



EDITO



Sommaire

▪ <i>Editorial</i>	1
<i>Forum Concertation 2009</i>	
▪ <i>synthèse atelier 1</i>	2
▪ <i>synthèse atelier 2</i>	3
▪ <i>synthèse atelier 3</i>	4
▪ <i>ateliers de formation</i>	5
▪ <i>Déclaration Yaoundé</i>	7

Le 5^{ième} Forum de la Concertation qui s'est déroulé à Yaoundé en septembre dernier a tenu toutes ses promesses tant sur le plan de la qualité des intervenants, du nombre de personnes qui ont contribué aux échanges et aux discussions, que de l'organisation avec l'appui de la plate forme des promoteurs des mutuelles de santé du Cameroun. Il était tout à fait normal que ce numéro y soit largement consacré.

Pourtant, il me revient de faire quelques réflexions sur l'avenir des mutualités en Afrique en soulignant des obstacles fondamentaux qui entravent l'essor des mutuelles de santé :

- la question de la pauvreté de la majeure partie de la population. Pour mettre en place une mutuelle, il faut que la population ait un minimum de ressources. Quand les personnes n'ont pas ces ressources, la mutualité a toutes les peines du monde à fonctionner et à intervenir.
- l'indispensable intervention des pouvoirs publics qui doivent répondre à la question précédente en prenant leur responsabilité non seulement en intervenant par des mécanismes de subventionnement des mutuelles mais aussi en ayant la volonté et les moyens d'activer une politique de santé publique dans laquelle les mutuelles seraient des partenaires efficaces.
- l'amélioration de la qualité des soins qui est indispensable et dans la majorité des cas de la compétence des pouvoirs publics car la mutualité ne peut relever le défi de l'accès aux soins si par ailleurs ceux sont de mauvaise qualité.

Comme nous pouvons le constater, les mutuelles de santé ne peuvent se réduire à un modèle d'assurance ou à des instruments de gestion financière. Elles peuvent être des partenaires dans le jeu institutionnel et être des interlocuteurs à la fois avec les pouvoirs publics et le corps médical. Le fait de défendre l'accès aux soins de santé, de participer à la maîtrise des dépenses et à la définition des objectifs de santé fait de la mutualité une véritable force politique.

L'action de la mutualité se situe à trois niveaux : l'échelon local (par exemple la mise en place de mutuelles dans le cadre d'un village ou d'un quartier, couplée à des activités génératrices de revenus); les échelons régional et national (la création de réseaux de mutuelles afin qu'elles atteignent une masse critique leur permettant de devenir des interlocutrices des pouvoirs publics et de rendre visibles leurs revendications); l'échelon international, de façon à modifier les politiques commerciales et économiques mondiales qui ont des impacts négatifs sur les pays pauvres et les populations défavorisées dans ces pays, et de peser sur les montants et les orientations de l'aide au développement.

Enfin, les mutualités sont également des actrices de changement social et politique, par les espaces de participation qu'elles représentent et par les possibilités qu'elles offrent de faire pression sur les pouvoirs publics afin de parvenir à une couverture universelle, à laquelle chacun contribuerait selon ses moyens et bénéficierait en fonction de ses besoins.

Ceci était le dernier éditto du dernier Courrier de la Concertation, les e-news prendront le relais dans les prochaines semaines.

Par Alain COHEUR.

⊙ Synthèse, atelier 1

Mutuelles de santé et les conditions de son développement

Le premier atelier du Forum 2009 de la Concertation a mis l'accent sur les conditions de réussite du développement des mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne. Pour discuter de ce sujet des experts du Cameroun, du Ghana, d'Allemagne, et de Guinée avaient été invités. La réussite ou l'échec d'une mutuelle dépend généralement de facteurs situés à trois niveaux : Premièrement, la gestion d'une mutuelle et la participation de ses membres. Deuxièmement, la capacité des mutuelles à se fédérer entre elles et de bénéficier de synergies. Troisièmement, la relation entre le gouvernement et les mutuelles de santé. Conformément à ces trois niveaux, les experts internationaux et les participants du forum ont été invités à discuter de trois questions principales :

1. Quelles conditions internes une mutualité doit-elle satisfaire pour assurer sa pérennité ?
2. La mise en réseau peut-elle limiter le risque financier des mutualités ?
3. L'engagement de l'état dans le développement de la mutualité est-il nécessaire et souhaitable ?

Après les présentations en séance plénière, des discussions intenses ont eu lieu dans trois ateliers. Les résultats suivants sont issus de ces échanges.

Les participants du premier atelier, sur les conditions internes de pérennisation des mutuelles, ont convenu que pour assurer une couverture universelle il était nécessaire de créer plus de mutuelles vu l'insuffisance actuelle de leur nombre. Pendant le débat, trois exigences principales internes ont été identifiées :

- L'amélioration du taux de pénétration de la population cible. Celle-ci pourrait être réalisé par (a) la fourniture d'un paquet plus attractif et plus adapté aux besoins locaux, par (b) trouver de nouvelles possibilités pour la création de revenus afin d'inclure les pauvres dans les programmes, ou par (c) l'amélioration du marketing social, et par (d) collaborer avec des organisations et des systèmes existants dans les communautés pour faire face aux coûts financiers de la maladie.
- la relation avec les prestataires de soins ; tous s'accorde sur le besoin d'intensifier les relations contractuelles, les procédures de paiement et l'audit mutuel.
- Les ressources humaines où les mutuelles de santé doivent se concentrer sur la formation du personnel et sur l'amélioration des capacités de gestion.

A côté des exigences internes, il faut noter que les mutuelles ne fonctionnent pas dans un espace vide, mais doivent coopérer avec les gouvernements locaux et centraux et ainsi exiger leur appui et la mise à disposition de certains services par l'Etat (par exemple en tant que régulateur ou promoteur).

Le deuxième atelier était axé sur les risques financiers qui peuvent sérieusement conduire les mutuelles dans des situations où elles ne peuvent pas faire face à leurs obligations, pouvant même aller à leur insolvabilité. Les participants ont discuté de ces risques et ont cherché des solutions et des mécanismes qui pourraient être fournis dans un réseau de mutuelles de santé. L'inadéquation entre les cotisations des membres et les services fournis a été évoquée comme facteur principal de l'instabilité financière des mutuelles. Les maladies chroniques, les épidémies et les interventions chirurgicales répétées ainsi qu'un pool des risques trop petit ont été mis en évidence comme des risques financiers majeurs. Par ailleurs, il a été considéré que les « jeunes » mutuelles ne peuvent pas faire face aux coûts élevés de certaines maladies où lorsque l'engagement de l'Etat fait défaut (par exemple dans la supervision et en fournissant de l'assistance lors d'épidémies). Les discussions ont permis d'identifier de nombreux mécanismes contre les risques financiers qui peuvent être mis en œuvre par une seule mutuelle ou par un réseau de mutuelles de santé ou en collaboration avec le gouvernement. La mission d'un tel réseau est multiple :

- mise en place de pools pour les coûts élevés et des mécanismes de réassurance en vue de faire face aux dépenses imprévues,
- constitution d'un fonds de garantie pour les nouvelles mutuelles dans les premières années de leur fonctionnement.

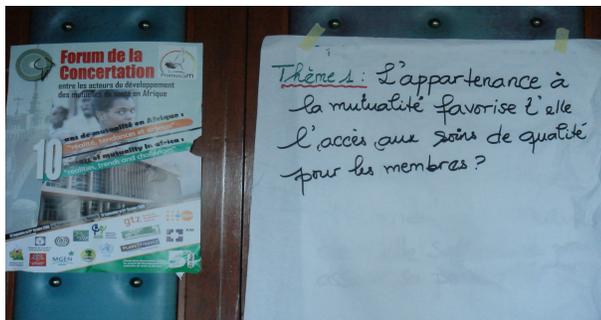


Par ailleurs, l'assistance technique et l'échange des meilleures pratiques (par exemple dans le cadre des plateformes nationales) sont considérés comme une mission importante d'un réseau de mutuelles, en particulier sur les thèmes de la formation du

personnel, le calcul des primes, la fixation des tarifs et l'étendue du paquet de prestations. En outre, il a été souligné qu'un tel réseau doit reposer sur une coopération volontaire, en vue de le rendre durable. Il a également été reconnu la difficulté de financer un tel réseau uniquement sur base des cotisations des membres.

Pour trouver des réponses à la troisième question, il a été examiné si la mutualité et le caractère solidaire à la base des mutuelles doivent être abandonnés au profit de la couverture universelle dans un pays. Le débat est arrivé à la conclusion qu'il n'y a pas de dichotomie entre l'État et les mutuelles de santé. Une collaboration est nécessaire et tous les acteurs ont besoin de penser à l'avantage comparatif de tous les groupes concernés. Les mutuelles de santé ont besoin de l'État pour prospérer et l'État a besoin des mutuelles pour aider les populations exclues. Cependant, le caractère autonome des mutuelles de santé doit être gardé dans le cadre d'une collaboration intense avec l'État. En outre, il a été exprimé que le gouvernement ne devrait pas être centralisateur, s'il n'a pas les ressources financières pour fournir un accès aux soins de santé de qualité acceptable pour tous. Les mutuelles devraient opérer avec une éthique particulière entre ce qui est souhaitable et ce qui n'est pas favorable à leur intégration dans un système national d'assurance maladie. Les gouvernements ont certaines prérogatives et peuvent contribuer à un tel processus en fournissant un cadre juridique pour la création et le fonctionnement des mutuelles de santé et en supervisant la gestion financière des mutuelles et des prestataires de santé. Une tâche apparaît clairement sous la responsabilité du gouvernement, celle de la couverture universelle de base d'un pays. Tous les acteurs devraient être impliqués à tout moment dans cet effort commun.

Lisa-Marie Rohrdantz et Gerald Leppert.



⊙ Synthèse atelier 2

Relations entre la mutualité et l'accès aux soins de santé de qualité.

La question de la relation entre la qualité des soins et le développement des mutuelles, a été abordée sous trois angles différents :

L'appartenance à la mutualité favorise-t-elle l'accès à des soins de qualité pour les membres ?

La présentation, par le D. Ismaël Yacoubou, des résultats d'une étude d'impact réalisée en 2008 par l'Université de Montréal en partenariat avec le CIDR dans le Département du Borgou au Bénin, a mis en évidence les effets prouvés de l'appartenance à une mutuelle sur l'accès à des soins de qualité tels qu'un recours plus précoce, une réduction drastique des surfacturations, une réduction des difficultés financières des membres.

En raison du nombre très faible de travaux de ce type, cette présentation a suscité un intérêt des participants et, en groupe de travail, a donné lieu à un débat vif sur les difficultés que vivent les mutuelles aux quotidiens pour obtenir des prestataires de soins, publics en particulier, des soins d'une qualité minimum. Des représentants de Ministères de la Santé ont bien fait valoir les efforts entrepris pour restaurer ou maintenir les deux principaux facteurs de la qualité que sont la disponibilité en médicaments et en personnel qualifié, mais les représentants des mutuelles présents ont fait observé que les résultats n'étaient pas au rendez-vous. La question de savoir si les mutuelles devaient développer leurs propres services de santé a été l'occasion de faire connaître plusieurs initiatives de mutuelles ou de groupements de mutuelles ayant déjà franchi le pas.

Il a été admis par les participants que la défaillance persistante des services de santé publics à répondre aux attentes des mutualistes, rendait légitime la prise de telles initiatives prises par les mutuelles pour favoriser l'accès des membres à des soins de qualité. Une des recommandations a été d'étudier la possibilité de promouvoir une offre de soins de l'économie sociale, qui pourrait jouer un rôle de régulation entre les systèmes publics de santé et le système privé commercial de santé.

Quels sont les effets de la mutualité sur l'offre de soins ?

Werner Soors de l'Université de Médecine Tropicale d'Anvers a lancé le thème en traitant de l'interface entre mutuelles, qualité de l'offre et demande: à partir des résultats de deux études de cas au Mali

dans la zone rurale Cinzana Région de Ségou et à Nongon, Région de Sikasso.

Cette présentation et les débats qui l'ont suivie dans les groupes de travail ont fait ressortir les points suivants :

- 1- Le contraste entre l'abondance des commentaires critiques sur la qualité interpersonnelle et la quasi-absence de transmission de ces plaintes à la mutuelle, révèle un dysfonctionnement des mutuelles comme organisations qui défendent les intérêts de ses membres. Une des premières recommandations a été de renforcer la fonction représentative des mutuelles.
- 2- Le manque d'information des utilisateurs mutualistes sur les bonnes pratiques en matière de soins tels que l'incompréhension des avantages des médicaments génériques, révèle un dysfonctionnement des mutuelles dans leurs missions d'éducation des membres. La deuxième recommandation a été d'inviter les mutuelles à mettre en œuvre des activités d'information de leurs membres.

Le plein exercice de ses fonctions représentatives et informatives est une condition préalable pour qu'une mutuelle puisse influencer la qualité de soins. Renforcer ces fonctions devrait être une priorité pour les bailleurs de fonds, les structures d'appui et les responsables mutualistes eux-mêmes.

Quelle est la place de la qualité des soins parmi les déterminants de l'adhésion à la mutualité

Les déterminants de l'adhésion volontaire à une mutuelle de santé sont nombreux et bien connus. Il s'agissait d'apprécier le poids relatif de la qualité des soins au regard des autres déterminants.

Pour alimenter la réflexion des participants Rachid El Adji Bonni du Réseau Alliance Santé (RAS) du Bénin a présenté les résultats de deux enquêtes faites selon la même méthodologie pour apprécier les causes de non adhésion ou de non re cotisation aux mutuelles de santé du RAS au Bénin et de l'Union des mutuelles de santé de Guinée Forestière en Guinée.

Si, au Bénin, le déterminant économique à savoir « le manque de moyens » est le premier motif invoqué pour ne pas cotiser, l'insatisfaction vis-à-vis des soins délivrés par les prestataires conventionnés occupe une place importante dans les deux contextes observés.

Le fait que les mutualistes considèrent être moins bien pris en charge que les non mutualistes dans les formations sanitaires que ce soit pour l'accueil et les soins reçus est un constat inquiétant.

L'impact du manque de qualité des soins sur les adhésions est bien réel. Ce déterminant est cité par 56 % des non re cotisants aux mutuelles de santé du Réseau Alliance Santé au Bénin parmi les motifs invoqués.

La mauvaise qualité des soins et d'accueil des mutualistes est indiquée comme motif unique de non cotisation par 41 % des enquêtés de Guinée Forestière et plus fréquemment que le manque de revenus.

Conclusion

Alors que les mutuelles sont aujourd'hui fortement interrogées sur leur capacité à atteindre le plus grand nombre, cet atelier consacré à la qualité des soins a permis de mettre en évidence que la persistance de soins de faible qualité, pesait lourdement sur la croissance et sur la capacité des mutuelles à favoriser l'accès de ses membres à des soins de qualité. Leur capacité limitée à influencer sur la qualité de l'offre de soins existante a également été soulignée. Ayant peut-être suscité trop d'espoirs dans la résolution de problèmes qui n'étaient pas de leur ressort, les mutuelles plaident aujourd'hui avec force pour une réforme en profondeur des systèmes de santé que ce soit pour leur membres ou pour la population en



général.

Bruno Galland
CIDR

⊙ Synthèse atelier 3

Mutualité et assurance maladie universelle

Le troisième et dernier atelier du Forum 2009 de la Concertation s'est intéressé à l'évolution récente du contexte de la protection sociale en Afrique et auquel le mouvement mutualiste devra s'adapter dans plusieurs pays. En effet, depuis le début des années 2000, et notamment avec l'élaboration de la seconde génération de plans stratégiques de réduction de la pauvreté, on assiste à une importance accrue donnée par les pays africains à l'extension de la protection sociale via des politiques ou stratégies nationales de protection sociale. Dans ce cadre, certains pays optent désormais pour la mise en œuvre de schémas nationaux d'assurance maladie qui reposent sur différents dispositifs, dont les mutuelles de santé, en les combinant au sein d'une couverture universelle.

Cet atelier animé par le BIT abordait trois grandes questions :

- Les mutuelles de santé peuvent-elles être des acteurs d'une combinaison de dispositifs pour une couverture santé universelle ?
- Les stratégies nationales peuvent-elles renforcer le rôle des mutuelles de santé et s'appuyer sur elles pour étendre la protection sociale au sein de l'économie informelle ?
- Quel rôle pour les structures d'appui ? L'Initiative conjointe des Nations Unies pour un socle de protection sociale.

La présentation du premier thème s'articulait autour des expériences de la république Démocratique du Congo et du Rwanda où le mouvement mutualiste recouvre une diversité d'organisation et où il n'existe pas encore une politique nationale assurant une cohérence de la protection sociale en santé. Cette première présentation en plénière concluait sur une réponse positive mais qui doit être pondérée par le fait que l'assurance maladie universelle ne peut être une simple affaire de mutuelles et qu'elle implique des choix politiques et économiques importants qui doivent se réaliser dans le cadre d'un dialogue national.

Le sous atelier relatif à thème 1 invitait les participants à réfléchir sur plusieurs interrogations issues de cette présentation : (i) Comment les mutuelles de santé se positionnent-elles par rapport à une couverture santé universelle ? (ii) Comment se positionnent-elles par rapport aux soins complémentaires et aux exclus de leur système ? (iii) Quels secteurs de l'économie ciblent les mutuelles ? (iv) Quelles sont les concessions que les mutuelles sont prêtes à consentir dans le cadre d'une couverture santé universelle ? Les participants ont affirmé le rôle des mutuelles de santé au sein de systèmes d'assurance maladie universelle mais également la

nécessité pour elles de se rendre plus visibles et de renforcer leur gestion technique. Les mutuelles doivent se positionner dans le champ des prestations complémentaires, tant dans le secteur formel que dans l'économie informelle. Elles doivent pouvoir drainer les transferts sociaux nationaux et internationaux pour inclure les plus pauvres dans leurs prises en charge.

Le second thème s'est appuyé sur une présentation en plénière de l'approche du Burkina Faso en matière d'assurance maladie universelle et comment ce pays intègre les mutuelles de santé au sein d'une architecture nationale.

Les participants ont pu réfléchir dans le cadre du sous atelier relatif à ce second thème sur (i) la capacité des mutuelles à conserver leur autonomie dans le cadre d'une assurance maladie universelle, (ii) les mesures à mettre en œuvre pour qu'un tel schéma renforce les mutuelles et favorise les adhésions des populations de l'économie informelle, (iii) comment un système d'information peut contribuer au renforcement des mutuelles et enfin (iv) quelles sont les mesures d'accompagnement nécessaire au niveau de l'offre de soins et de la contractualisation. Les conclusions des discussions soulignent l'importance de laisser la possibilité aux mutuelles de santé de continuer à gérer des risques et pour cela subventionner les cotisations du paquet couvert par l'assurance maladie universelle (qui ne devra pas capter toute la capacité contributive des populations) et rémunérer les fonctions de gestion déléguées aux mutuelles. L'appui technique aux mutuelles de santé devra être renforcé, notamment avec la mise en commun de services de gestion. Il s'agira également d'apporter un appui aux élus mutualistes et à la bonne gouvernance des mutuelles, notamment par des actions de formation. Concernant les mesures d'accompagnement à apporter à l'offre de soins dans le cadre d'une assurance maladie universelle, le renforcement des plateaux techniques et de la qualité des services restent primordiales, mais il faudra également intervenir sur la motivation et la formation du personnel de santé à tous les niveaux.

La volonté des pays de développer des schémas cohérents de protection sociale en santé implique que leurs partenaires techniques et financiers coordonnent leurs apports. Le troisième thème présentait en plénière l'Initiative conjointe des Nations Unies pour un socle de protection sociale. Cette initiative impulsée par les impacts sociaux de la crise économique et financière mondiale vise à promouvoir un minimum de garanties sociales dans les pays favorisant l'accès aux services sociaux de base et la sécurisation des revenus, notamment grâce aux mécanismes de transferts sociaux. Elle regroupe les agences onusiennes mais aussi des ONG internationales et les partenaires bilatéraux, afin de réaliser dans le cadre d'un dialogue et d'un consensus

national un processus d'identification des besoins prioritaires, de budgétisation sociale et de mise en œuvre des composantes d'une protection sociale de base.

Les débats dans le cadre du sous atelier consécutif à ce thème se sont organisés autour des questions portant sur (i) comment un pays peut ou doit définir ses priorités en matière de prestations sociales, (ii) comment établir des niveaux de prestations minimum en tenant compte des seuils de pauvreté et (iv) comment les mutuelles de santé peut contribuer au processus de conception et de mise en œuvre d'un socle de protection sociale et représenter leurs membres dans le dialogue nationale. Les débats ont mis en exergue la nécessité d'une volonté et d'un engagement politique fort et du respect par les partenaires techniques et financiers des orientations nationales. Ces dernières doivent résulter d'une analyse approfondie impliquant tous les acteurs. Un socle de protection social doit reposer sur des liens financiers entres les différents dispositifs existant et à créer de protection sociale et sur une solidarité nationale prenant en compte la capacité contributive des différentes couches de la population. L'Etat doit veiller à donner une place aux mutuelles de santé qui ont montré leur capacité en termes de promotion, de mobilisation et de responsabilisation des communautés.

Olivier Louis dit de Guérin
BIT/STEP

**MODULE CONNAISSANCE DE LA
DIMENSION MUTUALISTE
ET DU FONCTIONNEMENT DES MUTUELLES**

Objectifs :

- conduire une réflexion sur la nature de la dimension mutualiste,
- renforcer l'identité et l'objet des mutuelles,
- comprendre les caractéristiques de fonctionnement,

Contenus développés :

- qu'est-ce qu'une mutuelle ?
- la gouvernance de la mutuelle
- le « contrat » mutualiste, les droits et devoirs de l'adhérent
- l'offre mutualiste

Publics ciblés :

- Les responsables mutualistes élus (Présidents, membres du bureau et des Conseils d'administration).
- Les mutualistes ou non qui ont envie de mieux connaître la dimension mutualiste et le fonctionnement des mutuelles.

⊙Ateliers de formation: 29 septembre

Les travaux du Forum de la Concertation à Yaoundé ont été aussi l'occasion d'un temps d'information et d'échanges sur la nécessaire formation des responsables des mutuelles et des structures faïtières. Organisé sous forme d'un atelier, la veille des travaux du Forum, ce temps a réuni un nombre important de participants soucieux de s'informer sur les outils mis à disposition par la Concertation pour développer leurs connaissances et leurs compétences dans une perspective du développement des mutuelles santé en Afrique.

Trois modules ont été présentés :

- La connaissance de la dimension mutualiste et du fonctionnement des mutuelles.
- La réglementation de l'UEMOA pour les mutuelles locales
- Le plaidoyer pour la défense et la promotion des intérêts de la mutuelle santé.

Il ne s'agissait pas d'une formation mais bien d'une présentation des contenus de ces modules et de l'intérêt qu'ils présentent pour les mutualistes. Les orateurs ont rappelé les objectifs de chacun des modules, les grandes lignes développées en terme de contenu, la pédagogie proposée et les publics concernés.

Ces trois modules par les thématiques abordés sont très complémentaires. Si le premier rappelle ce qu'est une mutuelle, comment s'organise sa gouvernance et comment se construit le « contrat » mutualiste, le deuxième module en développant le cadre de la réglementation pour les pays de l'UEMOA explicite les dispositions juridiques à observer. Enfin le module sur le plaidoyer présente les arguments à développer et la méthodologie à mettre en place pour favoriser l'essor des mutuelles.

Les participants très intéressés par ces présentations ont largement réagi et se sont félicités de l'existence des ces modules de formation qui contribueront à renforcer la capacité des mutuelles et les compétences de leurs responsables. Pour répondre aux différentes attentes concernant le déploiement des modules, Alain COHEUR qui présidait l'atelier a précisé que la Concertation par l'intermédiaire de ses promoteurs réaliserait dès 2010 des sessions de formation de formateurs, à charge pour ces derniers, avec l'appui de la Concertation bien sûr, de poursuivre en local la formation du plus grand nombre.

Convaincue que la formation reste un levier fondamental pour la réussite de toute action, la Concertation par la mise à disposition de ces modules espère contribuer ainsi au développement et au renforcement des mutuelles de santé en Afrique.

Gérard BONED
MGEN

☉ Déclaration Yaoundé

Le Forum 2009 de la Concertation¹ des mutuelles de santé en Afrique, vient de se réunir à Yaoundé pendant deux jours entre le 30 septembre et le 1^{er} octobre, il a réuni près de 400 participants venant de 23 pays, dont 18 pays africains francophones et anglophones, » pour aborder trois thèmes essentiels :

- La mutualité et les conditions de son fonctionnement
- Les relations entre la mutualité et l'accès aux soins de santé de qualité
- La mutualité et l'assurance maladie universelle

Le Forum « **10 ans de mutualité en Afrique : réalité, tendances et enjeux** » avec l'appui de la Plate forme des promoteurs des mutuelles de santé du Cameroun, a été l'occasion de voir le mouvement mutualiste dans une perspective dynamique qui confirme l'expansion régulière des mutuelles de santé dans de nombreux pays cependant cette dynamique reste fragile car les conditions politiques, financières et humaines sont toujours insuffisamment rencontrées.

Au terme de ce Forum

- La Concertation considère que le développement des mutuelles de santé dont l'objectif principal est l'amélioration de l'accès de tous à la santé doit être basé sur les principes de solidarité, de justice sociale, de non-exclusion et de non-lucrativité.

- La Concertation considère la mise en place de politiques incitatives indispensables pour permettre aux structures mutualistes d'évoluer dans un cadre législatif adapté qui favorise l'accès aux services de santé et à améliorer la qualité des soins.

Le Forum de la Concertation est un moment privilégié de rencontres entre les acteurs participant au développement du mouvement mutualiste et de la micro assurance, des pouvoirs publics et des organisations internationales. A travers ces échanges le Forum contribue également à la création d'opportunités en matière de coopération entre l'ensemble de ces acteurs. Ces collaborations et synergies contribuent à l'émergence et au renforcement du mouvement mutualiste et de la micro-assurance en Afrique. Ce 5^{ème} Forum s'inscrit pleinement dans cette dynamique d'ensemble.



Ayant constaté que :

- la santé est au cœur des Objectifs de Développement du Millénaire et est une priorité réaffirmée de l'Agenda international qui vise la réduction de la pauvreté et le développement économique et social,
- la santé est un droit humain fondamental et un bien public mondial qui ne peuvent être marchandisés,

Considère que : la couverture universelle est un objectif à long terme qui repose sur un consensus national et ne peut être atteint que par des étapes successives ainsi que par la mise en place de mécanismes de financement solidaire, durable et diversifié.

Considère que les mutuelles de santé constituent une réponse adéquate pour faire face et pour atteindre l'objectif de couverture universelle dans les pays à faible et moyen revenus et pour lequel la communauté internationale s'organise pour répondre par différentes initiatives, en vue notamment de promouvoir un socle de base de protection sociale.

Considère que la montée en puissance des mutuelles de santé et leur pérennité passent par une professionnalisation accrue de la gestion du risque financier et dans le management ainsi que par un mode de gouvernance transparent et fiable nécessaire pour la confiance des membres.

Considère que la mise en réseau des mutuelles de santé peut offrir les différents mécanismes nécessaires pour combattre les risques financiers, apporter une assistance technique et mettre en place des fonds de garantie et de réassurance ou pour développer une offre de santé

¹ www.concertation.org

Considère que l'objectif de couverture universelle ne peut être atteint sans une réelle volonté politique et sans l'intervention financière de l'Etat qui doit être garant de la solidarité nationale et de l'offre de soins de qualité, les **mutuelles de santé** sont convaincues que chacun doit participer en fonction de ses capacités financières et doit bénéficier des prestations selon ses besoins.

Constate que si le manque de revenus apparaît comme le déterminant le plus lourd de la non adhésion, la mauvaise qualité des soins dissuade une partie de ceux qui auraient la capacité financière de le faire

Constate que si les mutuelles de santé ont un pouvoir potentiel et parfois réel de négociation avec les prestataires et de contrôle des surfacturations dont sont victimes les patients, leur capacité d'agir sur l'accès de leurs membres à des soins de qualité est parfois limitée. **Les mutuelles de santé** ont à pallier la défaillance de services de santé publics qui sont majoritaires et se savent en position de monopole. Ces situations peuvent conduire les mutuelles de santé à devenir elles –mêmes prestataires de service.

Les mutuelles de santé rappellent qu'elles sont des sociétés de personnes à finalité sociale et non lucrative. Elles se caractérisent par l'autonomie de gestion, l'absence d'un actionnariat et l'indépendance à l'égard des pouvoirs publics. Le contrôle démocratique de leur fonctionnement est exercé en priorité par le biais de leurs administrateurs élus. L'autonomie et la structure démocratique garantissent le dynamisme et le réajustement permanent des services en fonction des besoins réels.

La participation des usagers (empowerment) étant un élément clef de la politique interne des mutuelles de santé.

Nous, mutualistes de tous les pays, encourageons les gouvernements à prendre toutes les initiatives nécessaires pour assurer l'information, la promotion et le développement des mutuelles de santé en ce compris par un cadre institutionnel et législatif clair et demandons aux organisations internationales de maintenir leur engagement financier afin de répondre aux besoins de ce développement.

Coeur Alain

Président du Forum de la Concertation



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

Un programme appuyé par
BIT/STEP, GTZ, AIM, UNMS,
MFP, MGEN, WSM, HS 2020,
Planet Finance, CIDR

La Concertation ne peut pas être tenue pour responsable des erreurs ou des conséquences découlant de l'utilisation d'informations contenues dans cette lettre d'information ; les points de vue et les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement ceux de la Concertation, de même que la publication d'annonces ne constitue pas une approbation des produits dont il est fait la publicité.