplifiée du compte de résultat

La mutuelle de Kalikoro a démarré ses activités le 1er janvier 1995. Fin décembre 1997, elle a clôturé son troisième exercice annuel. Les comptes de l'exercice 1997, établis en FCFA, ont été arrêtés au 31 décembre 1997. Les gestionnaires dressent le compte de résultat en reprenant l'ensemble des produits et des charges enregistrés par la mutuelle.

Au niveau des produits :

- au 31 décembre 1997, 1300 adhérents ont payé leur cotisation. Le montant des cotisations acquises pour l'exercice 1997 a été de 1.200.000 FCFA.
- les sommes déposées à la banque ont rapporté des intérêts de 5.000 FCFA.
- par ailleurs, la mutuelle a reçu une subvention d'exploitation de 150.000 FCFA.

Au niveau des charges :

- les prestations de santé à la charge de la mutuelle durant l'exercice ont été de 900.000 FCFA. 850.000 FCFA ont été comptabilisés et 50.000 FCFA correspondent à des soins

fournis aux bénéficiaires et pour lesquels le prestataire n'a pas encore émis de facture.

- la mutuelle est gérée par un comité de gestion. Les adhérents se réunissent mensuellement. Le trésorier et le secrétaire général reçoivent des indemnités d'un montant annuel total de 50.000 FCFA.
- les déplacements et la restauration des membres du comité sont payés par la mutuelle. 50.000 FCFA ont été dépensés à cette fin au cours de l'exercice.
- la mutuelle a acheté des cartes d'adhérents et des fournitures de bureau pour un montant de 65.000 FCFA.
- la mutuelle a organisé une fête pour faire connaître ses activités à la population. Elle a consacré 50.000 FCFA à cet événement. Elle a également effectué des campagnes d'information dans de nouveaux villages pour un coût de 50.000 FCFA. Au total, les frais de promotion s'élèvent à 200.000 FCFA.

Le compte de résultat simplifié se présente de la manière suivante :

Charges			Produits		
Charges en prestation					
Remboursement des adhérents	0	a1	Cotisations	1 200 000	f
Paiement des prestations	900 000	a2			
Sous-total prestations	9 00 000	(a)	Sous-total cotisations	1 200 000	(f)
Autres charges					
Salaires ou indemnités	50 000	b1			
Loyers et charges	0	b2			
Frais de déplacement	50 000	b3	Droits d'adhésion	0	(g)
Fournitures de bureau	65 000	b4			
Frais de formation et de promotion	200 000	b5			
Sous-total autres charges	365 000	(b)	Sous- total cotisation + droits d'adhésion	1 200 000	(f+g)
Amortissement	0	(c)			
Charges financières	0	(d)	Produits financiers	5 000	(h)
Charges exceptionnelles	0	(e)	Produits exceptionnels	0	(i)
Total charges	1 265 000	A	Total produits avant subvention	1 205 000	B
Résultat avant subvention (excédent)	Rb=B-A		Résultat avant subvention (déficit)	60 000	Rb=B-A
Total charges	1 265 000	A	Subvention d'exploitation	150 000	(S)
			Total produits	1 355 000	C=B+S
Résultat après subvention	90 000	(R)=C-A	Résultat après subvention		(R)=C-A
TOTAL	1 355 000	X	TOTAL	1 350 000	X

Présentation simplifiée du bilan

La mutuelle de Kalikoro a démarré le 1er janvier 1995. Fin décembre 1997, elle a clôturé son troisième exercice annuel. Les comptes de l'exercice 1997 ont été arrêtés au 31 décembre 1997 (en FCFA). Courant janvier, les gestionnaires dressent le bilan, à savoir la situation du patrimoine de la mutuelle au 31 décembre 1997.

Au niveau de l'origine des ressources :

- 300 000 FCFA représentent les réserves constitués par les résultats des deux exercices précédents.
- 150 000 FCFA sont des subventions que la mutuelle a reçues comme fonds de départ lors de sa création (ces subventions ne doivent pas être confondues avec celles versées en 1997 pour le financement de l'exploitation).
- 100 000 FCFA de factures reçues mais non encore payées correspondent à des soins fournis aux adhérents pour le mois de décembre. La mutuelle doit les payer avant le 31 janvier 1998. Il s'agit d'une dette à court terme vis-à-vis des prestataires. De plus, des soins pour un montant de 50 000 FCFA ont été reçus par les bénéficiaires mais n'ont

pas encore été facturés par le prestataire concerné.

- 90 000 FCFA correspondent au résultat de l'exercice.
- 100 000 FCFA correspondent à des cotisations perçues d'avance. Certains adhérents ont en effet payé leur cotisation en juillet et novembre 1997 pour une année. Le comptable «reporte» ce montant de l'exercice 1997 pour couvrir les dépenses de maladie durant l'exercice 1998.

Au niveau de l'emploi des ressources

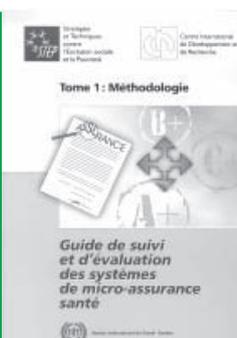
- 50 000 FCFA correspondent à des retards de paiement des cotisations des adhérents. Ceux-ci ont dès lors des dettes vis-à-vis de la mutuelle.
- 250 000 FCFA sont placés auprès d'une banque pour faire fructifier les fonds de la mutuelle.
- 390 000 FCFA sont disponibles sur le compte courant de la mutuelle.
- 100 000 FCFA sont disponibles dans les caisses de la mutuelle.

Le bilan simplifié se présente de la manière suivante :

Emploi des ressources (actif)		Origine des ressources (passif)	
Immobilisation	0	Réserves	300 000
Immobilisation incorporelle		Résultat (excédent/perte de l'exercice)	90 000
Immobilisation corporelle	900 000	Subvention d'investissement	150 000
Créance à long terme	0	Dette à long terme	
Stocks	0	<i>Dette à court terme</i>	
Créances à court terme	50 000	Prestataires	150 000
Placements financiers	250 000	Adhérents	0
<i>Valeurs disponibles</i>		Autres fournisseurs	0
Comptes bancaires	390 000	<i>Compte de régularisation</i>	0
Caisses	100 000	Produits constatés	100 000
Compte de régularisation	0		
Total de l'actif	790 000	Total du passif	790 000

Attention !!!

Les exemples ci-dessus sont des extraits de la publication en deux tomes intitulé «Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé» (tome 1 : méthodologie, tome 2 : indications pratiques). Ce guide a été produit en 2001 sous le numéro ISBN respectifs : 92-2-212551-7 et 92-2-212552-5, par le BIT/STEP et le CIDR. Du fait que c'est un extrait, plusieurs termes ne sont pas expliqués dans les détails. Nous conseillons vivement, pour plus d'informations sur la production de ces états financiers, de se procurer ces publications, de même que le «Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique» (BIT, Genève 2003). Pour les modalités d'acquisition, écrire à : step@ilo.org ou cidr@compuserve.com



Evénements

Bénin

Lancement de mutuelles de santé à Sinendé et Banikoara: Favoriser l'accès des populations aux soins

Initié par le ministère de la santé publique, un projet de mise en place de deux mutuelles de santé à Sinendé et à Bembéréké s'est concrétisé avec l'appui financier et institutionnel de l'USAID. Les 15 et 16 avril 2004, ces deux mutuelles ont été lancées en présence de nombreuses personnalités, programmes et administrations des zones sanitaires concernées. Ce lancement des MS de Sinendé et Banikoara constitue le début d'une expérience de partenariat que l'USAID, par son programme PHRplus (partenaires pour la Réforme du secteur de santé), s'engage à poursuivre dans cette zone car, malgré la forte densité de la population qui contraste d'avec la faible fréquentation des centres de santé (35%).

Selon les différents intervenants lors de ce lancement, le programme d'appui au développement des mutuelles de santé devra renforcer l'organisation de la demande de soins des populations, améliorer les capacités techniques et financières des communes à prendre en charge leurs nouvelles compétences en matière de santé à travers un système de co-financement (Matching), renforcer les pratiques d'entraide et de solidarité dans les villages, développer des attitudes de prévoyance face à la maladie etc. La forte présence des femmes a été notée dans le comité d'initiative qui recevra une formation avant de se lancer dans la sensibilisation des populations en vue de leur recrutement pour la mutuelle.

Burkina faso

Lancement de la mutuelle de sante wa ti d bao laafi de pabre

Le lancement de la mutuelle de santé de Pabré baptisée « Wa ti d bao laafi » (Ensemble, recherchons la santé) a eu lieu le 15 juin dernier.

Cette mutuelle est née de la collaboration de STEP avec le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (MASSN). C'est ce Ministère qui a introduit le Groupeement féminin Kiswensida auprès de STEP pour voir dans quelle mesure il serait intéressé de développer la Micro Assurance Santé. Le processus a abouti à la mise en place d'une mutuelle ouverte à toute la population de Pabré qui est dans la zone d'intervention du Projet Economie Sociale du Programme plurisectoriel Oubritenga-Kourwéogo-Kadiogo (PPOKK/EcoSoc) avec qui STEP entretient une collaboration pour la promotion de la micro assurance santé.

L'AG (29 avril 2004) a fixé les droits d'adhésion à 500 FCFA et la cotisation mensuelle à 100 FCFA par bénéficiaire. Avec ce montant les prestations sont offertes par le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) de Pabré, avec l'évacuation au Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) Paul VI sont couverte à 80%. Le président des ressortissants à Ouagadougou, M. Zongo Ernest, a été choisi comme parrain de la mutuelle de santé.

Sanmatenga : Signature de contrat de prestations

Le village de Towassi département de Tougouri, province du Namentenga est habité par des Mossis et des Gourmathés. Il a procédé le 28 avril dernier à la signature de sa convention avec le Centre de santé et de promotion sociale «CSPS» de Toyodin duquel il est distant de quinze kilomètres. Créé en juin 2002, la mutuelle compte cinquante-six (56) adhérents ou ménages totalisant six cent quatre vingt-douze bénéficiaires dont trois cent soixante-quinze femmes et trois cent dix-sept hommes, alors que le village compte mille huit cent vingt-quatre habitants. La caisse dispose de 520 415 francs, provenant de la cotisation mensuelle fixée à 190 francs.

La mise en place de cette mutuelle a été possible avec l'accompagnement de l'Association pour le développement de la région de Kaya «ADRK» qui appuie plusieurs initiatives dans la région (c'est la douzième mutuelle implantée par l'ADRK). Le bâtiment qui abrite la mutuelle a coûté environ six millions (plaques solaires, mobiliers y compris) et a été réalisé avec l'appui de l'Ambassade Royale des Pays-Bas.

Formation des prestataires de soins

Dans le cadre du processus de la mise en place des mutuelles de santé dans les provinces, le Réseau d'appui aux mutuelles de santé au Burkina Faso (RAMS/BF) a organisé du 5 au 7 avril à Pô, un atelier de formation en contractualisation au profit des agents de santé.

L'atelier qui a regroupé 17 participants venus des districts sanitaires de Pô-Ziniaré et Pissi avait pour objectif d'approfondir les connaissances des prestataires de soins en mutuelle de santé pour une meilleure collaboration avec les associations mutualistes.

Cela devrait permettre aux agents de santé de maîtriser les termes de contrats avec les mutuelles de santé et enfin, susciter une meilleure implication des agents de santé dans la mise en place et le fonctionnement des mutuelles de santé.

Durant les 3 jours de formation, les participants ont échangé sur trois modules, à savoir la prévoyance en matière de dépenses de santé, les fondements et spécificité des mutuelles de santé et enfin, les mutuelles de santé et contractualisation. Le processus de mise en place de la mutuelle de santé dans la commune de Pô a débuté depuis 2003 sous l'impulsion de la mairie à travers des associations et organisations communautaires. Un comité de pilotage a été déjà mis en place pour suivre le processus de la mise en place de la mutuelle.

Naissance de 8 mutuelles de santé au Burkina Faso

Les mois de février et mars 2003 ont été fructueux pour le mouvement mutualiste du Burkina. Il a enregistré la naissance de 8 mutuelles de santé dans différents départements du pays.

L'IPC, AQUADEV et STEP développent un projet pilote conjoint dénommé approche intégrée « Lutte contre le Sida & Micro-assurance santé & Microfinance ». Le site test est Komki Ipala. Une mutuelle de santé ouverte aux populations des 5 départements y a été lancée le 7 février 2004. La spécificité de cette mutuelle est qu'elle prévoit dans les cotisations un montant de 20 FCFA sur 150F pour la prise en charge médicale des PV/VIH membres de la mutuelle. Cela est rendu possible grâce à une subvention de Médecins sans Frontières qui intervient dans le District Sanitaire de Pissi dont relève Komki Ipala.

Avec l'Association Songui Manegre - Aide au Développement Endogène (ASMADE), STEP a appuyé la mise en place de deux (2) mutuelles de santé : l'une dans le Département de Koubri et l'autre dans le Département de Saaba. Toutes les deux ont été lancées en mars 2004. ASMADE est financé par Solidarité Socialiste et dispose d'animateurs locaux pour le suivi des MAS mises en place.

Avec le Programme Plurisectoriel Oubritenga-Kourwéogo-Kadiogo Santé et Economie Sociale, STEP a signé un protocole de collaboration pour la mise en place de mutuelles de santé dans leur zone d'intervention. De cette action conjuguée, cinq (5) mutuelles de santé ont été lancées en mars 2003. Elles sont ouvertes aux populations des Départements concernés : Boussé, Laye, Niou, Sourgoubila et Toéghin.

L'accompagnement des mutuelles sera assuré par les animateurs de PPOKK/Eco Soc présents dans chaque département et celui de PPOKK/Santé. Le District Sanitaire a désigné un agent pour assurer le suivi de toutes les mutuelles de son ressort territorial.

Ces 7 mutuelles de santé facilitent l'accès aux soins de santé de 1er niveau (CSPS) et quelques prestations de deuxième niveau (CM/CMA). Les droits d'adhésion varient entre 500 et 1000 FCFA et les cotisations de 100 à 200 FCFA par mois et par personne.

Mauritanie

Dans le cadre de la **semaine nationale de santé de reproduction et de la protection sociale** (11-17 mai), un atelier de réflexion sur l'extension de la protection sociale, organisé par le Ministère de la santé s'est tenue à nouakchott les 16, 17 et 20 mai 04. Cet atelier se fixait comme objectif de faire un état des lieux des systèmes de protection sociale en Mauritanie et d'autre part de mieux vulgariser le concept de la mutualisation dans le domaine de la santé.

La première mutuelle des travailleurs issue des syndicats mauritaniens soutenus par l'ODSTA a tenu son Assemblée Générale constitutive le samedi 03 juillet 2004 avec environ 250 adhérents pour 1600 bénéficiaires. Elle a bénéficié de la

collaboration technique de Caritas et du BIT-STEP/UNFPA. Le public cible provient du secteur informel (dockers, travailleurs du bois et de la construction) le non de baptême de la mutuelle est RAHMA qui signifie Clémence.

Le rôle de la communication et des mutuelles de santé dans la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale

Comme suite au Forum « Vision 2010 » sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (tenu en 2001), le bureau régional de l'UNICEF, en collaboration avec (les agences/organisations intéressées) a organisé, du 30 Mai au 4 juin 2004 à Nouakchott (Mauritanie), un atelier sur le rôle de la communication et des mutuelles de santé dans la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale. Plusieurs pays ont réalisé des avancées significative dans la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale, mais ces progrès restent fragilisés par le faible engagement des communautés dans les mécanismes de solidarité et par la persistance des pesanteurs socio-culturelles. Par ailleurs, de nombreux pays n'ont pas suffisamment développé des stratégies pour une meilleure information des communautés, malgré le lien évident qui existe entre les facteurs qui entretiennent la MMN et le comportement des communautés.

Niger

Lancement des activités de la mutuelle de santé « Bonbatou » de kourfare

En avril dernier, s'est tenu à Kourfaré (BOBOYE) la cérémonie officielle de lancement des activités de la Mutuelle de Santé dudit village. Plusieurs personnalités étaient présentes à cette cérémonie, des prestataires de soins aux autorités administratives. Les conventions ont été expliquées aux membres et signées avec les prestataires. Les documents ont été traduits en Djerma et signés en présence d'un Huissier de justice.

Guinée

Dans le cadre de ses activités, le volet partenariat du PSS/GTZ, en collaboration avec le PLADOR, a organisé un atelier à Labé du 19 au 23 avril 2004. Cet atelier a regroupé 35 participants composés de 32 responsables de 18 mutuelles de santé, de trois animateurs du PLADOR et d'un responsable de la DPS de Labé. Cet atelier a été précédé d'une mission de suivi de l'équipe cadre du partenariat du PSS/GZ qui avait permis d'identifier les difficultés majeures auxquelles les mutuelles de santé sont confrontées. Le rapport de cette mission a servi de fil directeur pour cet atelier, lequel a permis d'approfondir les connaissances des mutualistes ainsi que de discuter et compléter les plans d'action. Plusieurs thèmes ont été développés : la gestion administrative, la contractualisation, le suivi des mutuelles, la mise en union des mutuelles de santé (besoins, modèles d'unions, démarche). Il a été aussi constaté que les mutuelles éprouvent beaucoup des difficultés d'évaluer certains aspects de la qualité des soins et que le concours qualité initié par la GTZ dans sa zone d'intervention permettent aux mutualistes dans des façons divers de s'impliquer dans l'amélioration de la qualité des soins.

Une campagne pour l'extension de la protection sociale

La sécurité sociale est la protection que la société assure aux individus et aux ménages pour leur permettre d'accéder aux soins de santé et leur garantir une sécurité de revenu, notamment dans les circonstances suivantes: vieillesse, chômage, maladie, invalidité, accident du travail, maternité, disparition d'un soutien de famille.

Les Nations Unies considèrent la protection de la sécurité sociale comme un droit humain élémentaire – un droit dont jouit seulement une faible partie de la population de notre planète.

Avec plus de la moitié de sa population vivant en dessous du seuil de pauvreté, l'Afrique subsaharienne est particulièrement confrontée à cette réalité. Dans sa grande majorité la population active ne bénéficie d'aucune forme de protection sociale et les systèmes d'entraide et de solidarité traditionnels sont de moins en moins aptes à fournir une assistance efficace face aux évolutions socio-économiques.

Cette situation affecte en premier lieu les travailleurs du secteur informel et tout particulièrement les femmes. Ces populations sont confrontées à de nombreux risques qui menacent leurs revenus, leur santé et leur sécurité et les entraînent bien souvent dans le cercle vicieux de la pauvreté. Ainsi, un accès limité aux soins de santé de qualité et la perte temporaire ou définitive de revenus peuvent détruire, parfois brutalement, le labour de toute une vie et plonger une famille dans une détresse financière et économique.

Alors qu'elle ne devait être qu'une étape vers l'intégration des populations actives dans l'économie formelle et,



par conséquent, la couverture de tous par la sécurité sociale, l'économie informelle tend au contraire à se développer ce qui entraîne un tassement, voire un déclin, des niveaux de couverture. Même dans les pays à croissance économique forte, un nombre grandissant de travailleurs, souvent des femmes, ne bénéficient que d'emplois précaires : travail occasionnel, travail à domicile et certaines formes de travail indépendant non couvert par la sécurité sociale.

L'extension de la sécurité sociale doit aujourd'hui s'adapter à cet état de fait et repose sur la promotion de nouvelles formes de sécurité sociale tenant compte des

besoins et des capacités des différents groupes socio-économiques, telles que les micro assurances, parallèlement aux régimes publics d'assurance sociale. La mise en œuvre de la sécurité sociale pour tous contribuera à la réalisation de plusieurs des objectifs du Millénaire pour le développement.

Fort de ce constat, le Bureau international a lancé une campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous.

L'un des objectifs principaux de la campagne est de trouver un moyen nouveau et efficace d'étendre la couverture de la sécurité sociale aux pays ayant de faibles ressources.

Un programme dans la durée

La première phase de la campagne durera cinq ans et s'achèvera fin 2006. L'objectif pendant cette période est de faire en sorte que, dans le plus grand nombre de pays possible, l'extension de la sécurité sociale soit placée au premier rang des priorités et de soutenir les décideurs nationaux et internationaux dans l'élaboration de stratégies visant à étendre la couverture. Ces stratégies devraient s'inspirer de valeurs telles que la solidarité et l'universalité et mettre en œuvre des moyens économiquement efficaces d'extension de la sécurité sociale. Les activités suivantes seront menées :

- **Améliorer la compréhension globale de la sécurité sociale** par la recherche, l'analyse des meilleures pratiques à travers le monde, l'élaboration de nouveaux mécanismes pour atteindre les travailleurs de l'économie informelle et l'établissement de directives pour l'extension des droits aux prestations de base.
- **Parvenir à des améliorations concrètes de la couverture sociale** à travers des projets d'assistance technique axés sur un diagnostic des besoins non satisfaits et sur les

Chiffres édifiants

- Seule une personne sur cinq dans le monde dispose d'une couverture adéquate de sécurité sociale.
- Plus de la moitié de la population mondiale ne dispose d'aucune forme de protection sociale.
- En Afrique subsaharienne seulement 5% à 10% de la population active bénéficie d'une couverture sociale seulement partielle.
- Dans les pays africains à revenu intermédiaire, la sécurité sociale couvre entre 20% et 60% de la population.
- L'épidémie du VIH/SIDA menace la viabilité financière des systèmes de sécurité sociale dans de nombreux pays en développement.
- L'absence de couverture de sécurité sociale est dans une large mesure concentrée au sein de l'économie informelle qui constitue pourtant la principale source d'emploi, notamment pour les femmes.

moyens de les satisfaire, en renforçant la formation des acteurs concernés et favorisant les discussions sur les politiques à suivre, en renforçant les institutions et le dialogue social, en appuyant la formulation de plans d'action, en établissant des réseaux d'organismes de soutien et d'individus, et en contrôlant et évaluant les résultats.

- **Sensibiliser et mobiliser les principaux acteurs et les partenariats**, en particulier avec les éventuels pays et organismes donateurs pour assurer un large soutien à la mise en œuvre de la campagne.

Impliquer les pays dans la campagne

La campagne sur la sécurité sociale et la couverture pour tous a été lancée en Afrique le 5 décembre 2003 à Addis Abeba, à l'occasion de la Conférence africaine de l'OIT. Des lancements nationaux ont été réalisés : 1er mars 2004 à Maputo, Mozambique, le 25 mars au Népal, en Asie et 14 avril 2004 à Dakar, Sénégal où la cérémonie a été placée sous la présidence effective du Chef de l'Etat sénégalais, Abdoulaye Wade et en présence de M. Assane Diop, Directeur exécutif du BIT en charge du Secteur de la protection sociale.

D'autres lancements nationaux sont prévus courant 2004 en Afrique : Nigéria et République démocratique du Congo.

L'équation du secteur informel

Seuls 10 % de la population active du Sénégal jouissent d'une protection ou d'une sécurité sociale partielle. Ces chiffres traduisent le faible taux de la couverture sociale chez la population active. Ainsi, les 90 % restants et qui constituent la frange la plus importante restent exclus ou marginalisés. Ce fait qui pose des problèmes quant à l'équité sociale mérite une réflexion approfondie pour les inclure dans ce système. En effet, M. Diop soutient que dans ce domaine, le Sénégal s'étant déjà engagé sur cette voie a pris une longueur d'avance. «Dans le développement de ces techniques, une attention particulière doit être prêtée aux femmes qui travaillent dans l'économie informelle ainsi qu'aux jeunes travailleurs étant donné que, dans ce secteur

spécifique d'activité, la prévention en matière de santé reste encore insuffisante malgré les avancées significatives».

Pour répondre au besoin de toutes les populations, il y a la promotion des mutuelles de santé, parallèlement aux régimes publics d'assurance sociale. Un projet appuyé par BIT/STEP a été visité à Mboro. L'Union nationale des coopératives agricoles du Sénégal y développe un système d'assurance-santé pour les membres des quatre mille cinq cents membres qui la composent.

Le programme STEP du BIT en Afrique, un outil opérationnel

Afin d'encourager le soutien à cette initiative, l'OIT et ses mandants tripartites informeront les pays donateurs et les organisations internationales des défis que représente l'extension de la couverture de sécurité sociale en Afrique et créeront un cadre pour orienter les ressources et les connaissances spécialisées vers un programme d'action coordonné afin de relever les niveaux de couverture en Afrique. Ils aideront aussi la communauté des donateurs à réaliser un ciblage efficace des ressources afin d'élargir la couverture dans les pays visés par l'Initiative.

Le programme global Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du BIT est l'outil opérationnel clé de la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous. Le programme se consacre à des activités de terrain, de recherche, de formation, de diffusion des connaissances et de plaidoyer conformément à l'objectif stratégique d'extension de la couverture et de renforcement de l'efficacité de la protection sociale pour tous. STEP est actif dans deux domaines particuliers : l'extension de la protection sociale aux pauvres et aux exclus, en particulier dans l'économie informelle et la lutte contre l'exclusion sociale.

Pour plus d'informations sur la campagne, visiter le site : www.ilo.org/coverage4all



Des journalistes sénégalais à l'école de la protection sociale

Dans le cadre de la campagne mondiale d'extension de la protection sociale, le Bureau international du Travail a organisé, du 12 au 13 mai 2004 au CESAG, une formation à l'intention de 14 organes de presse du Sénégal. L'objet de cette formation était de fournir aux journalistes une meilleure compréhension de la situation de la protection sociale à travers le monde et particulièrement en Afrique.

Cette formation réalisée par le programme STEP (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pau-

vreté) en collaboration avec la BBC a tourné autour de deux points : une meilleure connaissance des mécanismes de protection sociale ; le renforcement des journalistes en matière de couverture des questions de protection sociale (technique de reportage, de réalisation et de montage).

A l'issue de la formation, les journalistes ont reçu du matériel de reportage, de la documentation et plusieurs références bibliographiques qui leur permettront de réaliser des émissions radiophoniques, ce qui participera à une meilleure diffusion des possibilités de protection sociale.

Forum 2004 de la Concertation : Bamako, 17-19 novembre

Une des activités prioritaires de ce réseau est l'organisation d'ateliers thématiques. Cet événement rassemble, tous les deux ans, plusieurs acteurs de terrain qui discutent de thèmes spécifiques aux mutuelles de santé. De cet échange, naissent de nouvelles compétences pour un meilleur accompagnement du mouvement mutualiste. Le Forum 2004 constituera la 3ème rencontre internationale de la Concertation.

Cette troisième édition du Forum de la Concertation est programmée du 17 au 19 novembre 2004 à Bamako.

Le Forum 2004 est placé sous le thème générique du développement des mutuelles par l'amélioration de leur fonctionnement et le renforcement des articulations avec l'environnement institutionnel

Contenu

Le contenu du Forum 2004 fera un focus sur le développement des mutuelles de santé. Ce thème se présente sous deux parties :

- Le fonctionnement des mutuelles de santé
- L'environnement des mutuelles et leurs relations avec les partenaires

a. Conférence

Quatre conférences seront présentées :

- Communication inaugurale
- Restitution de l'inventaire
- Introduction du 1^{er} sous thème : Le fonctionnement des mutuelles de santé
- Introduction du 2^{ème} sous thème : L'environnement des mutuelles et leurs relations avec les partenaires

b. Communication (présentation de cas)

Chaque sous-thème sera illustré par des cas concrets. Les cas qui seront sélectionnés par le comité scientifique tourneront autour des aspects suivants (liste non exhaustive) :

Sur les mutuelles de santé

- Fonctionnement et gestion administrative et financière

- Amélioration du taux de recouvrement des cotisations des mutuelles, augmentation du membership, techniques de suivi et évaluation, etc.
- Renforcement du fonctionnement des instances
- Problèmes du bénévolat, professionnalisation de la gestion
- Amélioration et utilisation des outils de gestion et de suivi
- Organisation interne des mutuelles (structures, organigramme et rôle des membres)

- Communication interne et externe

- Améliorer la participation sociale
- Améliorer les techniques de communication
- Améliorer la participation aux activités
- Plaidoyer auprès des autorités

Sur l'environnement et des mutuelles de santé et les relations avec les partenaires

Contractualisation

- Relations avec les prestataires de soins
- Mobilisation des partenaires (État, structures d'appui aux mutuelles de santé, compétences administratives décentralisées, programmes d'appui au financement de la santé, etc.

- Réseaux

- Comment organiser et fonctionner en réseau
- Quels types de services un réseau peut offrir

- Système d'information

- Comment organiser un système d'information sur les mutuelles de santé et leur performances
- Indicateurs, niveaux de fourniture de l'information, outils de collecte et fonctionnalité, utilisation de l'information

- Liens (articulation) stratégiques et politiques

- Programmes stratégiques initiés par les différents partenaires au développement des mutuelles de santé
- Programmes communs réalisés, programmés et/ou réalisables
- Articulation, partenariat, projection et rôle de la Concertation

c. Communications (forum ouvert sur présentation orale)

Le Forum offre aux acteurs qui le désirent, la possibilité de présenter des thèmes en session. Ces thèmes devront porter sur des expériences en rapport avec les sujets développés par les conférenciers ou des thèmes d'intérêt général sur les mutuelles de santé. Un comité scientifique sera chargé de valider les thèmes qui seront proposés. Ceux qui souhaitent intervenir doivent remplir le formulaire « appel à contribution », avant le 15 août 2004. Ce formulaire est en annexe ou disponible sur le site web : www.concertation.org

d. Ateliers

À la lumière des cas présentés en rapport avec thèmes, des ateliers seront organisés. Ainsi, le Forum 2004 sera une occasion pour les participants de partager les expériences dans la résolution de ces problèmes. Ils travaillent suivant des thèmes et sur orientation des conférenciers et sous l'éclairage d'experts en la matière.

Méthodologie

Les ateliers seront animés selon une approche participative qui favorisera la prise en compte des différentes expériences. Une attention particulière sera portée aux pratiques, à travers les échanges portant sur les expériences développées dans les différents pays. Cet élargissement du champ de référence permettra aux participants d'adapter et/ou améliorer leurs méthodes.

Un espace sera aménagé pour les organisations qui souhaitent exposer leurs publications, photos, autres outils (didactiques et de sensibilisation), faire visionner des films ou des diapositives sur les mutuelles de santé.

Un comité scientifique est organisé pour donner des orientations aux participants qui souhaitent présenter des expériences et sélectionner les cas qui seront exposés et leur mode.

Conditions de participation

La sélection favorisera les participants qui pourront payer

leurs frais de séjour et de voyage. La Concertation encourage les structures d'appui à faciliter la participation des acteurs de terrain.

Les participants peuvent spécifier s'ils souhaitent que la Concertation leur réserve une chambre d'hôtel. Différentes propositions sont disponibles dans la fiche d'inscription ou sur le site web de la Concertation.

Les demandes de participation sont reçues jusqu'au 15 octobre 2004.

Toutes les informations à jour sont disponibles sur le site web de la Concertation : www.concertation.org

Pour toute information complémentaire, s'adresser à :

La Concertation
BP 414, Dakar – Sénégal
Tél. +221 860 46 28
Fax : +221 860 11 25
concemut@sentoo.sn

L'Union Technique de la Mutualité Malienne
BPE 1083 BAMAKO MALI
Tél. +223 221 3349 / 5362
Fax +223 221 3279
utm@afribone.net.ml

Les mutuelles de santé à Sikasso

Troisième région administrative du Mali, la Région de Sikasso est située au sud et fait frontière avec trois pays de la sous région Ouest- Africaine : Burkina-Faso, Côte-D'Ivoire, et Guinée. Elle est la région la plus arrosée du pays avec la pluviométrie qui se situe entre 750 et 1 400 mm d'eau /an. Le coton, Première culture de rente du pays est essentiellement cultivé dans la région. Cette culture n'empêche pas celles vivrières : les légumes et fruits abondent dans la région. Malgré tout ceci, la région fait partie des populations les mal nutris du pays et la pauvreté y atteint des seuils inimaginables.

Cette situation fait que sur le plan sanitaire, bien qu'ayant un nombre de centres de santé communautaires (CSCOM) élevé, l'accès aux soins de santé est assez bas.

C'est dans cette réalité qu'a vu le jour la première Mutuelle de Santé au niveau rural dans la région de Sikasso et au Mali sur l'initiative d'un jeune Médecin de campagne : Dr Yacouba Koné en 1998. Les résultats atteints par cette mutuelle ont donné des idées à L'UTM (structure d'appui aux mutuelles au Mali) à chercher les moyens nécessaires pour appuyer d'autres localités à mettre en place leur MS.

C'est ainsi qu'une collaboration avec la CMDT (Compagnie malienne pour le Développement du Textile) a permis la mise en place de quatre mutuelles de Santé en 2000. Le démembrement du Ministère de tutelle des Mutuelles au Mali, dans la région de Sikasso a sollicité et obtenu dans le

cadre du PRODESS (Programme Décennal Sanitaire et Social) un appui financier qui lui a permis, avec la collaboration d'une ONG, d'appuyer les populations à la mise en place de 4 autres en 2000. L'appui à la carte de L'UTM a permis la mise place d'autres mutuelles.

Les partenaires expérimentés dans le même domaine dans d'autres pays comme le PHR^{plus} se sont intéressés à la région avec la mise en place de trois mutuelles. Avec l'appui financier de certains de ses partenaires CGAP, CFSI, FNMF, l'UTM a appuyé la mise en place de 4 nouvelles mutuelles santé dans la région.

En tout, la région dispose de 18 Mutuelle de Santé dont 10 sont fonctionnelles tandis que les autres sont dans le processus de reconnaissance officielle. Tout ce ceci fait de la région de Sikasso, la pionnière dans le domaine.

Même si aucune évaluation ne s'est encore penchée de façon concrète sur l'impact des mutuelles de santé à l'amélioration de la fréquentation des structures sanitaires, les suivi-évaluation périodiques et réguliers que fait la représentation régionale de L'UTM, démontre un taux de fréquentation plus élevé au niveau de structures sanitaires ou il y a des mutuelles de santé que les autres.

Ceci dit, si toutes les initiatives dans la région se concrétisaient, une amélioration significative serait constatée au niveau de l'accès des populations aux soins de santé.

Valère Kokou PIHOUN-KOFFI, UTM - Sikasso

Bibliographie

Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne : État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche

Maria-Pia Waelkens et Bart Criel (Professeurs, Public Health Department of the Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium)

L'objectif de l'étude présentée dans cette monographie est de faire un état des lieux de la recherche dans le domaine des mutuelles de santé et d'identifier les sujets à approfondir. Cette étude a permis de déterminer les orientations du programme de recherche sur les mutuelles de santé à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Belgique.

Quelles sont les causes du faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne ? Telle est la question centrale de l'étude. Dans un premier temps le document évalue la littérature scientifique apprend sur ce sujet, puis propose un agenda de recherche pour approfondir la question.

Une revue des études disponibles permet d'identifier une liste de facteurs qui influencent l'adhésion aux systèmes de micro-assurance santé. Les principaux facteurs sont la qualité des soins de santé, la confiance des habitants dans

la réussite de l'entreprise et la capacité financière des communautés. Mais une lecture attentive de ces études, de travaux de synthèse et de documents conceptuels qui traitent de la micro-assurance santé, montre que le cadre sous jacent est fortement influencé par les aspects techniques et financiers au dépens des

aspects humains et du contexte structurel et socioculturel dans lequel ces systèmes opèrent. L'observation et la documentation des initiatives existantes devraient faire appel à un nouveau cadre d'analyse qui tienne compte du contexte, de la dynamique sociale et des interactions humaines dans l'organisation et la gestion de tels systèmes.

L'agenda de recherche proposé repose sur l'hypothèse suivante : pour améliorer la performance des systèmes de micro-assurance santé et l'adhésion des populations concernées, le défi n'est pas de développer un modèle idéal, mais de concevoir des systèmes sur mesure, adaptés à chaque situation. Une approche multi-disciplinaire est nécessaire pour concevoir un cadre d'analyse qui ne tienne pas seulement compte des aspects techniques et financiers, mais aussi des dimensions sociales et associatives, ainsi que de l'insertion des systèmes dans l'organisation des systèmes de santé et dans un environnement social, culturel, économique et institutionnel donné.

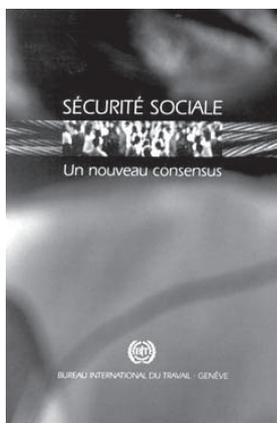


Sécurité sociale : un nouveau consensus

OIT, Genève 2002

Durant ces cinq dernières années, le BIT a accordé une haute priorité aux besoins des exclus et à la façon dont on pourrait leur fournir, non seulement une sécurité sociale plus efficace, mais aussi de meilleures chances d'échapper à la pauvreté et d'éviter les conséquences de la maladie et de l'invalidité. La discussion générale à la Conférence Internationale du Travail (CIT) à Genève en 2001 a été axée sur les modalités d'extension de la couverture de la sécurité sociale. Un fort consensus s'est dégagé parmi les États membres et les représentants des employeurs et des travailleurs, et cette position commune a été exposée dans une déclaration détaillée publiée sous le titre : *Sécurité sociale : un nouveau consensus* (Genève, 2001).

Le secteur de la Protection sociale du BIT s'est appuyé sur le nouveau consensus sur la sécurité sociale, pour lancer la *Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous*, en juin 2003 par le Directeur général, les représentants des travailleurs et des employeurs.



Les mutuelles de santé de la région de Diourbel et Thiès, Sénégal : évaluation avec InfoSure

Isabel Ferreira-Domingos, GTZ, Bonn 2004

L'objectif de ce travail est de démontrer, à l'aide du logiciel d'évaluation InfoSure, l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé dans les régions de Thiès et Diourbel.

InfoSure est un logiciel d'évaluation des systèmes d'assurance maladie à base communautaire, développé par le projet sectoriel de la GTZ et l'institut des médecines tropicales (IMT) d'Anvers, pour l'évaluation et l'expérimentation de ces systèmes dans les pays en voie de développement.

La mise à jour et la présentation des données internes des mutuelles ont donné la possibilité de comparer leur développement actuel et potentiel. L'analyse est basée essentiellement sur les informations obtenues entre les mois d'août et octobre 2002.

Ce document est recommandé pour voir l'utilisation qui peut être faite du logiciel et constitue la dernière étude en date sur les mutuelles de santé dans ces deux régions.

InfoSure et le document sont disponibles sur le site web de la Concertation, ou sur demande à la GTZ :

GTZ@bv.aok.de