Courrier de la Concertation

Numéro 16 Décembre 2005

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

Législation sur les mutuelles de santé : un engagement sous régional

Sommaire

Dossier : Vers un cadre législatif pour les mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA 2

En marche pour une législation sur les mutuelles de santé au Bénin 3

Expériences/Contributions:
UMSD Dakar, un exemple de service de proximité 4

UCMSB, une union de mutuelles de santé au niveau communal 6

Partenariat pour une synergie «crédit – santé» UTM – Caisses d'épargne crédit Kondo JIGIMA 7

La mutuelle de santé «Keneya-sira» de Bobo-Dioulasso : une attention aux familles des PV VIH/SIDA 8

Prise en charge des indigents par la mutuelle de santé de Biba 9

Evénements :
Atelier de conception d'un «legacy product» par le PHRplus 9

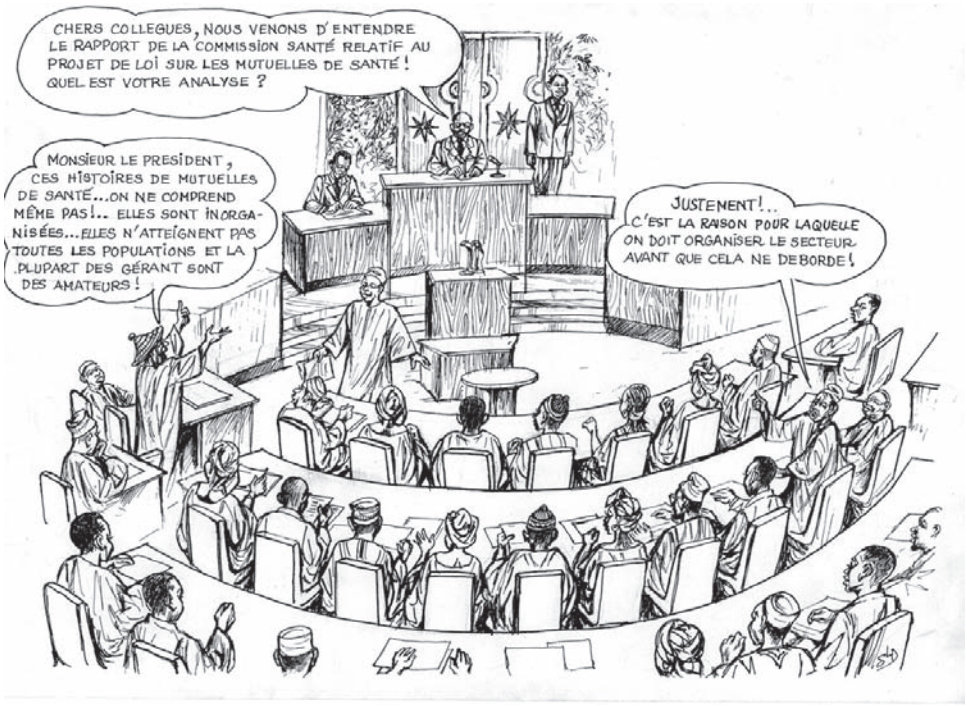
Suivi du Forum de la Concertation : les pays approfondissent les thèmes 10

Relecture des textes régissant la mutualité au Mali 11

Bibliographie 12

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

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



Plusieurs études ont mentionné les avantages d'une législation sur le développement des mutuelles de santé en Afrique. Même s'il est certain que l'environnement des mutuelles peut être considérablement amélioré par une loi qui leur est spécifique, la maîtrise de tous les aspects liés à sa mise en oeuvre n'est pas évidente. En effet, cela suppose de la part des parties prenantes une bonne compréhension des contours des dipositions contenues dans les décrets d'application. Il y a également toutes les question liées à l'exercice de la tutelle, aux recours, à la gestion de l'information, les relations avec l'offre de soins. Un projet est mis en oeuvre pour appuyer le processus dans les pays de l'UEMOA.

Dans la stratégie de ce projet, tous les acteurs sont impliqués. Les réseaux de mutuelles de santé jouent d'ailleurs un rôle très important dans le dispositif. Bien que les unions et coordinations de mutuelles de santé se présentent sous diverses formes, ce sont des structures sur lesquelles il faudra compter pour pérenniser le mouvement. Elles sont impliqués dans le cadre de ce projet, mais aussi dans toutes les rencontres des cadres nationaux de concertation. Ces derniers prolongent la discussion des thèmes du Forum 2004. Aussi, des expériences présentées ont été repassées en revues et les modalités de leur adaptation étudiées.

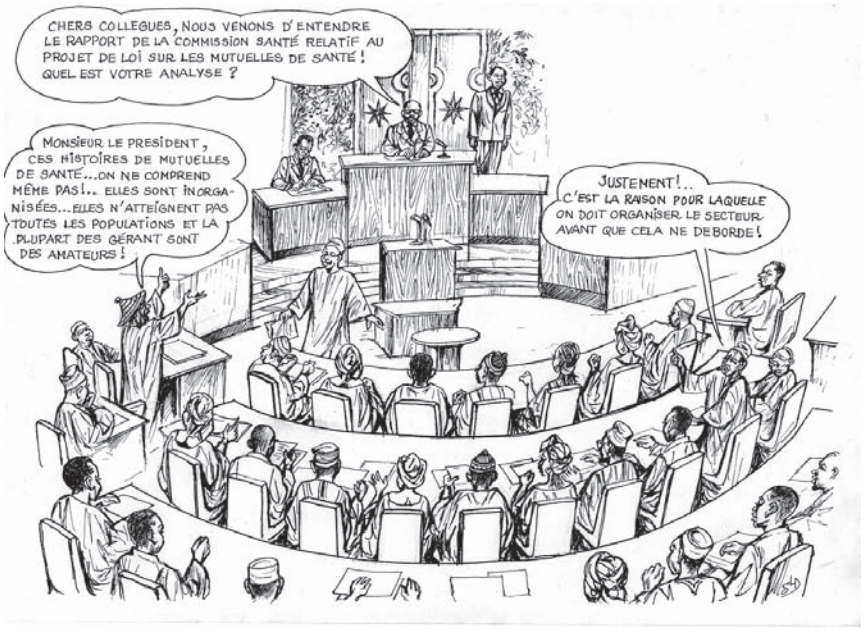
Six pays (Cameroun, Sénégal, Niger, Mauritanie, Bénin et Burkina Faso) ont déjà organisé leurs ateliers nationaux avec comme thème principal, respectivement la synergie institution de micro finance / mutuelle de santé, l'implication des collectivités locales, la qualité des soins, l'augmentation du membership, l'élaboration d'un plan stratégique et le rôle de l'Etat. Il a été aussi question dans ces assises, de l'amorce de la mise en place d'un système continu d'information sur les mutuelles. Cette activité permettra de mieux préparer le prochain inventaire et le prochain Forum.

Dossier

Vers un cadre législatif pour les mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA

La contribution des mutuelles de santé dans l'amélioration de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako et la politique de recouvrement des coûts en réduisant l'impact négatif sur l'équité d'accès pour les plus pauvres, est de plus en plus reconnue. Cependant, dans le plupart des pays, ces mutuelles se développent encore dans un cadre « informel ». Seul le Mali parmi les huit pays de l'Union Economique et Monétaire de l'Ouest Africain (UEMOA) dispose actuellement d'une loi sur les mutuelles et un autre (le Sénégal) est en passe de finaliser la sienne. Tous les autres pays évoluent en dehors d'un cadre légal approprié.

Dans le cadre du projet « appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé » le BIT/STEP accompagne les pays de l'UEMOA, qui en font la demande, dans l'élaboration d'un texte législatif sur les mutuelles de santé. Ce projet qui a démarré en septembre 2004 est financé par la coopération française pour une période de deux ans.



Le projet se déroule en partenariat avec les départements ministériels en charge de ces questions dans chaque pays. Il peut s'agir du Ministère du Travail (Burkina Faso), du Développement social (Mali), de la Santé (Niger) ou même d'un comité interministériel (Bénin).

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet, des ateliers nationaux sont organisés. Ainsi le Burkina Faso au mois de mai, le Bénin en juillet, le Niger en septembre et le Mali en novembre ont tour à tour tenu leur atelier. Pour le Mali, il s'agit d'une relecture des textes régissant la mutualité.

Les ateliers constituent un cadre de dialogue et de travail. Ils visent à impliquer activement l'ensemble des acteurs concernés (structures mutualistes, Ministères, partenaires sociaux (syndicats, employeurs), institutions de sécurité sociale, prestataires de soins, institutions de microfinance, structures d'appui aux mutuelles et institutions de recherche, institutions internationales et autres partenaires) dans un effort commun pour recueillir des propositions de lignes directrices dans la rédaction d'un projet de loi et de décrets sur les mutuelles de santé. La méthode de travail a ainsi été définie afin de faciliter cet échange et à en tirer le plus d'enseignements possibles. Elle a été conçue en collaboration avec le Centre de Formation de l'OIT de Turin, qui a également pris part activement à la facilitation de chacun des ateliers.

En général on peut considérer que les ateliers ont permis dans chaque pays de :

- nouer un dialogue entre les principaux acteurs concernés par une loi sur les mutuelles de santé ;
- avoir une lecture commune de l'état des lieux du mouvement mutualiste dans le pays et de l'environnement juridique dans lequel il opère ;
- mettre en lumière le fait que sous le terme « mutuelle de santé » on classe souvent des catégories différentes de mutuelles qui ont des spécificités communes mais aussi des divergences ;
- appréhender les difficultés pour une loi de couvrir par de mêmes dispositions, des organisations qui présentent des caractéristiques différentes et sont confrontées à des problématiques parfois opposées ;
- percevoir qu'une loi ne peut pas tout faire ;
- identifier le cadre institutionnel dans lequel évoluent les mutuelles de santé et le type de relations que les mutuelles de santé ont avec les différents acteurs ;
- apprécier ce que les uns et les autres sont prêts à faire pour améliorer leurs relations ;
- fournir une base solide au juriste pour son travail de rédaction d'un projet de texte de loi et de décrets sur les mutuelles de santé.

Les projets de textes sont actuellement en cours d'élabo-

ration dans les quatre pays. Des ateliers de restitution seront organisés au cours de l'année 2006. Les textes ainsi que les autres documents et informations relatifs au projet seront diffusés sur les sites web (STEP et Concertation) dès janvier 2006.

Les textes devraient permettre de donner une crédibilité et fiabilité aux mutuelles de santé et de rationnaliser l'environnement juridique dans lequel opèrent les mutuelles actuellement. Cette clarification permettra d'asseoir la politique de l'Etat en matière de protection sociale par rapport à la place à reconnaître aux mutuelles de santé.

Les textes permettront de donner une crédibilité et fiabilité aux mutuelles de santé et de rationnaliser l'environnement juridique dans lequel opèrent les mutuelles actuellement. Cette clarification permettra d'asseoir la politique de l'Etat en matière de protection sociale par rapport à la place à reconnaître aux mutuelles de santé.

Les processus initiés dans les différents pays visent à engendrer une dynamique et une réflexion sur ce thème également au niveau sous-régional. Un atelier se tiendra ainsi en à Dakar en février 2006 afin que les huit pays de l'UEMOA puissent partager leurs expériences. Cette rencontre n'a pas pour objectif d'élaborer une législation au niveau sous-régional, mais devrait permettre de dégager les axes importants des lois au niveau de chaque pays. Elle sera un moment privilégié de mise en commun, d'échange, de partage et d'apprentissage entre les pays qui ont initié le processus législatif, mais aussi avec les autre pays de l'UEMOA.

La Direction de la santé de la Commission de l'UEMOA a été étroitement impliquée à ce processus qu'elle soutient fortement. La Conférence interafricaine pour la prévoyance sociale (CIPRES) y est également associée, compte tenu de l'intérêt et des compétences de cette institution dans le domaine de l'assurance maladie.

Il est important que tous les acteurs continuent à suivre de près le processus enclenché afin qu'il aboutisse au plus tôt à l'adoption de textes légaux et réglementaires régissant les mutuelles de santé dans les différents pays de l'UEMOA.

Sabrina Régent (Conseillère juridique, BIT/STEP Dakar)

En marche pour une législation sur les mutuelles de santé au Bénin

Voici déjà dix ans que les premières mutuelles de santé ont vu le jour au Bénin. Après un début timide, le mouvement mutualiste béninois a connu un étonnant développement ces cinq dernières années. Aujourd'hui, on peut facilement dénombrer une centaine d'organisations mutualistes et assimilées, avec à peu près soixante dix d'entre elles qui sont fonctionnelles, c'est-à-dire offrant déjà des prestations à leurs membres.

Implication de l'Etat à plusieurs niveaux

L'Etat du Bénin est présent dans le dispositif de développement des mutuelle à plusieurs niveaux. Le Ministère de la santé est celui qui entretient le plus de relations avec les MS. Cependant, on note la présence active du Ministère de la fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative qui a mis en place trois mutuelles pour le secteur informel et dont il assure la tutelle. De même, le Ministère de la Famille, la Protection Sociale et de la Solidarité est de plus en plus impliqué dans le développement des MS. Aussi, d'autres MS sont actuellement agréées par le Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche.

Dans l'ensemble, une organisation, un cadrage et une clarification sont alors nécessaires tant pour l'Etat, les promoteurs /structures d'appui que pour les mutuelles de santé.

C'est dans cette logique que le pays s'inscrit en s'engageant dans une réflexion sur un cadre législatif sur les mutuelles de santé, en partenariat avec le projet du Bureau International du Travail (BIT), à l'instar de plusieurs autres pays de l'UEMOA.

La conduite du processus de législation

Pour conduire le processus et gérer les étapes jusqu'à l'adoption finale de la loi, un comité a été mis en place, présidé par le Ministère de la Santé Publique. Il est composé de différents autres ministères (***MFPTRA, Famille, Finances)*** de la Concertation Nationale des structures d'appui aux mutuelles de santé ***CONSAMUS et CADEMU.***

La CONSAMUS y joue d'ailleurs un rôle important : éclairage technique sur les mutuelle, planification des étapes avec le comité interministériel, information et échange avec les organisations mutualistes, discussions et références stratégiques comme l'attention sur le code **CIMA** et sa différence avec le secteur des mutuelles de santé.

Les principaux axes du cadre législatif

Un atelier d'élaboration du cadre législatif a été organisé du 6 au 8 Juillet 2005 à Cotonou. Un consensus s'y est dégagé autour des grandes lignes directrices ci-après :

Suite à la page 11

Expériences Contributions

L'union des mutuelles de santé de Dakar, un exemple de service de proximité

Le développement des mutuelles de santé dans la région de Dakar au Sénégal connaît depuis une décennie un essor important. Dans cette perspective, l'Union des mutuelles de santé de Dakar (UMSD), en tant que structure de coordination met en place une politique visant à améliorer la viabilité et la performance des mutuelles de santé.

Le développement des mutuelles de santé au Sénégal bénéficie du soutien de l'Etat et de l'appui des partenaires au développement. Cette synergie d'action a créé un cadre favorable qui a abouti dans les dix dernières années, à la naissance de plusieurs structures mutualistes dans le pays, et particulièrement dans la région de Dakar.

Les premières mutuelles de santé de la région de Dakar ont démarré timidement à partir de 1983 (en dehors de l'expérience de la SOCOCIM). La mutuelle de santé de la SOCOCIM (entreprise de cimenterie) a été mise en place vers les années 1973. C'est avec la promulgation de la loi régissant les IPM (1975) que cette mutuelle sera dissoute mais réactivée en 1986 avec l'appui de la mutualité française. Le développement des mutuelles de santé s'est surtout accéléré à partir des années 2000, où l'on comptait 11 mutuelles de santé. Selon les résultats de l'inventaire réalisé par l'UMSD en collaboration avec la Concertation, elles sont au nombre de 54 en 2003 (voir graphique ci-dessous).

Cependant, plusieurs mutuelles de santé connaissent des difficultés d'ordre technique, organisationnel ou institutionnel, ce qui limite leurs performances dans les services offerts.

Pour surmonter ces difficultés, des mutuelles de santé de la région de Dakar ont senti la nécessité de s'unir au sein d'une coordination. Ainsi, en février 1997 une Assemblée Générale Constitutive a réuni 14 mutuelles de santé pour la mise en place de la Coordination.

De composition très hétérogène, cette Coordination est devenue Union des Mutuelles de Santé de Dakar (USMD) en 1999. Elle comprend aujourd'hui une trentaine de mutuelles issues de divers secteurs d'activité, mais aussi de différentes couches de la population.

Actuellement les mutuelles membres de l'UMSD couvrent toute la région de Dakar avec plus de **180 000 bénéficiaires**.

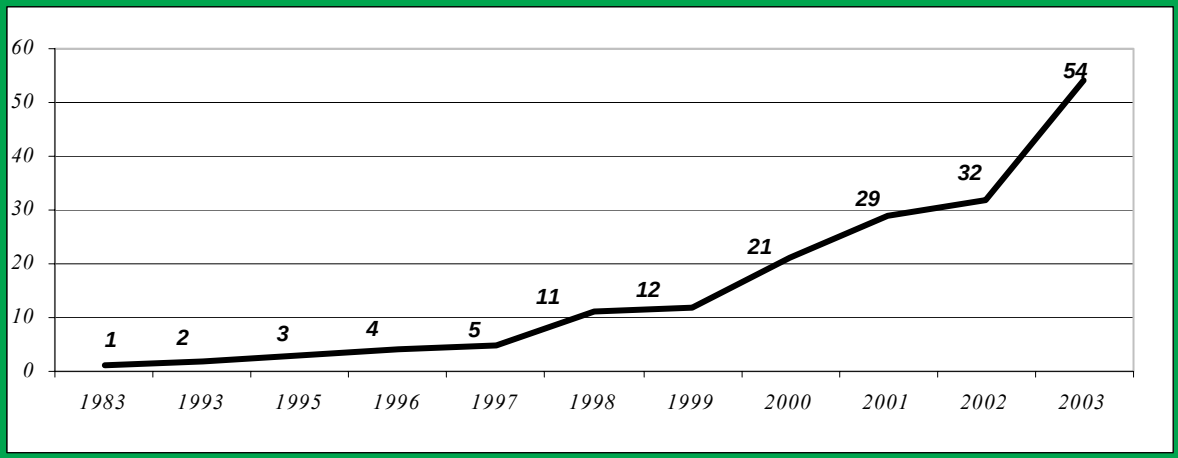
Cette diversité de taille, de composition et d'expériences des mutuelles, constitue une richesse indéniable dans l'atteinte des objectifs de l'UMSD qui sont entre autres de :

- Favoriser la mise en réseau des mutuelles de santé de la Région de Dakar ;
- Créer un cadre régional d'échange, de collaboration, d'entraide et de solidarité ;
- Favoriser la concertation, la représentation et le plaidoyer.

Dans la poursuite de ces objectifs, plusieurs activités ont été appuyées par le Ministère de la Santé, le BIT/STEP, le Service de la Coopération et d'action Culturelle (SCAC) de l'Ambassade de France au Sénégal ont été organisées. On note également le soutien d'autres structures d'appui présentes au Sénégal (PROMUSAF, PHRplus, etc.)

Au démarrage les activités consistaient à aider les mutuelles à élargir leur base d'adhésion, à faciliter l'échanges

Evolution du nombre de mutuelles de santé



Source : Inventaire et diagnostic des mutuelles de santé de la région de Dakar (2003).

M. Cheikh Vilane, Président de l'UMSD «Mon ambitions est de faire de cette structure un véritable modèle de support durable au développement des mutuelles de santé»

d'expériences, à fournir un appui conseil, à assurer la représentation et le plaidoyer.

En juin 2003, une cellule technique a été mise en place comme organe de l'UMSD. Cette cellule qui a une fonction exécutive sous la supervision du Conseil d'Administration, est composée d'un gestionnaire comptable et d'un économiste de la santé.

Forte de ce personnel qualifié et disponible, l'UMSD a axé ses activités sur six points :

1. Suivi et évaluation
2. Appui conseil
3. Formation
4. Représentation et plaidoyer
5. Recherche action
6. Développement de services communs

Avec la mise en place de cette cellule, l'Assemblée Générale a de nouveau précisé les objectifs de l'UMSD, notamment sa fonction d'appui aux mutuelles membres :

- **Appui à la gestion et au suivi des mutuelles :** l'UMSD met en place un service commun de gestion dont le rôle est de mettre à la disposition des mutuelles des mécanismes de gestion comptable et financière permettant d'établir des états périodiques, un suivi permanent, une évaluation de la viabilité des mutuelles de santé.

- **Mise en place d'un fonds de garantie :** l'Union a organisé le 21 mai 2005, une journée de réflexion sur la mise en place d'un système fédéral de garantie. Puis une Assemblée Générale Extraordinaire du 29 octobre a validé l'étude de faisabilité technique et financière et lancé le produit. Le fonds permettra aux mutuelles de disposer d'une sécurité financière, de contribuer à la continuité des services et ainsi garantir leurs engagements vis-à-vis de l'offre de soins.

  Ce fonds vise à casser la dynamique du paiement obligatoire des cautions aux prestataires de soins, au moment de la signature de conventions avec certaines mutuelles.

  Le nouveau produit sera proposé aux prestataires de soins en replacement des cautions demandées à certaines mutuelles de membres de l'UMSD.

- **La mise en place d'un cycle de formation composé de 08 modules** afin de renforcer les compétences en organisation et en gestion des responsables des mutuelles.

- **Représentation et plaidoyer** auprès de l'Etat, de l'offre de soins, des structures d'appui et des partenaires au développement pour assurer une meilleure prise en compte des problèmes des MS dans les orientations et politiques sanitaires. L'UMSD a amorcé un partenariat avec la Mairie de la Ville de Dakar, lequel devra aboutir à la signature d'un protocole d'accord.

  Ce partenariat permettra aux MS membres de l'UMSD d'avoir une facilité d'accès aux structures sous la tutelle de la Ville de Dakar et favoriser ainsi la matérialisation des relations durables entre MS et collectivités locales.

- **Appui à la promotion de nouvelles mutuelles de santé** pour participer à la vulgarisation et au développement du système mutualiste ;

- **Recherche-action** pour réadapter les outils de gestion, les supports de communication et mettre en place une banque de données sur les mutuelles de santé et leur impact sur l'accessibilité financière des populations et enfin rechercher de nouveaux produits d'assurance santé. Après la réalisation d'une d'étude diagnostique des mutuelles et des coûts moyens des prestations au niveau des postes et des centres de santé, les activités de l'Union ont été accentuées sur une action concrète au bénéfice des mutuelles et de leurs responsables. Ainsi, des appuis ont été fournis sur :

  - o Le fonctionnement et la gestion administrative d'une mutuelle de santé ;
  - o Les relations avec les prestataires de soins et la gestion du risque maladie ;
  - o L'analyse des états financiers ;
  - o La gestion comptable des mutuelles de santé (en cycle rotatif par lot de cinq mutuelles de santé) ;
  - o Initiation des gérants aux logiciels MAS Pilote et MAS gestion (des logiciels de gestion et d'aide à la décision). Pour les mutuelles qui ne disposent pas d'outil informatique, des fiches de suivi leurs sont administrées. L'exploitation et l'analyse des ces fiches feront l'objet de restitutions regroupant les mêmes types de mutuelles.

- **Le développement de services communs** pour affranchir les mutuelles et la coordination de la dépendance externe et pérenniser le système mutualiste sénégalais.

L'UMSD est à un tournant décisif. Elle vient de sceller un partenariat avec la coopération française par le biais du SCAC. Avec ce financement l'Union a réalisé au profit de son personnel et de ses dirigeants (Cellule technique, Conseil d'Administration, du Comité de Risque et du Comité de Contrôle) les formations en Management des organisations et en planification stratégique.

Un manuel de procédure de l'Union la guide dans la réalisation de toutes ces activités et toutes les structures d'appui sont invitées à prendre une part active aux activité pour apporter un input technique et accompagner l'union dans son service de proximité.

Cheikh Vilane, Président UMSD

UCMSB, un exemple d'union de mutuelles de santé au niveau communal

Bembèrèkè est l'une des 77 communes que compte le Bénin. Il est située à 540 km au nord de Cotonou et est subdivisé en cinq Arrondissements et quarante deux villages administratifs. Sa population estimée à 94.580 habitants en 2004, répartie sur une superficie totale de 3.348 km2.

Avec l'accompagnement du Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF), 7 mutuelles de santé sont aujourd'hui fonctionnelles dans la commune de Bembèrèkè, dont 5 mutuelles d'arrondissement et 2 mutuelles villageoises.

Dans le souci d'être plus fortes et pouvoir développer des services communs, ces mutuelles de santé ont décidé d'unir leurs forces à travers l'**Union Communale des Mutuelles de Santé de Bembèrèkè (UCMSB)** qui est mise en place en février 2005. Le nombre total de membres adhérents s'élève à **1066** pour **4057** bénéficiaires.

Pour la mise en place et le développement des mutuelles de santé, l'option a été faite de mettre en place une mutuelle autour de chaque centre de santé de la commune.

L'UCMSB a pour objectif de :

- Assurer la représentation de toutes les mutuelles de la commune ;
- Gérer les soins hospitaliers pour les mutualistes à l'hôpital de zone de Bembèrèkè ;
- Faire le suivi des mutuelles de santé à la base ;
- Constituer une banque de données sur les mutuelles de la commune ;
- Organiser l'intermutualité dans la commune ;
- Constituer et gérer un fonds de garantie pour les mutuelles de santé de la commune ;
- Prévenir et gérer les éventuels conflits intra et inter mutuelles ou entre les mutuelles et d'autres acteurs.

Dans la perspective d'une fusion de ces mutuelles, des choix uniformisés sont faits au niveau de toutes les mutuelles. Ainsi, les droits d'adhésion sont identiques, de même que les cotisations, les prestations, le ticket modérateur, le plafonnement, la périodes d'observation, etc.

Ces éléments se présentent comme suit :

- **Droit d'adhésion** : 1000 FCFA
- **Cotisation** : 200 FCFA par personne et par mois
- **Période d'observation** : 6 mois
- **Plafonnement** : 2 recours par personne et par an répartis dans la famille
- **Prestations couvertes** : tout le paquet d'activités des centres de santé
- **Ticket modérateur** : 25%

Au niveau de l'hôpital de zone de Bembèrèkè, l'Union couvre la consultation, l'hospitalisation et la chirurgie non programmée.

Un cadre local de concertation pour faciliter les relations avec les partenaires

Le développement des mutuelles de santé au Sénégal a touché la région de Kaolack notamment le département de Kaffrine. Ce département compte actuellement sept mutuelles de santé communautaires et trois antennes de mutuelles d'envergure nationale (Mutuelle des volontaires ; Mutuelle de l'UNACOIS et mutuelle « OYOFAL PAJ » de l'APROFES de Kaolack).

Les sept mutuelles de santé du département de Kaffrine ont émergé et se pérennisent grâce à l'appui technique et financier de partenaires parmi lesquels le Groupe d'appui et de promotion des mutuelles de santé (GAPM), le Ministère de la santé, le BIT/ STEP et World Vision. qui les soutiennent en terme de formation des comités d'initiative puis des membres élus, en études de faisabilités, en gestion administrative et financière, en organisation des Assemblées Générales.

Les difficultés récurrentes comme la rareté des moyens, la faiblesse des revenus, la cherté du coût des soins de santé ont motivé ces mutuelles à se regrouper dans un *Cadre Local de Concertation des Mutuelles de Santé de Kaffrine (CLCMSK).* Cette organisation a pour objectif de consolider les actions entreprises et pérenniser ainsi le système. Elle a été mise en place en début 2005.

Pour participer activement aux programmes prioritaires de santé et faciliter l'accès aux soins au niveau des hôpitaux, le CLCMSK a signé une convention cadre avec le District de Kaffrine. Dans la mise en oeuvre de cette convention, le gestionnaire du CLCMSK participe aux réunions de coordination de l'équipe cadre du district, certes pour faire entendre la voix des mutualistes, mais aussi pour recueillir les conseils, suggestions et doléances des prestataires de soins, ainsi que les grandes orientations sanitaires du département. Aussi, **grâce à cette convention le district accorde à chaque mutuelle une réduction de 20 % sur le prix du ticket d'entrée pour la consultation pré et post natal (CPN) et les accouchements.**

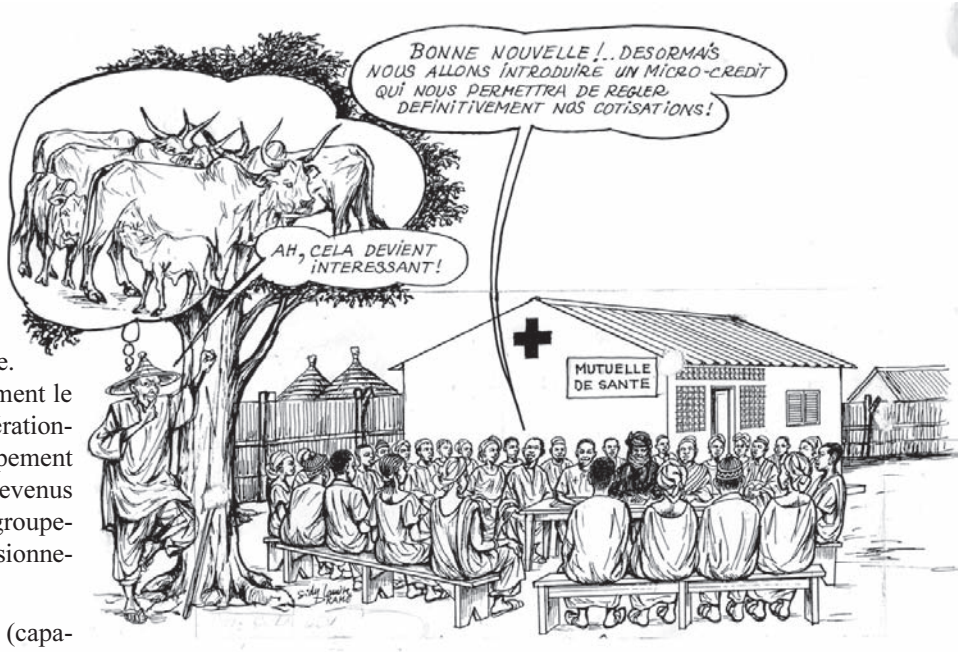
Sur le plan de la sensibilisation, des plans de communication sont conçu pour chaque mutuelle. En collaboration opportune avec l'émission « Buntu Yaakaar » de World Vision à la RTS (l'antenne régionale de la radio nationale) une vulgarisation de la mutualité est également programmée.

En perspective, d'autres activités sont envisagées, notamment le développement de services communs aux mutuelles membres qui est à l'étude, la facilitation de l'accès aux moustiquaires imprégnées et la mise en place d'un fonds de garantie.

Partenariat pour une synergie «crédit – santé»

Union Technique de la Mutualité malienne (UTM) – Caisses Associatives d'épargne et de Crédit Kondo JIGIMA

Comme dans la plupart des pays africains, l'accès aux soins de santé est très précaire au Mali. Les secteurs publics, privés, traditionnels et communautaires coexistent dans le système sanitaire et proposent une offre de soins très inégale aux différentes couches de la population. L'Union technique de la mutualité malienne (UTM) réalise un travail important pour le développement des mutuelles de santé dans ce pays vaste de 1.241.283 km2. Elle a entrepris l'ouverture de bureaux régionaux (Unités opérationnelles - UO) afin d'apporter un appui de proximité aux initiatives locales.



À Ségou, un partenariat s'est instauré depuis 2002, entre l'Unité opérationnelle et la mutualité chrétienne d'Anderlues (membre de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes – ANMC de Belgique). Ce partenariat a un fort volet d'échange et d'information, mais aussi technique. Ce domaine couvre notamment le renforcement de l'Unité opérationnelle de Ségou, le développement d'activités génératrices de revenus avec particulière-ment des groupements féminins et l'approvisionnement d'un Centre optique.

La faible base économique (capacité contributive) des populations est l'une des contraintes de développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest. Ce constat dégagé par l'évaluation du PROMUSAF (Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique) en 2001 a motivé l'expérimentation de programmes de micro crédits rotatifs au sein des mutuelles de santé. Le PROMUSAF bénéficie d'une ligne de crédit du Fonds Belge de Survie (FBS) gérée par l'ONG Solidarité Mondiale (WSM) en partenariat avec l'ANMC. Pour mener cette activité, l'Unité opérationnelle de Ségou s'est attachée les services d'un institut de micro finance : ***L'Association des Caisses de crédit Kondo Jigima***.

Kondo Jigima est une institution de micro finance créé en 1991 par les artisans du Mali. Le réseau est le fruit de la volonté des artisans regroupés au sein d'associations membres de la Fédération Nationale des Artisans du Mali (FNAM). À partir de 1993, le réseau a été ouvert à des membres non artisans tels que : paysans, commerçants, salariés, groupements, associations etc. *Kondo Jigima* bénéficie également d'un financement du FBS via le Programme d'appui aux réseaux d'économie sociale (PARESOC) aussi géré par Solidarité Mondiale.

C'est dans cette possibilité d'extension de la catégorie de bénéficiaires qu'un protocole d'accord tripartite MC Anderlues – Kondo Jigima – UTM a été signé. Ainsi, en novembre 2003, la MC d'Anderlues a mis un fonds de crédit d'une valeur de 6.559.570 FCFA.

La présence de ce fonds favorise ainsi l'articulation avec la ligne de crédit mis par le FBS à la disposition de *Kondo Jigima* pour soutenir des initiatives d'économie sociale (groupements féminins). Cet objectif a permis aux deux cadre d'exécution du programme FBS (PROMUSAF via l'UTM et le PARESOC via l'Association des Caisses de crédit Kondo Jigima) d'établir une synergie d'action autour des deux fonds en vue d'une consolidation de l'activité de développement de la mutualité par l'économique. Etre mutualiste est une condition préalable à l'octroi de micro crédits.

Dans un atelier tenu à Ségou le 26 novembre 2005, l'impact de ce programme a été analysé. Il en est ressorti que malgré la faiblesse du montant de l'emprunt, un total de 115 mutualistes ont bénéficié d'un crédit, entre 2004 et 2005. Durant la première phase (2004), le programme a enregistré un taux de remboursement de 99,5% et 77,60% en 2005 (au mois d'octobre).

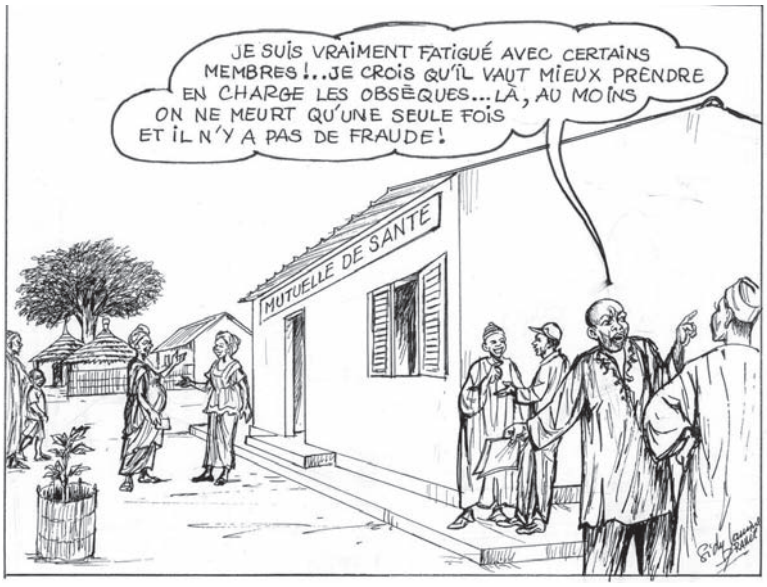
Les résultats par rapport à la mutuelle de santé présentent un taux de recouvrement des cotisations de 79,4% en 2004 et 82,03 en 2004 (octobre), alors que la moyenne dépasse rarement 60% pour la majorité des mutuelles de santé communautaires. Concernant les recours aux soins, 61 personnes (titulaire et ayant droit) ont bénéficié des soins dans les centres de santé conventionnés (2004) et 179 en 2005 (octobre).

Seydou Ouattara, UO/UTM-Ségou

La mutuelle de santé «KENEYA-SIRA» de Bobo-Dioulasso : une attention aux familles des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Dans la ville de Bobo-Dioulasso une mutuelle de santé dénommée « Mutuelle de santé Keneya-sira de Bobo» (MSKSB) a vu le jour le 23 mai 2004 sur l'initiative des travailleurs du secteur informel. « Keneya-sira » signifie en langue Dioula « le chemin de la santé.» Cette mutuelle est appuyée par l'antenne de Bobo Dioulasso du Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé au Burkina Faso (RAMS/BF.)

Les artisans de la ville de Bobo-Dioulasso sont organisés en associations. Le « Bureau des Artisans » (BA) s'occupe de l'encadrement de ces organisations pour améliorer leur professionnalisme. Ainsi, les artisans sont aujourd'hui mieux s'organisés. Cependant, la question de la santé demeure encore une des préoccupations. Le besoin d'avoir une couverture sanitaire était exprimé à plusieurs reprises lors des rencontres organisées entre le bureau et les artisans. Afin de concrétiser cette idée, quelques associations des artisans ont fait appel au RAMS. Après quelques séances d'information sur la mutuelle, la décision de mettre en place la mutuelle fut prise et elle fut créée le 23 mai 2004.



Les organes de gestion mis en place, le BA abrite le siège de la mutuelle où une permanence est assurée par la secrétaire de la mutuelle à titre bénévole depuis le début des inscriptions en juillet 2004. La mutuelle ne paie ni électricité, ni eau, ni loyer car le BA a mis à sa disposition, un local et du mobilier de bureau. Le BA facilite aussi d'autres logistiques, secrétariat et communication.

L'adhésion à la mutuelle est familiale mais la cotisation est individuelle. L'adhésion donne droit à une carte de membre sur laquelle on peut inscrire un maximum de 7 personnes (adhérent + 6 autres personnes à charge)

Il faut noter que la mutuelle est ouverte à tous les habitants de la commune de Bobo-Dioulasso. Le droit d'adhésion est de 1000 FCFA et la cotisation annuelle est fixée à 1500 FCFA. La cotisation est versée en une seule échéance et la période d'observation est de 3 mois.

La prise en charge est de deux épisodes maladie par personne inscrite et par an. Les prestations concernées sont la consultation curative et les médicaments essentiels génériques au niveau des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS.) Le taux de prise en charge y est de 100%. La mutuelle a signé des conventions avec cinq CSPS de la ville de Bobo Dioulasso.

La mutuelle compte aujourd'hui 95 adhérents et 270 bénéficiaires. Les membres de 9 associations se sont inscrits dans la mutuelle. On compte plusieurs corps de métiers (mécaniciens, soudeurs, restauratrices, garagistes, photographes, teinturiers, éleveurs, petits commerçants, etc.)

On compte aussi parmi ces adhérents une vingtaine de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ces derniers sont regroupés en association. Certains ont des emplois permanents d'autres sont des saisonniers au niveau des industries de la ville. Ils bénéficient déjà d'une prise en charge au sein de leurs services respectifs. Cependant cette prise en charge n'est pas élargie aux membres de leur famille qui ne sont pas infectés.

En période d'inactivité, les travailleurs saisonniers sont sans revenus et ont des difficultés pour faire face aux dépenses de santé en cas de maladie. Ils ont alors exprimé le besoin d'adhérer à la mutuelle pour assurer les dépenses de santé de leur famille. Etant donné que la mutuelle est à ses débuts, elle n'a pas encore une bonne assise financière pour mener énormément d'activités. Un accord a été conclu entre les membres de cette association et la mutuelle. Ainsi seules les personnes à charge de l'adhérent (conjoints, enfants, autres parents) non infectés sont pris en charge par la mutuelle; les adhérents eux-mêmes ne bénéficient pas des prestations de la mutuelle.

L'association devra faire l'effort nécessaire pour amener les personnes à charges de ces adhérents à faire le dépistage du VIH. La mutuelle est tenue de garder le secret et ne doit pas divulguer les noms des personnes infectées.

La mutuelle a un parrain résident de la ville. Ce dernier a une expérience en matière de développement de mutuelles de santé. Il est chargé de l'appui-conseil nécessaire pour le rayonnement de la mutuelle.

Bien que les membres de la mutuelle soient aujourd'hui les membres de quelques associations d'artisans, l'adhésion de toutes les associations d'artisans est une perspective envisagée.

Amina Bila, Coordinatrice RAMS Burkina Faso

Expérience d'une prise en charge des indigents par la mutuelle de santé de Biba

La mutuelle de santé de Biba est née en 1999 d'une initiative de la MUFEDE (Mutualité Femmes et Développement) qui est une institution de micro assurance, membre fondatrice du Réseau d'appui aux mutuelles de santé (RAMS). Le RAMS a appuyé le processus de mise en place de cette mutuelle.

Biba est situé à 202 kilomètres au sud-ouest de Ouagadougou où la culture de coton est l'activité principale des habitants et l'élevage l'activité secondaire la plus pratiquée.

Une assemblée générale (AG) tenue le 31 décembre 1999 a constitué la mutuelle. Les organes sont l'AG, le comité de gestion (COGES) et les comités sectoriels dans les autres villages, car la mutuelle de Biba concerne les villages de Biba, Là, Bo, Siena qui sont à environ 10km de Biba.

La mutuelle de santé de Biba compte actuellement 54 adhérents dont 18 femmes avec 131 bénéficiaires dont 49 femmes. Elle à signée une convention de soins avec le CSPS de Biba en 2000.

Les prestations offertes sont ; la prise en charge des ordonnances MEG et de la consultation à 70% et de l'accouchement normal à 50%. Le taux de cotisation est de 100 F par personne et par mois avec un droit d'adhésion de 200 F. Le nombre d'épisodes maladie est de deux par personne.

Dans le cadre de ses activités de développement local, le village de Biba a initié un jumelage avec celui d'Alès en France. Le comité de gestion du jumelage a entre autres activités identifié les orphelins (de père et de mère) dans le village pour une prise en charge de leur éducation et de leur santé. C'est ainsi qu'au départ (2000), 11 orphelins identifiés ont adhéré à la mutuelle avec un paiement intégral de leur cotisation annuelle par le jumelage.

Aujourd'hui, 25 orphelins dont (6 filles) ont été inscrits à la mutuelle avec paiement intégral de la cotisation annuelle. Les orphelins sont « recrutés » au niveau de l'école primaire en sachant que lorsqu'un enfant atteint le secondaire, sa prise en charge par la mutuelle est arrêtée par le comité de gestion du jumelage. Les tuteurs des orphelins devront continuer la prise en charge.

La prise en charge des orphelins par la mutuelle de santé de Biba est une expérience unique au sein des mutuelles de santé appuyées par le RAMS. Elle reste à encourager et ne présente que des avantages pour les bénéficiaires ainsi que pour la mutuelle de santé (en terme de taux de recouvrement des cotisations) Il reste cependant que la durée de la prise en charge, mérite d'être revue à la hausse.

Amina Bila, Coordinatrice RAMS Burkina Faso

Atelier de conception d'un «legacy product» par le PHR*plus*

Le projet Partenaires pour la reforme du secteur santé (PHR*plus*) soutient les mutuelles de santé depuis 10 ans, au Bénin, Sénégal et Ghana. La terminaison prochaine du projet PHR*plus* donne l'opportunité de synthétiser le travail lié au développement des mutuelles de santé dont l'essentiel de l'expérience s'est déroulé en Afrique de l'Ouest.

Du 6 au 8 décembre 2006, le projet a organisé un atelier avec son personnel qui fournit l'assistance technique dans le domaine de la mutualité, pour partager, discuter, et synthétiser les outils, méthodologies, et innovations du projet. Ainsi, les objectifs ci-dessous étaient poursuivis :

1) Discussion des expériences du projet dans la région ;
2) Inventaire des outils et méthodologies utilisés pour l'assistance technique aux mutuelle de santé ;
3) Synthése des innovations les plus intéressantes dans le développement, la mise en œuvre et la gestion des mutuelles à partager avec les autres partenaires du mouvement mutualiste.

Cet atelier a permis de tirer des approches et des stratégies les plus efficaces et réplicables qui peuvent être utiles aux autres. Neuf innovations ont été sélectionnées et les groupes de travail ont élaboré une esquisse du processus générique pour sa mise en œuvre et ont identifié les outils et la documentation qui devraient accompagner chaque innovation. Les informations et les résultats des discussions seront intégrés dans un **«legacy product»**, un document « Insights for Implementers », autrement dit, les idées pour ceux qui mettent en œuvre les expériences au niveau opérationnel. Ce document sera publié par PHR*plus* en 2006.

Evénements

Suivi du Forum de la Concertation : les pays approfondissent les thèmes

Le Cameroun vers une synergie mutuelles de santé/institutions de microfinance

Le Cameroun s'est donné pour objectif de mutualiser 40% de sa population d'ici l'année 2010. Pour atteindre cet objectif ambitieux, des stratégies incluant tous les acteurs sont indispensables. Il s'agira donc de proposer donc à la fois un schéma ambitieux et novateur. La principale innovation étudiée lors de l'atelier national (Yaoundé du 22 au 24 mars 2005) est la synergie entre les institutions de micro finance (IMF) et les mutuelles de santé.

Les participants ont donc réfléchi aux modalités de coupler la mutualité aux nombreuses IMF présentes dans le pays notamment au sein des organisations comme CAMCULL, CVECA, MC2 et SAILD. Les rôles complémentaires et les problèmes qui peuvent surgir ont été dégagés.

Il a été relevé aussi que les mutuelle de santé peuvent se situer à un carrefour entre les systèmes de production, de commercialisation et de microfinance. Cette connexion leur sera bénéfique à plusieurs niveaux. Elle ne se situe pas aux petits crédits ou aux épargnes réguliers qui sont trop faibles mais devient intéressante si elle cible les périodes des grands crédits comme le crédit de production : intrants ou le crédit de soudure. Des paysans en effet considèrent la santé comme un intrant très important.

Enfin, une stratégie pour la promotion de la mutualité au Cameroun a été dégagée et un engagement commun a été pris par les membres du CNC. Un mémorandum a été présenté au Ministre de la santé et aux bailleurs de fonds, alors en réunion, pour soutenir les initiatives par la mise en place d'un fonds de 5 milliards FCA.

Le Sénégal implique les collectivités locales

L'atelier du Sénégal s'est tenu du 03 au 05 Août 2005 et a regroupé 90 participants. Les élus locaux à travers leurs associations faîtières et les représentants des Agences régionales de développement (ARD) ont étudié avec les participant les modalités de :

- prise en compte des mutuelles de santé dans les plans locaux et le programme national de développement local ;
- l'appui institutionnel des collectivités locales aux MS ;
- la formation des élus locaux à la mutualité pour leur permettre de s'impliquer dans la dynamique de promotion ;
- la facilitation de partenariats pour les mutuelles de santé dans le cadre de la coopération décentralisée.

Le Niger vers la qualité des soins

La question de la qualité des soins reste un thème prioritaire pour le Niger. Cette notion a été le principal thème de l'atelier qui a réuni du 10 au 12 août 05, les acteurs du développement des mutuelles de santé dans ce pays. La question centrale était de savoir comment les MS peuvent contribuer à la qualité des soins. C'est clair que les professionnels de la santé y jouent le premier rôle, et que cette notion appelle plus à jugement et une perception personnels des bénéficiaires, qu'à des normes et standards techniques. Les participants ont donc passé en revue les dimensions, les déterminants de la qualité de soins et l'inter action entre MS et qualité de soins, l'implication des mutuelles dans le processus d'amélioration de la qualité et enfin les relations entre les mutuelles et les prestataires.

Les MS constituent un levier pour améliorer la qualité de soins et cette dernière est un facteur de leurs succès. Il est donc important que chaque partie joue son rôle.

La Mauritanie cherche la voie pour augmenter le membership

Le développement des mutuelles de santé est un phénomène récent en Mauritanie. Les premières initiatives datent de moins de cinq ans et sont de petite taille. Très peu de partenaires techniques sont aussi présents dans ce pays. Ce rapide diagnostic a motivé l'organisation de l'atelier national du 17 au 18 août 2005 à Nouakchott. Les participants ont alors mis en exergue des stratégies pour booster le mouvement et augmenter le nombre de membres :

- promouvoir la mutualité par l'information, l'éducation et la communication,
- mettre en place des produits attractifs et conformes aux besoins des bénéficiaires et à leur capacité contributive,
- favoriser la transparence dans la gestion et la circulation de l'information,
- faciliter le recours aux soins et en négocier la qualité.

72 heures de la mutualité au Burkina Faso : le rôle de l'État précisé

L'atelier national qui s'est déroulé à Ouagadougou du 5 au 7 décembre 2005 a permis de partager les expériences en recouvrement des cotisations, l'élargissement de la base sociale, la synergie secteurs formels et informels pour la protection sociale. Les participants ont pu dégager à la suite, les raisons fondamentales qui entravent le dévelop-

pement des MS afin de permettre au cadre de concertation de préciser son rôle dans l'amélioration de ces indicateurs.

Après ces partages d'expériences, différents ministères ont montré leur implication dans le développement des MS.

Le Ministère du Travail (MTEJ) a mis sa stratégie nationale dans le cadre de la protection sociale (environ 10% de la population a une couverture sociale par le système classique). Pour le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, la mutuelle de santé tient une place de choix dans la protection sociale des groupes vulnérables tels que les indigents. Enfin, le Ministère de la santé a montré la place de la mutualité dans le Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010.

Le Bénin élabore son plan stratégique de développement des mutuelles de santé

L'atelier d'élaboration du Plan stratégique de développement des mutuelles au Bénin s'est tenu au palais des congrès du 29 novembre au 1er décembre 2005, avec plusieurs acteurs impliqués dans le processus (mutualistes, promoteurs de MS, ONG, partenaires au développement, maires, prestataires de soins, cadres des ministères ayant à charge le développement des mutuelles de santé, parlementaire, et représentant de la Présidence de la République, etc.).

La rencontre a permis de poser un doigt sur les principales contraintes auxquelles sont confrontées les mutuelles de santé au Bénin, notamment le cadre régalien, le fonctionnement, l'adhésion, le recouvrement des cotisations et les relations avec les prestataires de soins. Ce diagnostic a permis de dégager les principaux axes stratégiques :

- renforcement des capacités des mutuelles de santé ;
- promotion de nouvelles initiatives mutualistes ;
- communication dans le cadre de la promotion des mutuelles de santé ;
- création d'un environnement favorable au développement des mutuelles de santé ;
- renforcement des capacités de formation et de recherche en matière de mutuelles de santé.

Relecture des textes régissant la mutualité au Mali

Un atelier de réflexion sur la relecture des textes régissant la mutualité au Mali a été organisé à Bamako (15-17 novembre 2005) par le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées avec l'appui du BIT.

Depuis l'adoption de la Loi 96-022 et ses textes d'application, la mutualité a connu un développement fulgurant, avec plusieurs diversités dans un même ensemble. Adopté avant la mise en place de plusieurs mutuelles (*pour ne pas dire la majorité*), l'application de ces textes pose à bien des égards, assez de problèmes à tous les acteurs.

Cette initiative est alors venue à point nommée, pour trouver un début de solution à toutes les difficultés que pose leur application. Loin de concerner seulement une élite ou seulement les services de l'Etat, tous les acteurs ont été impliqués, afin de tenir compte des préoccupations de tous. Les participants étaient essentiellement: les mutuelles, les structures d'appui, les services techniques de l'Etat au niveau central, comme au niveau régional, les prestataires de soins, des juristes, etc.

L'atelier a donné l'occasion à tous les acteurs de faire ressortir non seulement, les problèmes que poses les textes actuels, mais également à faire des propositions pour leur amélioration.

Plusieurs autres pays de la sous région sont concernés par cette initiative du BIT. Cette sûrement une occasion à saisir pour l'amélioration des textes là où ils existent et aussi inciter leur mis en place, là où ils n'existent pas.

Le Mali qui a une expérience certaine dans le domaine, aura à beaucoup donner, mais également à recevoir, pour disposer de texte pouvant tenir compte des réalités, sur plusieurs années, pour un développement harmonieux du mouvement mutualiste. Espérons qu'à la fin du programme, les mutuelles de tous les pays concernés par cette activités disposeront effectivement de textes pouvant faciliter leur épanouissement.

Valère Kokou PIHOUN-KOFFI, UO/UTM-Sikasso

Suite de la page 3

Champ d'application de la loi : La loi s'appliquera aux organisations qui répondent aux principes mutualistes tels que définis par l'atelier (but non lucratif, solidarité, …) et qui ont pour activités la prévention et la promotion en matière de santé, puis assurent la prise en charge des soins de santé.

Modalités d'application : Il s'agit de la procédure de reconnaissance (conditions d'agrément, autorité compétente) et de l'interdiction de l'usage abusif de la dénomination mutuelle de santé. Des règles de gestion minimum sont précisées, comme la constitution de fonds de réserve, adoption de règles prudentielles.

Dispositions transitoires : Un délai sera accordé aux organisations déjà fonctionnelles pour se conformer à la forme juridique qui sera retenue.

Pour les étapes futures, différentes actions ont été dégagées : élaboration de l'avant projet de loi, organisation d'un atelier national d'amendement par les différents acteurs, participation à l'atelier régional d'harmonisation et organisation d'un atelier national de validation.

Aboubakar KOTO- YERIMA, Point Focal

Bibliographie

Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu

Audibert M., Mathonnat J., de Roodenbeke E.

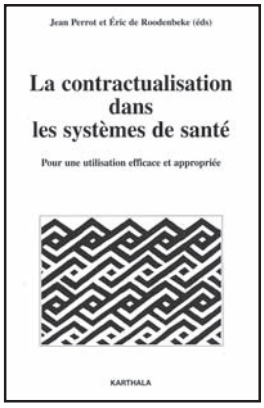
Les conceptions et les politiques en matière de financement de la santé dans les pays à faible revenu s'articulent autour de paradigmes successivement dominants dans les approches des gouvernements et de leurs partenaires extérieurs : la gratuite des soins de base et « la santé pour tous » dans la lignée de la conférence d'Alma Ata, tout d'abord ; la contribution financière des usagers (« recouvrement des coûts ») à partir de la seconde moitié des années quatre vingt. Plus récemment, l'accent a été mis sur le développement de mécanismes assuranciels, tout en approfondissant et en reconsidérant la réflexion sur la gratuité des soins et sur la participation financière des populations. Dans cette perspective, cet ouvrage a voulu confronter des travaux théoriques et appliqués sur une sélection de grandes questions soulevées par le financement de la santé. Il analyse des expériences et des politiques conduites en ces domaines dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu.

Le livre est structuré autour de trois parties. La première porte sur les déterminants de l'accès aux soins, sur l'équité et la protection des plus pauvres, questions principalement abordées sous l'angle des effets de la contribution financière des usagers. La seconde traite des approches plurielles qui se développent en matière de mécanismes d'assurance, notamment dans le secteur informel. La troisième s'interroge sur les relations entre le financement et la régulation des systèmes de santé en considérant différentes problématiques qui mettent en relief l'importance des institutions et plus globalement des choix publics, rejoignant ainsi des orientations majeures de la réflexion économique contemporaine.

ISBN : 2-84586-414-0 Karthala, 2003, Collection économie et développement

La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée

Jean Perrot, Eric de Roodenbeke (éds)



La démarche contractuelle est nouvelle dans les systèmes de santé, notamment dans les pays en développement. La multiplication et la diversification mais aussi la spécialisation des acteurs travaillant dans le domaine de la santé impliquent des relations entre eux qu'il faut organiser : la contractualisation le permet. Dans un mouvement accru en faveur de la déconcentration, les acteurs publics ne peuvent plus fonctionner en effet sur un mode hiérarchique alors que la gouvernance est au coeur des préoccupations. La contractualisation leur apporte des possibilités multiples, soit pour mieux collaborer entre eux, soit pour mieux exécuter leurs missions.

Ces données montrent l'importance du champ de la contractualisation que ce livre parcourt en offrant aux lecteurs une double entrée : par la démarche et par les acteurs. Les deux premières parties sont consacrées à la présentation des concepts mais aussi des outils et des processus permettant la conception et la mise en oeuvre d'une politique de contractualisation. La troisième partie détaille, pour chaque type d'acteurs, les possibilités apportées par la démarche contractuelle. Une dernière partie apporte la contribution de différentes approches pour analyser la contractualisation.

Le message principal de cet ouvrage est que la contractualisation, lorsqu'elle est correctement utilisée, peut être un outil efficace pour améliorer la performance des systèmes de santé. Si la démarche contractuelle est applicable dans tous les pays, les auteurs accordent une importance particulière à la situation des pays en développement où la faiblesse des ressources et de la gouvernance donne une teneur particulière aux recommandations qui peuvent être faites.

ISBN : 2-84586-713-1 Karthala, 2003, Collection économie et développement